

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ



ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ

ΘΕΜΑ :

“Η ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ”

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Μαρίσια Ιορδάνου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:

Δρ. Παναγιώτης Σταυρινίδης

ΜΑΙΟΣ 2023

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κ. Παναγιώτη Σταυρινίδη για την πολύτιμη συνεργασία μας, τις χρήσιμες συμβουλές αλλά και την υποστήριξη του όχι μόνο στην πραγμάτωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής αλλά και καθ' όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Ευχαριστίες οφείλω και προς όλους τους καθηγητές που με βοήθησαν και αποτέλεσαν και αυτοί πηγή έμπνευσης τα δύο αυτά χρόνια.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραλείψω την οικογένεια και τους ανθρώπους που ήταν δίπλα μου σε ένα από τα πιο δύσκολα αλλά και γεμάτα εμπειρία ταξίδια της ζωής μου. Είμαι πραγματικά ευγνώμων και η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε αυτούς για πολλούς λόγους.

Εισαγωγή

Ανορεξία... πως μια λέξη τόσο μικρή να κρύβει τόσες καταστρεπτικές ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες. Χιλιάδες αγόρια και κορίτσια πάλεψαν ή εξακολουθούν να παλεύουν με κάποιους να βγαίνουν νικητές αλλά και άλλους να φεύγουν από την ζωή νικημένοι από την νόσο της ανορεξίας. Ο λόγος για την επικράτηση της ασθένειας στα κορίτσια είναι γιατί οι υψηλές απαιτήσεις που έχουν οι άλλοι από αυτά όσον αφορά την συμπεριφορά, την εξωτερική εικόνα κλπ. αποτυπώνει την ανατροφή και δένει με την κοινωνική πραγματικότητα. Η ανορεξία δεν αποτελεί επιλογή, είναι μια ψυχική ασθένεια, η οποία δεν προέρχεται από το σώμα ή από την όρεξη του ατόμου να τραφεί, όπως πολλοί νομίζουν. Είναι μια ασθένεια στην οποία το άτομο φυσικά και έχει όρεξη να φάει, φυσικά και του αρέσει το φαγητό, αλλά φοβάται το ενδεχόμενο είτε να πάρει βάρος, είτε γενικά να καταβάλει χώρο.

Δεν είναι μια ασθένεια που μπήκε τώρα στις ζωές μας. Παλιότερα, αποτελούσε ένα “ταμπού”, με πολλές οικογένειες να κρύβουν τον πόνο τους και να μην εκφράζονται ποτέ για αυτό που τους στέρησε τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Φτάνοντας στο σήμερα, η ανορεξία αν και σπάει τα ταμπού του παρελθόντος, συνεχίζει να αποτελεί την ψυχιατρική νόσο της εποχής, την οποία γέννησαν και θέριασαν τα πρότυπα του παρόντος, το άγχος της εικόνας ακόμα και το bullying.

Αρχίζει από την παιδική κιόλας ηλικία, τότε που αρχίζουμε να αναγνωρίζουμε τα συναισθήματα μας και εκπαιδευόμαστε από την οικογένεια και τον κοινωνικό μας περίγυρο, πως να τα διαχειριζόμαστε και πως να τα εκφράζουμε. Σε μία γενιά που συνεχώς αναπτύσσεται, τα πρότυπα και τα στερεότυπα αλλάζουν, οι διατροφικές διαταραχές όμως παραμένουν αγέρωχες και πιο ισχυρές από ποτέ. Παιδιά στο άνθος της ηλικίας, της ηλικίας της αλλαγής, του νέου, της διαμόρφωσης και της ξεγνοιασιάς να μπαίνουν στην φυλακή που δημιούργησαν γι’ αυτά ο εγκέφαλος και το περιβάλλον τους. Προκαλείται από την προσπάθεια των ανθρώπων να “χωρέσουν”, παλεύοντας με την εικόνα την φιλαρέσκεια αλλά και την εσωτερική τους ανάγκη να ελέγχουν τα πάντα, σε ένα κόσμο ανεξέλεγκτο.

Φτάνοντας στην οικογένεια, ίσως θεωρείται ως ο πιο σημαντικός πόρος για την αποκατάσταση του βάρους και την επιστροφή στα υγιή διατροφικά πρότυπα των εφήβων. Πολλές είναι οι εμπειρικές ενδείξεις ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τη

νευρική ανορεξία, ιδιαίτερα στην εφηβική περίοδο. Από μόνη της όμως δεν μπορεί να θεραπεύσει την ασθένεια καθώς δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι αποτελεί πιθανό περιβαλλοντικό παράγοντα στον οποίο δημιουργήθηκε η ανορεξία.

Στην παρούσα εργασία γίνεται αρχικά μια προσέγγιση της εφηβείας ως προς τον ορισμό βάση της βιβλιογραφίας, την ανάπτυξη των εφήβων και τα στάδια από την εισαγωγή του στην εφηβική ηλικία μέχρι την πρόωμη ενηλικίωση. Έπειτα προσεγγίζεται η γενική εικόνα της ανορεξίας σκιαγραφώντας την αιτιολόγηση της, τα συμπτώματα, τα κριτήρια διάγνωσης και πρόγνωσης της ψυχικής αυτής ασθένειας. Περνώντας στο πιο ειδικό κομμάτι της εργασίας, αναφερόμαστε συγκεκριμένα στην εφηβική εικόνα της ανορεξίας βάση των χαρακτηριστικών, της επιδημιολογίας αλλά και της αντίληψης των εφήβων για την εικόνα του σώματος τους ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Στο τέταρτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην οικογένεια του ανορεκτικού εφήβου επικεντρώνοντας στα αίτια που η οικογένεια είναι το περιβάλλον ανάπτυξης της ανορεξίας αλλά και ένας από τους κύριους μηχανισμούς θεραπείας για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Τέλος αναφέρονται όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της ανορεξίας.

Περιεχόμενα

1. Κεφάλαιο : Εφηβεία.....	7
1.1. Ανάπτυξη του εφήβου.....	8
1.2.Στάδια.....	15
1.3.Διατροφή στην εφηβεία.....	16
2. Κεφάλαιο : Ανορεξία.....	21
2.1.Στάδια.....	23
2.2.Αιτιολογία.....	25
2.3.Κλινική εικόνα.....	28
2.4.Συνέπειες.....	29
2.5.Διάγνωση.....	33
2.6.Πρόγνωση.....	34
3. Κεφάλαιο : Ανορεξία στην εφηβεία.....	36
3.1.Χαρακτηριστικά.....	37
3.2.Εικόνα του σώματος.....	38
3.3.Επιδημιολογία.....	42
3.4. Ταυτότητα του Ανορεκτικού έφηβου.....	43

4. Κεφάλαιο : Οικογένεια και Εφηβική Ανορεξία.....	45
4.1. Θεσμός οικογένειας.....	46
4.2. Χαρακτηριστικά οικογενειών.....	47
4.3. Προσωπικότητα γονέων.....	49
4.4. Διαιτολογικές συνήθειες της Οικογένειας.....	52
4.5. Ψυχοτραυματικά Γεγονότα που επηρεάζουν.....	53
4.6. Ψυχικές διαταραχές γονέων που επηρεάζουν.....	56
5. Κεφάλαιο : Οικογενειακή Θεραπεία.....	61
5.1.Πτυχές οικογενειακής αναδιοργάνωσης.....	63
5.2.Φάσεις θεραπευτικής προσέγγισης.....	66
5.3.Παράγοντες που επηρεάζουν την θεραπεία.....	71
6. Κεφάλαιο :Θεραπεία της Ανορεξίας.....	72
6.1.Αποκατάσταση του βάρους.....	73
6.2.Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών.....	73
6.3.Ψυχοθεραπεία.....	74
6.4. Οικογενειακή παρέμβαση.....	75
6.5.Συμπεριφοριστική Γνωστική θεραπεία.....	75
6.6.Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.....	76
6.7.Διαιτολογική αντιμετώπιση.....	76
6.8.Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	77
Βιβλιογραφία.....	78

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΦΗΒΕΙΑ

Όπως είχε πει και ο William Shakespeare ,“μακάρι να κοιμούνταν και να ξυπνούσαν όταν θα είχαν πια ενηλικιωθεί”, και πράγματι η εφηβεία είναι μια από τις πιο δύσκολες και μακρά χρονικές μεταβατικές και εξελισσόμενες περιόδους τόσο για το παιδί αλλά και όσους τον περιβάλλουν.

Η εφηβεία αρχίζει γύρω στην ηλικία των 13 με 19 χρόνων και ορίζεται ως η περίοδος, που διαρκεί 8 με 9 έτη, κατά την οποία το εξελισσόμενο άτομο μεταβαίνει από την παιδική, ανώριμη ηλικία στην ενηλικίωση και την ωρίμανση. Είναι η περίοδος όπου ο μελλοντικός ενήλικας καλείται να έρθει αντιμέτωπος με πολλές προκλήσεις που απαιτούν την προσαρμογή του στις βιωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές κατά την ανάπτυξη, αλλά και η περίοδος διαμόρφωσης της ατομικής του ταυτότητας.

Ο έφηβος κατά την περίοδο των αλλαγών έχει την τάση να επαναστατεί, και πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής σε κάποια στιγμή της ανάπτυξης του (Brauner , Stephens,2006) τα οποία έχουν σοβαρό αντίκτυπο σε αυτούς, την οικογένεια τους και την κοινωνία γενικότερα. Κατά την εφηβεία, ένας έφηβος προσπαθεί να διαχωρίσει την ταυτότητά του από αυτή των γονιών του. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο γιατί οι γονείς είναι συνήθως πολύ σημαντικοί στη ζωή ενός εφήβου. Όμως, αντί να βασίζεται στους γονείς του, ο έφηβος προσπαθεί να συνδεθεί με τους συνομηλίκους του. Αυτό συμβαίνει επειδή, κατά την εφηβεία, οι έφηβοι μεγαλώνουν και αναπτύσσονται περισσότερο. Μαθαίνουν πώς να είναι ανεξάρτητοι και να παίρνουν αποφάσεις μόνοι τους, αλλά μαθαίνουν επίσης πώς να εμπιστεύονται και να συνδέονται με τους άλλους. (Asher , Coie,1990).

Η παιδική ηλικία είναι μια πολύ σημαντική περίοδος στη ζωή ενός ατόμου, καθώς κάθε τραυματική εμπειρία μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ανάπτυξή του (Elder,1998). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, όπου τα άτομα βιώνουν πιο δύσκολες αλλαγές και έχουν πιο φορτισμένα συναισθήματα. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια αυτών των ετών λαμβάνει χώρα η σωματική ανάπτυξη, όπου σε ορισμένους έφηβους μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα όπως πίεση και φόβο, ενώ άλλοι το βρίσκουν σαγηνευτικό.

1.1. Ανάπτυξη του Εφήβου

Η εφηβεία είναι μια αναπόφευκτη βιολογική διαδικασία που όπως αναφέραμε περιλαμβάνει σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν σταδιακά. Η εφηβεία, από την άλλη πλευρά, είναι μια πολιτιστική ταμπέλα που δίνεται σε μια χρονική περίοδο στη ζωή ενός ατόμου κατά την οποία δεν θεωρείται ότι έχει μεγαλώσει πλήρως. Μπορεί να εμποδίσει ένα παιδί να μεταβεί ξαφνικά σε ενήλικα, όπου θα αναλάμβανε περισσότερες ευθύνες και θα αναμένεται να συμπεριφερθεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι κοινωνικές απαιτήσεις αυξάνονται και οι σωματικές και ψυχικές αλλαγές που συμβαίνουν, θα βοηθήσουν στον καθορισμό των αναπτυξιακών στόχων του εφήβου. Οι στόχοι αυτοί είναι:

- Στόχος πρώτος: αποδοχή και γνωριμία με το νέο τους σώμα και αποτελεσματική διαχείριση των νέων σωματικών, νοητικών και ψυχικών τους ικανοτήτων.
- Στόχος δεύτερος: οι γονείς και άλλοι ενήλικες που τους περιβάλλουν θα πρέπει να παρέχουν την ανάλογη ψυχολογική και συναισθηματική αυτονομία προς τους εφήβους
- Στόχος τρίτος: διαμόρφωση σχέσεων αμοιβαιότητας με τους συνομηλίκους και των δύο φύλων ώστε να δημιουργηθεί μια ώριμη ετεροφυλική σχέση.
- Στόχος τέταρτος: ενεργό συμμετοχή του εφήβου στην κοινωνική και πολιτική ζωή.
- Στόχος πέμπτος: εξασφάλιση πορείας ώστε μελλοντικά να είναι οικονομικά ανεξάρτητος με τη σωστή επιλογή επαγγέλματος.
- Στόχος έκτος: διαμόρφωση μιας δικής του ταυτότητας που ο Erikson αποκαλεί ταυτότητα του εγώ.

Η ζωή ενός εφήβου είναι περίπλοκη επειδή η σωματική, διανοητική, ψυχολογική, συναισθηματική και σεξουαλική του ανάπτυξη συμβαίνουν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και με διαφορετικούς τρόπους (Παρασκευόπουλος I.N(1984), Cole M & Cole S(2002), Τριανταφύλλου T(1998).

1.1.1. Σωματική Ανάπτυξη

Η σωματική ανάπτυξη που περνούν οι έφηβοι είναι σημαντική γιατί θα καθορίσει πόσο καλά τα πάνε σε άλλους τομείς της ζωής τους, όπως η εφηβεία. Αυτό συμβαίνει επειδή το σώμα αρχίζει να παράγει περισσότερες αναπαραγωγικές ορμόνες, όπως οιστρογόνα, προγεστερόνη και τεστοστερόνη. Αυτές οι ορμόνες δημιουργούν τα φυσικά χαρακτηριστικά του σώματος, όπως το στήθος στα κορίτσια και οι τρίχες στο πρόσωπο στα αγόρια. Η κλίμακα Tanner είναι ένας τρόπος μέτρησης του πόσο ένα άτομο έχει μεγαλώσει και αναπτυχθεί σεξουαλικά κατά την εφηβεία. Έχει πέντε διαφορετικά στάδια, με το στάδιο 1 να αντιπροσωπεύει την προεφηβική ανάπτυξη και το στάδιο 5 είναι η κορυφή της σεξουαλικής ωριμότητας. Τα διαφορετικά στάδια βασίζονται στο πόσο καλά μεγαλώνουν τα γεννητικά όργανα και η ηβική τρίχα ενός ατόμου, ενώ οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν αυτήν την κλίμακα για να δουν πώς τα πηγαίνει ένα άτομο σωματικά και διανοητικά κατά την εφηβεία και για να προβλέψουν πόσο θα αναπτυχθεί.

Στην εφηβεία, τα κορίτσια συνήθως αρχίζουν να αναπτύσσονται πιο γρήγορα από τα αγόρια. Αυτό συμβαίνει σταδιακά με το τελικό στάδιο να είναι η έμμηνος ρύση, η οποία μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία μεταξύ 9 και 17 ετών, αλλά κατά μέσο όρο συμβαίνει γύρω στα 12 έτη (Herman-Giddens et. Al., 1997. Tanner 1962).

Κατά την εφηβεία, το ύψος και το βάρος αυξάνεται πολύ πιο γρήγορα από ό,τι κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένης και της αύξησης των μυών και του λίπους. Τα αγόρια, τείνουν να αποκτούν περισσότερους μύες και το σώμα τους να διαφέρει ορατά από τα κορίτσια. Κατά μέσο όρο, οι έφηβοι αυξάνουν περίπου το 20% του ενήλικου ύψους τους κατά την εφηβεία. Αφού τελειώσει η εφηβεία, η ανάπτυξη του ύψους σας επιβραδύνεται, αλλά συνεχίζει να αυξάνεται μέχρι την όψιμη εφηβεία στα κορίτσια και μέχρι τις αρχές της ηλικίας των είκοσι στα αγόρια.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα κατά την εφηβεία μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τους εφήβους, είτε στον καλλιτεχνικό κόσμο είτε στον κόσμο του αθλητισμού. Εάν οι έφηβοι αισθάνονται ότι η φυσική τους εμφάνιση δεν ταιριάζει με τα κυρίαρχα μοντέλα που βλέπουν, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε άγχος και απογοήτευση. Οι έφηβοι συχνά ανησυχούν για τις σωματικές αλλαγές που τους συμβαίνουν κατά την περίοδο αυτή, όπως αλλαγές στη σωματική διάπλαση και την εμφάνισή τους, καθώς και για τη σεξουαλική τους

ικανότητα και καταλληλότητα. Εάν δεν έχουν ακριβείς πληροφορίες για αυτές τις αλλαγές, μπορεί να ανησυχούν ότι κάτι δεν πάει καλά με αυτές, κάτι που μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην εκπαίδευση και την κοινωνική τους ανάπτυξη. Τέλος, προβλήματα υγείας ή οργανικής ανωμαλίας μπορεί να επηρεάσουν τις σχολικές και αθλητικές επιδόσεις του έφηβου. (Παρασκευόπουλος Ι.Ν. 1984. Cole M., Cole S. 2002. Τριανταφύλλου Τ. 1998).

1.1.2. Νοητική Ανάπτυξη

Η νοητική ικανότητα αναπτύσσεται μεταξύ 12 και 18 ετών. Κατά την περίοδο αυτή, σύμφωνα με τις περιγραφές του Piaget, οι έφηβοι αρχίζουν να αναπτύσσουν αφηρημένες σκέψεις. Στην αρχή, οι έφηβοι σκέφτονται με όρους προτάσεων (η αλήθεια των οποίων κρίνεται με βάση τη λογική δομή τους, όχι απαραίτητα με βάση το πραγματικό, συγκεκριμένο περιεχόμενο). Χρησιμοποιούν επίσης πολύ αφηρημένες έννοιες και σύμβολα.

Καθώς μεγαλώνουν και χρησιμοποιούν περισσότερο την αφηρημένη σκέψη, οι έφηβοι βοηθούνται από την ικανότητά τους να μιλούν και να κατανοούν άπταιστα τη γλώσσα. Ωστόσο, ενώ η νοητική ικανότητα αναπτύσσεται, οι έφηβοι μπορούν επίσης να έχουν ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι δυσαρεστημένοι με την κατάσταση γύρω τους και συχνά επιδιώκουν να επαναστατήσουν ενάντια στους ενήλικες και πιο συγκεκριμένα στους γονείς τους. Πιστεύουν επίσης ότι είναι ανώτεροι επειδή μπορούν να σκέφτονται αφηρημένα και δεν εμποδίζονται από τη συμβατική σκέψη όπως κάνουν οι περισσότεροι άνθρωποι. Δυστυχώς, ακόμη και οι διανοητικά ευφυείς έφηβοι μπορεί μερικές φορές να πέσουν θύματα των γονικών φιλοδοξιών και της πίεσης των δασκάλων τους. Αυτό μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη διάθεση και την ψυχική τους υγεία, καθώς και την ικανότητά τους να ενηλικιωθούν. (Cole M., Cole S. 2002, Παρασκευόπουλος Ι.Ν. 1984, Μάνος Κ. 1986).

1.1.3. Σεξουαλική Ανάπτυξη

Πολλοί έφηβοι έχουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία κατά τη μέση εφηβεία και λόγω της ανεπαρκούς σεξουαλικής αγωγής, αυξάνονται οι κίνδυνοι ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων ενώ επίσης προσβάλλονται από διάφορα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Κατά την εφηβεία, το σώμα ολοκληρώνει τη φυσική του σεξουαλική ανάπτυξη. Αυτό περιλαμβάνει την έκκριση νέων ορμονών, μαζί με ένα άλμα στη νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη που επηρεάζει τη

συμπεριφορά, συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία ειδικών ορμών, ενδιαφερόντων και συναισθημάτων που αποτελούν την ετεροφυλοφιλική ή ομοφυλοφιλική έλξη.

Το συναίσθημα αγάπης είναι αυτό που ωθεί τους νέους σε σχέσεις άλλες από αυτές της απλής παρέας. Αυτό το συναίσθημα περιλαμβάνει ψυχική και σωματική έλξη, η οποία ορίζεται ως βιολογική ορμή και είναι απαραίτητη για τη διαίονιση του είδους. Στον άνθρωπο, η σεξουαλική ορμή ανυψώνεται στο βασικό συστατικό της ζωής και σχετίζεται με την ολοκλήρωση της ατομικής και αρμονικής ολοκλήρωσης της κοινωνίας. Η σεξουαλική ολοκλήρωση είναι απαραίτητη για την ομαλή ανάπτυξη του εφήβου. Οι προβληματικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όμως συχνά συνδέονται με αποτυχία στη σεξουαλική ζωή. Η βιολογική ολοκλήρωση της σεξουαλικής πράξης ακολουθεί φυσικά την αρμονική ψυχική επαφή συνήθως κατά την περίοδο της ύστερης εφηβείας και αργότερα. Ενώ οποιαδήποτε άλλη σεξουαλική επιδίωξη δεν προάγει τη συναισθηματική ατομική ολοκλήρωση και δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα. Στη σημερινή εποχή, οι κίνδυνοι, εκτός από ψυχικούς, είναι και καθαρά βιολογικής προέλευσης (Cole M., Cole S., 2002, Μάνος Κ., 1986, Herbert M., 1996).

1.1.4. Ψυχολογική και Συναισθηματική Ανάπτυξη

Κατά την εφηβεία, λόγω των ορμονικών αλλαγών του σώματος προκαλείται και η συναισθηματική αστάθεια. Αυτό κάνει τους εφήβους πιο ευκίνητους και τα συναισθήματά τους είναι πιο έντονα, αλλά προκαλεί επίσης νευρικότητα, συναισθηματική υπερένταση, τεμπελιά και κακή διάθεση. Όλα αυτά σε συνδυασμό με αλλαγές στις γνωστικές τους ικανότητες προκαλούν τους εφήβους να αντιδρούν με διαφορετικούς τρόπους. Μερικοί ενήλικες πιστεύουν ότι η διαδικασία ανάπτυξης έχει ολοκληρωθεί σε αυτό το σημείο, αλλά αυτό δεν συμβαίνει - η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη διαρκεί περισσότερο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους να συμπεριφέρονται με τρόπους που φαίνονται σαν να μην «ανήκουν» στην ηλικία τους, κάτι που συχνά αποκαλείται «εξεγερτικότητα». Αλλά στην πραγματικότητα, αυτός είναι απλώς ένας τρόπος να δοκιμάσουν την ανεξαρτησία τους και να εξελιχθούν στην αληθινή τους προσωπικότητα. Για παράδειγμα, πολλοί έφηβοι επιλέγουν να γίνουν χορτοφάγοι επειδή θέλουν να δείξουν στους γονείς τους ότι νοιάζονται για τα ζώα και το περιβάλλον ή επειδή έχουν ηθικές αντιρρήσεις για την κατανάλωση κρέατος.

Χρονολογική σειρά της ψυχολογικής εξέλιξης κατά την εφηβεία

Πρώιμη εφηβεία (ηλικία 10-13 ετών):

- Λιγότερο ενδιαφέρον για τους γονείς.
- Πολύ στενές σχέσεις με φίλους του ίδιου φύλου.
- Επιθυμία να μοιάζουν στους συνομηλίκους τους
- Ανάγκη για έναν ορισμένο βαθμό ιδιωτικής ζωής.
- Έκδηλη φαντασία.
- Αύξηση της ικανότητας σκέψης.
- Ανησυχία για τις σωματικές αλλαγές.

Μέση εφηβεία (ηλικία 14-16 ετών):

- Μέγιστος βαθμός σύγκρουσης με τους γονείς.
- Μεγαλύτερη τάση για επικίνδυνες συμπεριφορές.
- Πρώτες ερωτικές επαφές.
- Ομαδικές σχέσεις και εργασίες.
- Μεγάλο ενδιαφέρον για τη σωματική εμφάνιση ώστε να γίνουν αρεστοί στο αντίθετο φύλο.

Όψιμη εφηβεία (ηλικία 17-19 ετών):

- Μεγαλύτερη αποδοχή της οικογένειας.
- Μεγαλύτερη σωματική αποδοχή του εαυτού τους.
- Μικρότερη σημασία στην ομάδα και τις αξίες.
- Πιο ρεαλιστικά ιδανικά και στόχοι.

- Πρώτοι σύντροφοι περισσότερο ή λιγότερο σταθεροί.
- Προτίμηση για ερωτικές σχέσεις.

Παρακάτω αναφέρονται επίσης οι συνήθειες ψυχολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις του εφήβου :

- Επιθυμία προς απομόνωση, αποφεύγοντας ομαδικές δραστηριότητες που αφορούν την οικογένεια και τους συνομήλικους.
- Δείχνει αποστροφή προς εργασία, και συχνά αισθάνεται κούραση ως προς την εκτέλεση των υποχρεώσεων του.
- Σε ότι αφορά τις πρότινες ασχολίες του αισθάνεται πλήξη και αδιαφορία
- Εμφανίζει σημάδια ανησυχίας και νευρικότητας
- Είναι διαρκώς σε υπερένταση και δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σε ένα έργο.
- Παρουσιάζει αυξημένη ευσυγκινησία.
- Αντιδρά έντονα έχοντας εχθρική στάση, προβάλλοντας συνεχώς αντιρρήσεις, προκαλώντας καυγάδες για ασήμαντα πράγματα, ζηλεύει τα αδέρφια του και κρίνει τους πάντες με αδιακρισία. (Παρασκευόπουλος I.N. 1984, Μάνος K.1986, Herbert M. 1996).
- Αντιστέκεται σε οποιαδήποτε μορφή εξουσίας .
- Ασχολείται υπερβολικά με σεξουαλικά θέματα κυρίως από ανάγκη να γνωρίσει το σώμα του. (παρακολουθεί ακατάλληλες ταινίες).
- Έχει έλλειψη αυτοπεποίθησης, νιώθει συναισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας, ιδίως όσον αφορά την ελλιπή αποδοχή της στήριξης από τους γονείς και την κοινωνία.

Λόγω των παραπάνω ψυχολογικών συναισθηματικών αντιδράσεων, εμπλέκεται σε συγκρούσεις και καταστάσεις στρεσογόνες, από τις οποίες ασυνείδητα προσπαθεί να προφυλαχθεί μέσω της ενεργοποίησης των μηχανισμών άμυνας οι οποίοι αφορούν:

1. Συναισθηματική απομόνωση. Ο έφηβος εξακολουθεί να είναι αμέτοχος συναισθηματικά έτσι ώστε να μειώνει τις εντάσεις και το άγχος
2. Φυγή. Ο έφηβος αποφεύγει δυσάρεστες καταστάσεις.
3. Ονειροπολεί. Είναι η διέξοδος του έφηβου στον έντονο συναισθηματισμό του, δημιουργώντας έναν ιδανικό φανταστικό κόσμο στον οποίο προτιμάει να ζήσει.
4. Εκλογίκευση. Δικαιολογεί τις πράξεις του μέσω της μείωσης της ασυμφωνίας που υπάρχει ανάμεσα στις νοητικές δραστηριότητες και την συμπεριφορά του.
5. Προβολή. Ο έφηβος αναγνωρίζει σε άλλους κίνητρα, σκέψεις, αντιδράσεις και συναισθήματα και προβάλλει δικά του στοιχεία για να αποφύγει τις συγκρούσεις που αυτά του προκαλούν.
6. Μετάθεση-Μετατόπιση. Η μετατόπιση των συναισθημάτων ή των ενεργειών από το άτομο το οποίο ήταν αρχικά να στραφούν, προς κάποιο άλλο άτομο ή ακόμα και αντικείμενο.

1.1.5. Κοινωνική Ανάπτυξη

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, υπάρχουν σημαντικές αλλαγές στην προσωπικότητα και τις σχέσεις ενός ατόμου με τους άλλους. Ειδικότερα, οι έφηβοι γίνονται πιο επικριτικοί και αμφισβητούν τα κοινωνικά δεδομένα, εκδηλώνοντας ριζοσπαστικές και μεταρρυθμιστικές ανησυχίες που συχνά τους οδηγούν να ασχοληθούν με το έργο νέων θεωρητικών και μοντέλων ζωής. Τα νέα τους γνωστικά επιτεύγματα ευθύνονται και για τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον κόσμο και τον εαυτό τους. Ωστόσο, παρά αυτές τις αλλαγές, οι έφηβοι εξακολουθούν να αισθάνονται μεγάλη απόσταση από την πραγματικότητα στον ιδανικό κόσμο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και απογοήτευση, ή εναλλακτικά να πάρουν θέση ως μαχητές για ανθρωπιστικούς σκοπούς (Τριανταφύλλου Τ., 1998. Cole M & Cole S., 2002. Herbert M., 1996. Καψάλης Α., 2003. Μακρή Μπότσαρη Ε., 2001).

1.2.Τα Στάδια εφηβείας

Μέσα απο τις διαχρονικές έρευνες και μελέτες επιστήμονες έχουν μελετήσει τους εφήβους για μεγάλο χρονικό διάστημα και με βάση τα ευρήματά τους, έχουν χωρίσει την εφηβεία σε τρία διαφορετικά στάδια στα οποία περιγράφονται οι αλλαγές που αναφέρθηκαν πιο πάνω (Κασσωτάκης Μ, Φλουρής Γ. (2006). Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ., 1986).

A. Αρχικό στάδιο

Το πρώτο στάδιο της εφηβείας, ονομάζεται επίσης προεφηβεία και συνήθως ξεκινά γύρω στα 11 με 14 έτη ηλικίας. Στην ηλικία αυτή οι έφηβοι έχουν δύο χαρακτηριστικά πρόσωπα – το παιδί και τον αναδύμενο ενήλικα, όπου εμφανίζονται οι πρώτες βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές.

Σε βιολογικό επίπεδο, οι αλλαγές που σημειώνονται είναι η ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων, καθιστώντας το άτομο βιολογικά έτοιμο να τεκνοποιήσει. Στο στάδιο αυτό επέρχεται και η έμμηνος ρύση στα κορίτσια. Μαζί με τα γεννητικά όργανα, αναπτύσσονται και το βάρος και το ύψος, η τριχοφυΐα, οι ιδρωτοποιοί αδένες και η ερωτική έλξη. Επιπλέον παρατηρείται η έναρξη της ακμής, η φωνή βαθαίνει, οι αδένες του δέρματος γίνονται πιο ευαίσθητοι και λειτουργούν πιο έντονα, ενώ παράλληλα τα παιδιά-έφηβοι ανακαλύπτουν και τον αυνανισμό.

Το άτομο στο στάδιο της προεφηβείας, εκτός από βιολογικές αλλαγές, εμφανίζει και ξαφνικές μεταπτώσεις στη διάθεση του και κατακλύζεται από διάφορα συναισθήματα, όπως αιγισματικότητα, αμηχανία, ντροπή, περιέργεια κλπ. Στην ηλικία αυτή αναπτύσσονται επίσης τα εσωστρεφή και εξωστρεφή χαρακτηριστικά του ατόμου και αρχίζουν να διαφαίνονται οι ικανότητες και οι κλίσεις τους. (Κασσωτάκης Μ., Φλουρής Γ.,2006. Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ., 1986).

B. Μέσο Στάδιο

Αυτό το στάδιο παρατηρείται συνήθως μεταξύ 14 και 17 ετών. Δεδομένου ότι οι μεγάλες αλλαγές από το προηγούμενο στάδιο έχουν ήδη συμβεί, αυτή η περίοδος θεωρείται η «καρδιά της εφηβείας», όπου το άτομο χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και ενθουσιασμό, ενώ επίσης αρχίζει να κοινωνικοποιείται, να εντάσσεται σε ομάδες και να γίνεται σεξουαλικά ενεργό.

Σε αυτό το στάδιο της ζωής τους, οι έφηβοι περνούν μια φάση όπου απορρίπτουν το οικογενειακό μοντέλο, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ανταγωνιστική, εχθρική συμπεριφορά και συμπεριφορά απόσυρσης. Αυτό συμβαίνει επειδή προσπαθούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από το να αισθάνονται προσκολλημένοι μαζί τους, αποφεύγοντας τον από κοινού χρόνο, αφού προτιμά την παρέα με φίλους ή την αυτοαπομόνωση του.

Γ. Τελικό Στάδιο

Η περίοδος κατά την οποία έχουν ολοκληρωθεί οι βιολογικές αλλαγές και η σωματική ωρίμανση, αποκαθιστώντας μια ψυχική ισορροπία, που ορίζεται στην ηλικία των 17 με 21 και ονομάζεται και όψιμη περίοδος. Οι συγκρούσεις του εφήβου σταματούν τόσο προς το αντίθετο φύλο(που παρατηρείται κατά την προεφηβεία), και την θέση τους παίρνει η σεξουαλική σχέση που αποκτά μεγαλύτερη διάρκεια και μπορεί να καταλήξει και σε γάμο, όσο και με τους γονείς όπου πλέον αναζητά την άποψη και τις συμβουλές τους. Στο στάδιο αυτό επιτυγχάνεται η ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς, η συναισθηματικά σεξουαλική ολοκλήρωση και η διαμόρφωση σταθερής ταυτότητας, προκειμένου να ανταπεξέλθει και να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα της ενήλικης ζωής.

1.3. **Διατροφή στην Εφηβεία**

Η εφηβεία είναι μια περίοδος που οι άνθρωποι περνούν από ραγδαίες αλλαγές στην ψυχολογική και σωματική τους ανάπτυξη. Αυτή είναι η στιγμή που διαμορφώνεται πλήρως η προσωπικότητα ενός ατόμου. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να συμβάλουν στην ολοκλήρωση του ατόμου. Ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου είναι η διατροφή και η άσκηση. Σε αυτό το στάδιο της ζωής, το σώμα χρειάζεται περισσότερη ενέργεια για να αναπτυχθεί και να ανταπεξέλθει. Αυτό συμβαίνει επειδή οι έφηβοι χρειάζονται ενέργεια για πράγματα όπως η μυϊκή ανάπτυξη, η ανάπτυξη των οστών και των νεύρων και η ανάπτυξη του αναπαραγωγικού συστήματος. Είναι απαραίτητο οι έφηβοι να εκπαιδεύονται για την ποιότητα των τροφών που πρέπει να καταναλώνουν από αρκετά μικρή ηλικία, καθώς η άσκηση σε συνδυασμό με την υγιεινή διατροφή αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες για την υγεία τους, τόσο μακροπρόθεσμα όσο και βραχυπρόθεσμα στη ζωή τους (Pearson, et al., 2009).

1.3.1. Διατροφικές συνήθειες εφήβων

Οι έφηβοι σήμερα είναι πιο πιθανό να έχουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες από ό,τι οι έφηβοι στο παρελθόν. Συχνά παραλείπουν σημαντικά γεύματα, όπως το πρωινό, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση βάρους και άλλα προβλήματα, όπως διαταραχή στα επίπεδα προσοχής, μνήμης καθώς και την απόδοση στο σχολείο (Wesness, et al., 2003. Rampersaud, et al., 2005).

Όταν οι έφηβοι μεγαλώνουν, οι ορέξεις τους για φαγητό τείνουν να είναι πολύ ψηλές. Αν μάθουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής από την παιδική τους ηλικία, αυτό μειώνει τον κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφικά προβλήματα. Ωστόσο, σε αυτό το στάδιο, οι νέοι επηρεάζονται πολύ από τις σύγχρονες καταστάσεις που κυριαρχούν γύρω τους. Αυτό περιλαμβάνει, τη σύνθεση της οικογένειας και τις διατροφικές της συνήθειες, τις τηλεοπτικές διαφημίσεις και διαφημίσεις προϊόντων, τα πρότυπα σώματος που προωθούνται μέσω περιοδικών, βιομηχανιών και τηλεόρασης, τις προσωπικές αξίες και τον χρόνο προετοιμασίας γευμάτων.

Τρώνε πολλά έτοιμα γεύματα, τόσο στο σπίτι όσο και έξω, τα οποία είναι πλούσια σε κενές θερμίδες και χαμηλή σε απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, γεμάτα ζάχαρη και συντηρητικά (Bauer, et al., 2009. Larson, et al., 2007). Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής ενός εφήβου, φέρει ως πιθανό αποτέλεσμα συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως χρόνιες ασθένειες, ψυχικό ή σωματικό στρες και κατάχρηση αλκοόλ (Donald E Greydanus, et al., 2011). Επίσης οι τροφές αυτές περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες, λίπη ενώ έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και γενικά θρεπτικά συστατικά. Αυτοί οι παράγοντες λοιπόν έχουν καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς του εφήβου. (Worthington-Roberts , Rees, 1996). Σημαντικός επίσης παράγοντας είναι και οι συνομήλικοί του, και συγκεκριμένα αυτοί που τείνουν να είναι οι πιο δημοφιλείς, αφού στην εφηβεία τα άτομα τείνουν να μιμούνται τάσεις και συμπεριφορές. Οι διατροφικές του συνήθειες είναι συχνά ένας τρόπος για να ενσωματωθεί ένας έφηβος στην κοινωνική ομάδα των συνομηλίκων του και να καλύψει τις ψυχοκοινωνικές του ανάγκες (Syjoldzic , De Lucia, 2007). Συχνά παρατηρείται ότι οι διατροφικές τους συνήθειες δεν είναι πολύ ωφέλιμες για τον οργανισμό τους και χρειάζονται βελτίωση. Οι ενήλικες, όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι, πρέπει να ενημερώνουν τον νέο με κατάλληλο τρόπο για τις ανάγκες του σώματός του και τις επιπτώσεις των βλαβερών τροφών που καταναλώνει.

1.3.2. Διατροφικές απαιτήσεις κατά την εφηβεία

Λόγω του γρήγορου ρυθμού ανάπτυξης, οι έφηβοι έχουν αυξημένες διατροφικές ανάγκες που επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, οι δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στην καθημερινή τους ζωή και το φύλο. Οι ανάγκες αυτές αποτελούν συνέπεια των αλλαγών που παρατηρούνται στο κάθε φύλο ξεχωριστά, οι οποίες σχετίζονται με τις απαιτήσεις σε θρεπτικά συστατικά (Nielsen, et al., 2002) (Hedrich, et al., 2000). Η αύξηση της ηλικίας πηγαίνει ανάλογα με την αύξηση των ενεργειακών αναγκών του εφήβου. Επιπλέον, αν λάβουμε υπόψη ένα κορίτσι και ένα αγόρι της ίδιας ηλικίας και με το ίδιο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, το αγόρι έχει μεγαλύτερες ενεργειακές απαιτήσεις από το αντίστοιχο κορίτσι, που είναι αποτέλεσμα της διαφορετικής φυσικής σύνθεσης κάθε φύλου. Η σωματική σύσταση των κοριτσιών αποτελείται από μεγαλύτερο ποσοστό λίπους, σε σύγκριση με τα αγόρια, με αποτέλεσμα ο μεταβολισμός του αγοριού να είναι υψηλότερος από του κοριτσιού. Οι έφηβοι πρέπει να διατηρούν μια υγιή ισορροπία ενέργειας, ώστε να μην είναι υπέρβαροι ή αδύνατοι (Mahan & Escott, 2000). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό εάν δεν παίρνουν αρκετά από ορισμένα θρεπτικά συστατικά. Οι διατροφικές ανάγκες των εφήβων διαχωρίζονται σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, μέταλλα, ασβέστιο, σίδηρο, βιταμίνες και φυτικές ίνες.

- Πρωτεΐνες:

Η πρωτεΐνη είναι σημαντικό μέρος της διατροφής ενός εφήβου, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Τα αγόρια χρειάζονται 0,99 γραμμάρια πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους την ημέρα από την ηλικία των 10 ετών και άνω και τα κορίτσια χρειάζονται 0,86 γραμμάρια πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους την ημέρα από την ηλικία των 10 έως 18 ετών. Οι έφηβοι μπορούν να λάβουν την πρωτεΐνη που χρειάζονται με την κατανάλωση τροφών υψηλής βιολογικής αξίας, όπως αυγά, πουλερικά και ιδιαίτερα στήθος κοτόπουλου. (Mahan & Escott, 2000).

- Υδατάνθρακες:

Οι υδατάνθρακες πρέπει να περιλαμβάνονται σε κάθε γεύμα καθώς παρέχουν ενέργεια. Η πρόσληψη υδατανθράκων πρέπει να αποτελεί το 50-55% της συνολικής ενέργειας που λαμβάνει ένα άτομο καθημερινά, με εξαίρεση τους εφήβους που ασχολούνται με τον αθλητισμό. Επιπλέον, η παρουσία τους είναι καθοριστικός παράγοντας τόσο για το μεταβολισμό των λιπών και των

πρωτεϊνών, όσο και για το νευρικό σύστημα. Το λίπος είναι απαραίτητο συστατικό κάθε δίαιτας και προάγει τον κορεσμό. Η παρουσία στο σώμα ανεπαρκούς ποσότητας υδατανθράκων οδηγεί σε αποτυχία στη διαδικασία του μεταβολισμού και στην απέκκριση των λιπαρών οξέων. Οι υδατάνθρακες βρίσκονται σε διάφορα τρόφιμα. Κυρίως σύνθετες τροφές κάνουν καλό στον οργανισμό, όπως λαχανικά, φρούτα, ζυμαρικά και δημητριακά ολικής αλέσεως. Ενώ η κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών, όπως το λευκό ψωμί, η ζάχαρη και τα παράγωγά του, δεν πρέπει να ξεπερνά το 10%, αφού δεν είναι καθόλου ωφέλιμα για τον ανθρώπινο οργανισμό (Ζερφυρίδης, 1998).

- Λίπη:

Τα ακόρεστα λίπη πρέπει να αποτελούν το 30% των ημερήσιων θερμίδων σας. Τα κορεσμένα λιπαρά δεν πρέπει να αποτελούν περισσότερο από το 10% αυτού του ποσοστού. Οι έφηβοι πρέπει να είναι προσεκτικοί με την πρόσληψη λίπους, καθώς η διατροφή τους αποτελείται κυρίως από κορεσμένα λιπαρά που δεν συνιστώνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Εάν καταναλώνουν πολύ λίπος, θα πάρουν βάρος και θα αναπτύξουν άλλες επιπλοκές ως αποτέλεσμα. Από την άλλη πλευρά, εάν καταναλώνουν λιγότερο λίπος, μπορεί να μην λαμβάνουν αρκετά από τα σημαντικά θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται για την ανάπτυξη και την ανάπτυξη.(Mahan & Escott, 2000) (Butte, 2003).

- Ασβέστιο:

Οι απαιτήσεις σε ασβέστιο είναι υψηλές κατά την εφηβεία λόγω της ταχείας ανάπτυξης του σκελετικού και του μυϊκού συστήματος. Η οστική μάζα συσσωρεύεται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, επομένως οι έφηβοι χρειάζονται περισσότερο ασβέστιο από τους ενήλικες. Εάν δεν λαμβάνουν αρκετό ασβέστιο, μπορεί να αναπτύξουν οστεοπόρωση ως ενήλικες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους εφήβους που δεν τρώνε πολλά γαλακτοκομικά προϊόντα, τα οποία είναι η κύρια πηγή ασβεστίου. Η ανεπαρκής λήψη ασβεστίου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε προβλήματα με τη σωματική δραστηριότητα. (Ζερφυρίδης, 1998).

- Σίδηρος:

Ο σίδηρος είναι ένα σημαντικό μέταλλο που βοηθά στην αύξηση της μυϊκής μάζας κατά την εφηβεία και είναι σημαντικό να παράγεται αρκετά. Τα αγόρια ηλικίας 11-18 ετών χρειάζονται 8-

11 mg/ημέρα, ενώ τα κορίτσια ηλικίας 11-18 ετών χρειάζονται 8-15 mg/ημέρα. Οι απαιτήσεις σε σίδηρο είναι μεγαλύτερες στα κορίτσια από ότι στα αγόρια λόγω της απώλειας αίματος που παρουσιάζουν κατά την έμμηνο ρύση. Εάν η λήψη σιδήρου είναι περιορισμένη, μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια σιδήρου, η οποία φέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Καλές πηγές σιδήρου περιλαμβάνουν φακές, όσπρια, ξηρούς καρπούς, κόκκινο κρέας, συκώτι, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, αποξηραμένα φρούτα και δημητριακά ολικής αλέσεως. (Ζερφυρίδης, 1998. Cusantis , Shannon, 1996).

- Βιταμίνες:

Οι βιταμίνες είναι ειδικές χημικές ουσίες που χρειάζονται το σώμα για να λειτουργήσει σωστά. Ορισμένες βιταμίνες βοηθούν στη ρύθμιση της μεταβολικής διαδικασίας και άλλων διαδικασιών που συμβαίνουν στο σώμα, όπως βοηθούν στη δημιουργία νέων κυττάρων και υγιούς δέρματος. Ορισμένες βιταμίνες είναι σημαντικές για τη σωστή σύνθεση του DNA και του RNA. (Ζερφυρίδης, 1998) (Schwartz , Fisher, 2019).

- Φυτικές Ίνες:

Οι φυτικές ίνες είναι συστατικά της τροφής, που έχει αποδειχθεί ότι έχουν ευεργετικές ιδιότητες στον οργανισμό των εφήβων. Βρίσκονται κυρίως σε τρόφιμα που προέρχονται από φυτά και είναι γεμάτα με υδατάνθρακες. Οι φυτικές ίνες μπορούν να ληφθούν από φρούτα, δημητριακά ολικής αλέσεως, λαχανικά, όσπρια και ξηρούς καρπούς. Η υπερκατανάλωση τους όμως, μπορεί να οδηγήσει σε διάρροια και φούσκωμα, αλλά η κατανάλωση ισορροπημένης ποσότητας φυτικών ινών είναι υγιής για το γαστρεντερικό σύστημα.

1.3.3. Κατάλληλη διατροφή εφηβικής ηλικίας

Τα εφηβικά χρόνια είναι μια περίοδος που η υγεία του ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η υγιεινή διατροφή και η τακτική άσκηση είναι απαραίτητα και το βάρος ενός εφήβου θα πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά για να παραμείνει σταθερό. Εάν το βάρος ενός εφήβου αλλάξει τραγικά, θα πρέπει να υποβληθεί σε άμεση θεραπεία για να αποφευχθεί η παχυσαρκία ή μια σοβαρή απώλεια βάρους. Η καθημερινή διατροφή ενός εφήβου πρέπει να περιλαμβάνει ποικιλία υγιεινών τροφών, ώστε να παίρνει τα σωστά θρεπτικά συστατικά και στις σωστές ποσότητες. Θα

πρέπει να έχει τρία κύρια γεύματα και δύο μικρότερα γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ωστόσο, οι έφηβοι σήμερα συχνά δεν ακολουθούν αυτό το συγκεκριμένο σχέδιο. Τρώνε πολλά ανθυγιεινά τρόφιμα που είναι πλούσια σε λιπαρά, ζάχαρη και υδατάνθρακες και δεν τρώνε τόσο πολλά από τα υγιεινά φρούτα και λαχανικά. Οι νέοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται από το περιβάλλον τους να τρώνε σπιτικό φαγητό και πρωινό αντί για έτοιμα εμπορικά σνακ, τα οποία είναι πιθανό να είναι πολύ πιο επιβλαβή για την υγεία τους, ειδικά αν τα προτιμούν καθημερινά (Αθανασίου, 2007). Επιπλέον, είναι σημαντικό να παρέχεται ένα σωστό πρωινό για καλύτερη πνευματική απόδοση, συγκέντρωση, μνήμη, επίλυση σύνθετων προβλημάτων και καλύτερη διάθεση. (Berger, 2008).

1.3.4. Οικογενειακά γεύματα

Οι έφηβοι συνήθως έχουν λιγότερα οικογενειακά γεύματα καθώς μεγαλώνουν (Gillman et al., 2000, Neumark-Sztainer et al., 2000). Στο γυμνάσιο, τρώνε κατά μέσο όρο 5,7 γεύματα με την οικογένειά τους, αλλά μέχρι το γυμνάσιο, ο αριθμός αυτός πέφτει στο 3,5. Το 22-35% των εφήβων αναφέρει ότι ποτέ ή σπάνια τρώνε γεύματα με την οικογένειά του, ενώ μόνο το ένα τρίτο τρώει μερικά γεύματα με την οικογένειά του. Οι έφηβοι που τρώνε περισσότερα γεύματα με τις οικογένειές τους είναι λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν επικίνδυνες για την υγεία συνήθειες, όπως το ποτό, το κάπνισμα και τη σεξουαλική δραστηριότητα (U.S. Council of Economic Advisors, 2000).

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Φυσικά, η λέξη «ανορεξία» μπορεί να προκαλέσει σύγχυση. Η νευρική ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη επηρεάζεται μόνο αργότερα στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην έννοια του εαυτού, της ταυτότητας και της αυτονομίας, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε, γι' αυτό και τα αίτια της παραμένουν άγνωστα. Η νευρική ανορεξία διαγιγνώσκεται ως επί το πλείστον στην εφηβεία, μεταξύ των δεκατριών και των είκοσι ετών, είτε χωρίς προφανή λόγο είτε μετά από κάποιο συναισθηματικό τραύμα, σε έναν προηγουμένως μη

προβληματικό έφηβο. Μπορεί όμως να ξεκινήσει από τη βρεφική ηλικία, την παιδική ηλικία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Αυτή η διαταραχή ακολουθείται από ταχεία απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται από τη θέληση του ίδιου του πάσχοντος (Λιάκος, 1973). Η μείωση του βάρους μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους, όπως: δίαιτα, αποφυγή τροφών που θεωρούνται παχυντικές, υπερβολική άσκηση, αυτοπροκαλούμενος εμετός έπειτα από κάθε γεύμα, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και χρήση ανορεξιογόνων (Beumont 1995), ενεργώντας έτσι με καταχρηστικό και τιμωρητικό τρόπο προς τον ίδιο. Γι' αυτό υπάρχουν δύο τύποι ψυχογενούς ανορεξίας: ένας στον οποίο το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά καθαρισμού, ο περιοριστικός τύπος και ένας άλλος στον οποίο το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά καθαρισμού, ο καθαρτικός τύπος (Μπέλλος et al., 2014). Η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων για τα άτομα με νευρική ανορεξία κυμαίνεται από 600-800 θερμίδες, με ακραίες περιπτώσεις ολικής αφαγίας και της έντονης ανησυχίας ότι θα πάρει βάρος, ακόμη και όταν είναι απίθανο (Bruch 1982, Russell 1979).

Η νευρική ανορεξία είναι η ψυχική ασθένεια που χρησιμοποιούν τα άτομα με την πάθηση για να προσπαθήσουν να λύσουν προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή. Για παράδειγμα, οι ανορεκτικοί μπορεί να αισθάνονται καταβεβλημένοι από τις προκλήσεις της ζωής και να νιώθουν ότι δεν μπορούν να τις αντιμετωπίσουν. Έτσι, μπορεί να προσπαθήσουν να ελέγξουν την πρόσληψη τροφής για να βεβαιωθούν ότι δεν αισθάνονται τόσο καταβεβλημένοι και αγχωμένοι. Επιπλέον, οι ανορεξικοί μπορεί να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλές προσδοκίες, κάτι που τους κάνει να νιώθουν ότι πρέπει να είναι τέλει σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Crisp et. Al. 2016). Στην προσπάθειά τους αυτή όμως, μέσω της διαταραχής μπορεί να επηρεαστούν οι σχέσεις των ανθρώπων με την οικογένεια και τους φίλους, κρατώντας τους μακριά από κοινωνικές καταστάσεις. Μπορεί επίσης να επηρεάσει την απόδοσή τους στο σχολείο ή στην εργασία. Η σοβαρότητα των σωματικών και συναισθηματικών συνεπειών της διαταραχής συχνά δεν αναγνωρίζεται και τα άτομα με νευρική ανορεξία συχνά δεν αναζητούν βοήθεια. (Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας, 2004). Όλα τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος και κατάθλιψη. Είναι μια ασθένεια που δεν προκαλείται από καμία σωματική ασθένεια, αλλά προκαλείται από το μυαλό του ατόμου.

2.1.Στάδια

Οι επιστήμονες χώρισαν την πορεία της νευρικής ανορεξίας σε τέσσερα διαφορετικά στάδια προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα και να εξετάσουν την ασθένεια, καθένα από τα οποία ορίζει μια διαφορετική πτυχή της ζωής του ατόμου. Σε κάθε στάδιο, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ατόμου διαστρεβλώνονται.

Πρώτο στάδιο: «το στάδιο της επίτευξης»

Στην αρχή, μπορεί απλώς να μοιάζουν με όλους τους άλλους και να μην έχουν εμφανή σημάδια της νόσου. Οι άνθρωποι που έχουν προδιάθεση να αναπτύξουν νευρική ανορεξία είναι συνήθως πολύ τελειομανείς και προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν το 100% των ικανοτήτων τους για να πετύχουν τους στόχους τους. Καθώς το άτομο χάνει βάρος, είναι πιο πιθανό να ανταμειφθεί από τα κοντινά του άτομα ακολουθώντας αυστηρά τη διατροφή του. Αυτό τους προκαλεί την επιθυμία να συνεχίσουν να χάνουν βάρος .

Δεύτερο στάδιο: «το στάδιο ασφάλειας/ του καταναγκασμού»

Όταν κάποιος βρίσκεται στο στάδιο αυτό, έχει στόχο να χάσει ένα κιλό την εβδομάδα. Αυτό σημαίνει ότι η ιδέα τους για φυσιολογικό βάρος δεν ισχύει πλέον και όσο πιο αδύνατοι γίνονται, τόσο περισσότερο πιστεύουν ότι γίνονται παχύσαρκοι. Ταυτόχρονα, αρχίζουν να μετρούν τα χέρια, τη μέση, τους μηρούς και να δοκιμάζουν ρούχα σε όλο και μικρότερα μεγέθη, για να συγκρίνονται με όλα τα άτομα που βλέπουν. Αυτή η παραμόρφωση της αντίληψης για το μέγεθος του σώματος επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να επιμείνει στην απόφασή του να χάσει βάρος. Έτσι, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του προσθέτοντας υπερβολική επιπλέον άσκηση στο συνολικό του πρόγραμμα, παρόλο που ο στόχος του είναι τώρα να χάσει περισσότερο από ένα κιλό την εβδομάδα.

Κάποιος με ανορεξία είναι διαφορετικός από τους ανθρώπους που κάνουν δίαιτα, ως προς το ότι βλέπει κάθε κιλό που χάνει ως σημάδι ότι πρέπει να χάσει περισσότερα. Παθαίνει εμμονή με το αδυνάτισμα και βρίσκει καταφύγιο σε αυτή τη δραστηριότητα, που περιορίζει το άγχος του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους (προκαλώντας εμετό, χρήση καθαρικών/διουρητικών) για να περιορίσει τους φόβους του. Όλη αυτή η δραστηριότητα περιορίζει τους ανορεκτικούς από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Επιπλέον, σε αυτό το στάδιο της διαταραχής αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους επειδή είναι επικεντρωμένος στη μάχη ενάντια στην πείνα και ο εγκέφαλος του στέλνει ένα μήνυμα ότι αν χάσει βάρος, το σώμα του δεν θα μπορέσει να διατηρήσει την ομοιόσταση, πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορεί να παραμείνει σε κανονική θερμοκρασία, δεν έχει φυσιολογική αρτηριακή πίεση, καρδιακό ρυθμό και μυϊκή μάζα. Σε αυτό το στάδιο, το δέρμα στους αγκώνες, τα γόνατα και τη μασχάλη ενός ανορεκτικού μπορεί να γίνει λεπτό και να διπλώνει, επειδή το σώμα έχει συρρικνωθεί περισσότερο από ό,τι μπορεί να συστέλλεται το δέρμα (Beumont PJV, 2002).

Καθώς ένα ανορεκτικό άτομο γίνεται όλο και πιο λεπτό, ο εγκέφαλος του αρχίζει να προσαρμόζεται στα σήματα που του λένε να αισθάνονται πεινασμένοι. Τώρα λοιπόν, όταν βλέπουν φαγητό, αποκτούν εμμονή με αυτό και δεν μπορούν να σταματήσουν να σκέφτονται πώς να το ξεφορτωθούν. Αυτό μπορεί να τους κάνει να παθιαστούν με το φαγητό, να συλλέγουν συνταγές και να τακτοποιούν προσεκτικά το φαγητό τους στα πιάτα τους. Όταν άλλοι άνθρωποι γύρω τους παρατηρούν αυτή τη συμπεριφορά, ενώ το άτομο με ανορεξία μπορεί να την αρνηθεί ή να πεί ότι είναι απλώς φυσιολογική. Ταυτόχρονα, το άτομο εμφανίζει διαταραχή ύπνου και αρχίζει να κάνει σκέψεις για το φαγητό. Αυτές οι σκέψεις μετατρέπονται σε ανεπτυγμένη όρεξη, η οποία αν ενδώσει μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία.

Το μυαλό και το σώμα του ανορεκτικού στέλνουν μηνύματα να σταματήσουν την πείνα και να σωθούν από τον θάνατο, αλλά το άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία μερδεύεται και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να μειώσει την πρόσληψη φαγητού και ποτού. Οι περισσότεροι ανορεκτικοί άνθρωποι αναπτύσσουν φοβίες τόσο για υγρές όσο και για στερεές τροφές. (Attia E, 2010) Καθώς η ποσότητα των θερμίδων που καταναλώνει ένα άτομο μειώνεται, η φυσιολογική ισορροπία του σώματός του διαταράσσεται, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα όπως το πολύ κρύο, ο ταχύτερος καρδιακός ρυθμός και η απώλεια μαλλιών. Επιπλέον, άλλα μέρη του σώματος μπορεί να αρχίσουν να υποφέρουν επίσης, όπως η διακοπή της εμμήνου ρύσεως, καθώς το σώμα χρειάζεται πρωτεΐνες και σίδηρο. Τέλος, αυτό το στάδιο μπορεί να είναι μια μακρά, απελπισμένη μάχη για να αποφύγουν τα συναισθήματα ανασφάλειας και φόβου που προκαλεί η νευρική ανορεξία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς και απόσυρση από το περιβάλλον του, τα οποία το κάνουν να νιώθει πολύ ντροπή και δυστυχία (Beumont PJV, 2002).

Τρίτο στάδιο: « το κατηγορηματικό στάδιο»

Αυτό το στάδιο ξεκινά όταν αρχίζουν να δέχονται κριτική από το κοινωνικό τους περιβάλλον για το πόσο βάρος έχουν χάσει, ενώ ταυτόχρονα, αρχίζουν να έχουν συγκρούσεις με τον κοινωνικό τους περίγυρο επειδή δεν ενδιαφέρονται πλέον να ευχαριστήσουν τους άλλους. Ο ασθενής νιώθει ήρεμος και ασφαλής γιατί μπορεί να μην υπακούει στους κανόνες διατροφής και να κρύψει την ανορεξία του. Νιώθει δυνατός, παρόλο που εξακολουθεί να τρώει κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, όπως να πηγαίνει από εστιατόριο σε εστιατόριο για να βρει το μενού ή το πιάτο με τα χαμηλότερα λιπαρά. Ταυτόχρονα, αρχίζει να συγκρούεται με συγγενείς ή φίλους για θέματα που σχετίζονται με το βάρος του, υποστηρίζοντας ότι πρέπει να χάσει περισσότερα κιλά και ότι είναι παχύσαρκος γιατί άλλοι ισχυρίζονται ότι είναι λιποβαρής. Ο ασθενής πιστεύει ότι όλοι ζηλεύουν τη δύναμή του να χάσει βάρος και θέλουν να τον ενθαρρύνουν προς την παχυσαρκία κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Αυτό το στάδιο είναι συχνά ένα σημάδι της κατάστασης ενός ανορεκτικού ατόμου και μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια και τους φίλους να κατανοήσουν καλύτερα τι συμβαίνει λειτουργώντας επίσης ως καταλυτικό σημάδι ότι το άτομο πάσχει από την συγκεκριμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Τέταρτο στάδιο: «το στάδιο της ψευδοταυτότητας»

Τα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν αρχίσει να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την οικογένεια και τους φίλους τους. Αρχίζουν να φορούν φαρδιά ρούχα για να κρύψουν την κατάστασή τους ή μπορεί να επιδεικνύουν το σώμα τους σε μια προσπάθεια να δείξουν τη δύναμη και την υπεροχή τους. Στο τελικό στάδιο της ασθένειας, η συμπεριφορά του ατόμου παραμένει αμετάβλητη, εκτός από τα αισθήματα δύναμης και φήμης.

2.2.Αιτιολογία

Η νευρική ανορεξία προκαλείται από διάφορους παράγοντες και η εμφάνιση των συμπτωμάτων της είναι σημάδι ενός προβλήματος που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τριών διαφορετικών επιπέδων. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς/πολιτιστικούς παράγοντες. Ο κύριος σκοπός αυτών των παραγόντων είναι να βοηθήσουν τους ανθρώπους να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους και να τονώσουν την αυτοεκτίμησή τους. Ωστόσο, ορισμένοι παράγοντες μπορεί να επιδεινώσουν την ανορεξία, όπως οι επιπλοκές από την πείνα (Garner et al. 1993). Ωστόσο, οι συγκεκριμένες αιτίες μιας ψυχικής

διαταραχής δεν έχουν πλήρως κατανοηθεί. Ένα παράδειγμα είναι η δίαιτα, η οποία είναι συχνά ένα σταθερό πρότυπο γεγονός στις ψυχικές διαταραχές (Hsu 1990). Η πιο σημαντική εξέλιξη αυτή τη στιγμή είναι ότι η πείνα μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της νόσου προκαλώντας επιβλαβείς σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις (Garner 1997).

1. Παράγοντες προδιάθεσης Ατομικοί (Βιολογικοί και Ψυχολογικοί)

Η ψυχοσύνθεση των ανορεκτικών ασθενών θεωρείται ότι σχετίζεται με τη συναισθηματική και γνωστική τους διάπλαση. Το τραύμα μπορεί να είναι ένας παράγοντας στο ιατρικό τους ιστορικό, ανάλογα με γεγονότα όπως η σεξουαλική κακοποίηση, τα ευαίσθητα χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας όπως ιστορικό λοιμώξεων, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές (Rastam 1992) και το πόσο γρήγορα μεγαλώνουν (Crisp et al. 1980). Οι διαταραχές του ασθενούς οφείλονται κυρίως στην έλλειψη τροφής. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη εμμηνορροϊκών περιόδων (αμηνόρροια), καθώς και σε πολύ λεπτή ή μη φυσιολογική ορμόνη (Garner 1993). Η κατάθλιψη είναι επίσης συχνή σε άτομα με νευρική ανορεξία, πριν την έναρξη της νόσου, στη μέση της οξείας φάσης της και μετά την ύφεση. Περίπου το 70% των ασθενών βιώνουν μείζονα κατάθλιψη.

2. Οικογενειακοί

Πολλές μελέτες έχουν βρει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της νευρικής ανορεξίας και του παθολόγου παράγοντα της οικογένειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διαταραχή μπορεί να παίζει σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Η παθολογία της οικογένειας μπορεί να προκληθεί τόσο από τη νευρική ανορεξία όσο και από κάποια άλλη αιτία. Ωστόσο, η νευρική ανορεξία έχει μια οικογενειακή κατανομή, που σημαίνει ότι είναι πιο πιθανό τα μέλη μιας οικογένειας να έχουν αυτή τη διαταραχή. Υπάρχουν κάποιες ομοιότητες μεταξύ των οικογενειών που έχουν ένα ανορεκτικό άτομο, αλλά υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ κάθε οικογένειας. Η οικογένεια δεν μπορεί να είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για τη νευρική ανορεξία που μπορεί να βιώσει ένα μέλος της οικογένειας, αλλά υπάρχουν πολλοί επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Οι γονείς συνήθως έχουν πολλές απαιτήσεις και υψηλές προσδοκίες από τα παιδιά τους, που συχνά αγνοούν το γεγονός ότι οι προσδοκίες αυτές πρέπει να ακολουθούνται από αγάπη και στοργή, καθώς και υποστήριξη για τα παιδιά ως άτομα. Η έλλειψη αγάπης και στοργής μπορεί να οδηγήσει

ένα άτομο σε ανορεκτικές τάσεις ως ενήλικας, γιατί νιώθει ότι αποκτά αξία μέσα από τα επιτεύγματα αυτής της συμπεριφοράς.

Όταν κάποιος νιώθει πολύ έντονα συναισθήματα και θέλει να τα μοιραστεί με άλλους, αυτό ονομάζεται «εσωτερική ανάγκη». Όταν αυτό συμβαίνει ταυτόχρονα με το σώμα τους, θεωρείται σημαντικό επίτευγμα (Dare, Crowther et al. 1995). Τα ανορεξικά παιδιά αισθάνονται ότι δεν χρειάζονται ή αξίζουν αγάπη, γι' αυτό κοιτάζουν τα επιτεύγματά τους για να νιώσουν σημαντικά. Νιώθουν ότι πρέπει να είναι ανεξάρτητοι, αλλά λαχταρούν επίσης την ασφάλεια και τη φροντίδα των οικογενειών τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νευρική ανορεξία, μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο γίνεται σοβαρά αδύνατο σε μια προσπάθεια να αποφύγει να θεωρηθεί ως βάρος για τους άλλους. Πολλά ανορεξικά παιδιά μεγαλώνουν σε πολύ στενές οικογένειες, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο δύσκολο για αυτά να αισθάνονται ότι μπορούν να σταθούν μόνοι τους. Αυτό μπορεί να τους κάνει να στραφούν στις οικογένειές τους για παρηγοριά και υποστήριξη, ακόμη και όταν μπορεί να παλεύουν με την υγεία τους.

3. Κοινωνικοπολιτιστικοί Παράγοντες

Οι άνθρωποι συχνά πιέζονται για δίαιτα, γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η εικόνα του σώματος που παρατηρείται στις ανεπτυγμένες χώρες είναι συχνά πολύ περιοριστική και αυτό προκαλεί διατροφικές διαταραχές σε πολλές περιπτώσεις (Hsu 1990). Υπάρχει η πεποίθηση ότι η ανορεξία είναι μια φυσιολογική ασθένεια και ότι τα άτομα με ανορεξία προσπαθούν απλώς να αδυνατίσουν. Αυτό συμβαίνει επειδή οι άνθρωποι στην κοινωνία δίνουν μεγάλη αξία στα λεπτά, καλλίγραμμα σώματα και συχνά απορρίπτουν τα παχύσαρκα. Αυτό συμβαίνει και στην Ελλάδα και στην Κύπρο.

4. Εκλυτικοί Παράγοντες

Οι διατροφικοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν νευρική ανορεξία σε μερικούς ανθρώπους, η οποία μπορεί να συνδέεται με την κατάθλιψη (Hsu 1990, Rastam 1992). Η ανορεξία συνήθως εκδηλώνεται με εποχιακό μοτίβο, όπως διαταραχές διάθεσης και αυτοκτονίες. Μερικοί άνθρωποι δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα επειδή η ασθένειά τους εμφανίζεται σε μια περίοδο που βιώνουν άλλα νέα πράγματα, όπως η εφηβεία, η μετακόμιση σπιτιού ή η μετάβαση στο κολέγιο.

5. Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Όταν κάποιος λιμοκτονεί, το σώμα του αρχίζει να αντιδρά με τρόπους που μπορεί να είναι επιβλαβείς για την υγεία του. Αυτό έχει αποδειχθεί τόσο από κλινικές μελέτες όσο και από πειράματα, όπου οι άνθρωποι έχουν λάβει πολύ λίγο φαγητό. Η ασιτία μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή συμπτώματα, τα οποία μπορεί να επιδεινωθούν με την πάροδο του χρόνου και να συμβάλουν στη διαιώνιση της διαταραχής (Garfinkel, Garner et al., 1982). Η κατάθλιψη για παράδειγμα, μπορεί να κάνει τους ανθρώπους να θέλουν να τρώνε λιγότερο για να νιώσουν καλύτερα, αλλά αυτό μπορεί να κάνει τη διάθεσή τους χειρότερη. Μπορεί επίσης να απασχοληθούν με το τι τρώνε και να αισθάνονται την ανάγκη να ελέγχουν την τροφή που λαμβάνουν, κάτι που μπορεί να επηρεαστεί από διάφορα πράγματα όπως η διάθεσή τους, οι σχέσεις και η κουλτούρα τους (Βάρσου, 2000).

2.3. Κλινική Εικόνα

Η κλινική εικόνα των ατόμων με νευρική ανορεξία είναι μια αδυνατισμένη εικόνα σώματος με την οποία συχνά έχουν μια παράλογη εμμονή ότι είναι παχύσαρκα ή ότι μπορούν να πάρουν βάρος ακόμα κι αν το σώμα τους μπορεί να είναι αδύνατο. Μερικοί ασθενείς είναι απλώς πολύ αδύνατοι, ενώ άλλοι καταλήγουν να μοιάζουν με “ζωντανούς σκελετούς”. Η νευρική ανορεξία είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει σχεδόν κάθε όργανο του σώματος και αν δεν αντιμετωπιστεί οδηγεί σε θάνατο.

Ο “ανορεκτικός εγκέφαλος” χαρακτηρίζεται από απώλεια μνήμης, οξυθυμία και διαταραχές σκέψης και αντίληψης. Τα άτομα αυτά σκέφτονται ότι με το να φάνε μια τροφή, δεν θα αρέσουν σε κανένα και θα νιώθουν ότι χάνουν τον έλεγχο, αν φάνε γλυκό, θα τρώνε συνέχεια, αν υπερβούν τα Χ κιλά, τότε δεν θα μπορούν να τα χάσουν και αυτό θα τους βασανίζει συναισθηματικά, ενώ όταν μειώνεται το βάρος χαίρονται. Τέλος αισθάνονται ενοχές αν φάνε περισσότερο από κάποιο άλλο ή αν τους πιέζει κάποιος άλλος να φάνε (Granillo T., Jones – Rodriguez G., C. Carrajal Scott, 2005). Επίσης, όπως προαναφέρθηκε τα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν πολύ χαμηλή αυτοπεποίθηση και αισθάνονται κατώτερα από τους άλλους, καθώς και υπερβολικό φόβο να πάρουν βάρος (Gorwood P., Wohi M., Purper D. 2004). Η χαμηλή αυτή αυτοεκτίμηση των ατόμων μπορεί να επηρεαστεί από αλλαγές στο βάρος τους. Συγκεκριμένα όταν αυτό αυξάνεται,

έστω και ελαφρώς, αισθάνονται ανάξιοι, με αποτέλεσμα να δημιουργεί έντονη ενόχληση, καθώς και κίνδυνο για την υγεία λόγω του ότι είναι ήδη πολύ αδύνατοι.

Η νευρική ανορεξία μπορεί να προκαλέσει μείωση της ροής του αίματος, χαμηλή αρτηριακή πίεση και χαμηλές θερμοκρασίες. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί επίσης να εμφανιστούν νεφρική ανεπάρκεια και οστικές ανωμαλίες. Τα άτομα με νευρική ανορεξία μπορεί επίσης να έχουν πολλά μαλλιά που είναι πολύ λεπτά και τραβιούνται εύκολα, που ονομάζεται υπεριδρωσία. Οι ανορεκτικοί με τον τύπο υπερφαγίας/καθαρισμού είναι πιο πιθανό από εκείνους με τον περιοριστικό τύπο να έχουν πρόβλημα να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους, να κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, να έχουν συχνές εναλλαγές διάθεσης και να είναι σεξουαλικά ενεργοί. Η πείνα, ο προκαλούμενος εμετός και η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών μπορεί να προκαλέσουν μη φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα. Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος ενός ανορεκτικού ατόμου μπορεί να δείχνουν λευκοπενία, ήπια αναιμία, σπάνια θρομβοπενία, αυξημένη ουρία, υπερχοληστερολαιμία και υπερκαροτιναιμία (λόγω υποσιτισμού), αυξημένες τρανσαμινάσες (ένδειξη εκφυλισμού λιπώδους ήπατος), μεταβολική αλκάλωση, υπασβεστιαμία, υπογλωραιμία και υποκαλιαμία (από προκλημένους εμετούς), πιθανώς υπομαγνησιαμία, υποφωσφαταιμία και υπεραμυλασαιμία, μεταβολική οξέωση (από τη χρήση καθαρτικών), μειωμένη τριωδοθυρονίνη (T3) ενώ η θυροξίνη (T4) και η TSH είναι φυσιολογικές, χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στις γυναίκες, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης στους άνδρες, μειωμένες γοναδοτροπίνες (LH, FSH) και αύξηση της κορτιζόλης.. (Berger M., Mette M. D., Shenkin A., 2006)

2.4. Συνέπειες

Σε συνέχεια των παραπάνω σύντομων αναφορών για τις συνέπειες της ανορεξία στην κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει την διαταραχή, πιο κάτω αναλύονται οι επιπλοκές που μπορεί να έχουν σοβαρές ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες για τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες, καθώς και σημάδια του δέρματος τα οποία είναι σχεδόν πάντα ανιχνεύσιμα σε άτομα με σοβαρή ανορεξία και η αναγνώριση τους μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση της απόκρυφης ανορεξίας.

Σημάδια δέρματος στην Ανορεξία

Πολλοί συγγραφείς ανέφεραν δερματικά σημεία στην ανορεξία (Tyler I., Wiseman C., Crawford R.I., et al., 2002. Strumia R., Varotti E., Manzato E., et al., 2001. Strumia R., Manzato

E., Gualandi M., 2002. Glorio R., Allevato M, De Pablo A., et al., 2000. Hediger C., Rost B., Itin P., 2000). Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι συμπτώματα που προκαλούνται από υποκείμενες διαταραχές. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν έμετο, κατάχρηση ναρκωτικών και ψυχιατρικά προβλήματα. Οι Gupta et al. ταξινόμησαν τις δερματικές εκδηλώσεις των διατροφικών διαταραχών σε τέσσερις ομάδες: αυτές που προκαλούνται από ασιτία ή/και υποσιτισμό, αυτές που οφείλονται σε αυτοπροκαλούμενο εμετό, ευρήματα που προκαλούνται από την κατανάλωση φαρμάκων και εκείνες που προκαλούνται από συνοδό ψυχιατρική νόσο.

Με βάση τα δεδομένα του Glorio (2000), βρήκε ότι υπάρχουν δύο ομάδες σημείων που παρατηρούνται συχνά σε άτομα με ξερό δέρμα (ένας τύπος δερματικής διαταραχής), αλωπεκία (απώλεια μαλλιών), οδοντική τερηδόνα (φθορά δοντιών), αδιαφανή και εύθραυστα μαλλιά, εύθραυστα νύχια και αυτοπροκαλούμενη δερματίτιδα (ένας τύπος δερματικής διαταραχής).

Η μελέτη των Hediger et al. διαπίστωσε ότι αν ο Δείκτης Μάζας Σώματος ενός ατόμου είναι χαμηλότερος από 16, είναι πιο πιθανό να έχει δερματικές αλλαγές. Τα συμπτώματα λόγω ασιτίας περιλαμβάνουν, κατά σειρά συχνότητας: ξήρωση, τριχοφυΐα σώματος, τελογενή εκροή, καροτινόδερμα, ακμή, υπερμελάγχρωση, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, ακροκυάνωση, περνίωση, αργή επούλωση τραυμάτων, οίδημα, γραμμικό ερύθημα, ακραία ψυχρότητα, κλπ.

Σύμφωνα με το DSM IV, τα άτομα με ανορεξία έχουν συχνά τρίχες σώματος που μοιάζουν με λεπτό χνούδι οι οποίες συνήθως βρίσκονται στην πλάτη, στην κοιλιά και στους πήχεις. Οι τρίχες αυτές, δεν είναι σημάδι αρρενωπότητας, αλλά σημάδι μειωμένης δραστηριότητας του ενζυμικού συστήματος. Η ακμή μπορεί επίσης να αναφέρεται στην χαμηλή πρόσληψη τροφής, αλλά η ίδια η ακμή μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ανορεξίας. Μάλιστα, στα ψυχολογικά ευάλωτα κορίτσια, μια νέα διατροφική συμπεριφορά, που υιοθετήθηκε για τον έλεγχο της ακμής τους, μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια βάρους και ανορεξία. Ο επιπολασμός της ακμής είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επειδή διαφορετικοί άνθρωποι έχουν διαφορετικά ποσοστά εμφάνισης της νόσου σε διαφορετικές ηλικίες.

Το καροτενόδερμα προκαλείται από τη βαριά κατάποση λαχανικών πλούσιων σε καροτενοειδή και χαμηλών θερμίδων. Η ακροκυάνωση θα μπορούσε να αντιπροσωπεύει μια πιο ακραία μορφή μηχανισμού διατήρησης της θερμότητας, όχι ασυνήθιστη σε άτομα που είναι ανορεξικά. Το φαινόμενο Raynaud και η περιτονίτιδα μπορεί να προκληθούν και τα δύο από ενδοκρινικά

προβλήματα. Η πορφύρα είναι αποτέλεσμα χαμηλών αιμοπεταλίων και τα επεισόδια θρομβοπενίας μπορεί να είναι απειλητικά για τη ζωή. Διακρίνονται επίσης εύθραυστα νύχια, διαμήκεις ραβδώσεις, ονυχοκρύπτωση, περιγυγικό ερύθημα. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα, θυλακίτιδα, εκρηκτική νευροϊνωμάτωση, προεξέχοντα αιμοφόρα αγγεία λόγω μειωμένου υποδόριου ιστού, επίκτητη υπερτρίχωση, κλπ.

Το πιο χαρακτηριστικό δερματικό σημάδι στον τύπο καθαρισμού είναι το σημάδι του Russell (κάλιο των αρθρώσεων). Οι βλάβες περιλαμβάνουν κάλους στις ραχιαία όψεις του κυρίαρχου χεριού που προκαλούνται από την επανειλημμένη εισαγωγή του χεριού από τους ασθενείς στο στόμα. Είναι ένα κατευθυντήριο σημάδι στη διάγνωση των διαταραχών πρόσληψης τροφή (Glorio R, Allevato M, De Pablo A, et al., 2000). Κατά την κάθαρση, οι ασθενείς τύπου AN μπορεί να υποστούν τις ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, όπως καθαρτικά, διουρητικά και κατασταλτικά της όρεξης, τα οποία χρησιμοποιούν. Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός μπορεί να προκαλέσει διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών τους (Berger M. Mette, Shenkin A. 2006). Η διαταραχή ποικίλλει από ασυνείδητο μάζεμα στο δέρμα έως σοβαρές αυτοκαταστροφικές ενέργειες.

Ιατρικές επιπλοκές στην Ανορεξία

Οι ιατρικές επιπλοκές είναι μία από τις επικίνδυνες συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει η ανορεξία. Όπως ανέφεραν οι Leonard και Mehler (2001), οι συχνότερες ιατρικές επιπλοκές που σχετίζονται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι:

- Δερματολογικές.
- Γαστρεντερικές,
- Ενδοκρινολογικές,
- Αιματολογικές,
- Καρδιαγγειακά, που ευθύνονται για το 50% των θανάτων που σχετίζονται με τη νόσο,
- Σύνδρομο επανασίτισης: μια από τις πιο επικίνδυνες περιόδους που παρουσιάζει κίνδυνο καρδιακών επιπλοκών είναι οι πρώτες φάσεις της επανασίτισης ενός ασθενούς με ανορεξία, στόχος της οποίας είναι να ανακτήσουν το βάρος τους. Η επιθετική επανασίτιση,

κυρίως υδατανθράκων και υγρών σε ανορεκτικό ασθενή, υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθεί κατακράτηση υγρών, υποφωσφαταιμία και καρδιακή ανεπάρκεια.

- Αμηνόρροια. Όταν αναπτύσσουν παρατεταμένη αμηνόρροια για μεγάλο χρονικό διάστημα, τείνουν να έχουν προβλήματα πολυκυστικών ωοθηκών και μειωμένη γονιμότητα κατά τα αναπαραγωγικά χρόνια της ζωής τους και υπογλυκαιμία, υποθερμία, λοιμώξεις και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και πιθανότητα αποβολής είναι υψηλή. Εάν το νεογέννητο επιβιώσει, είναι πιθανό να έχει χαμηλό βάρος γέννησης ή να είναι πρόωρο (Gowers G. Simon , Palmer Bob. 2004). Αφού, όμως ανακτηθεί το φυσιολογικό βάρος των ασθενών, η έμμηνος ρήση πιθανόν να επανεμφανιστεί τους επόμενους έξι μήνες.
- Οστεοπόρωση μια κοινή ιατρική επιπλοκή της νευρικής ανορεξίας, επηρεάζει το 50% των ασθενών.

Αυτά τα ιατρικά προβλήματα προκαλούνται από τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και το χαμηλό σωματικό βάρος των ασθενών. Ορισμένες επιπλοκές μπορούν να αντιστραφούν εάν ο ασθενής επιστρέψει στο κανονικό του βάρος. Ωστόσο, η Ψυχογενής Ανορεξία μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο, λόγω της ακραίας νηστείας που κάνουν συχνά οι ασθενείς με αυτή τη διαταραχή. Σύμφωνα με έρευνα, πάνω από το 10 τοις εκατό των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία πεθαίνουν. (Garfinkel & Garner, 1987).

Ψυχολογικές Επιπτώσεις στην Ανορεξία

Τα ψυχολογικά συμπτώματα, αποτελούνται από καταθλιπτική διάθεση, συνεχείς ψυχολογικές μεταπτώσεις, διαταραχή στον ύπνο, διαστρεβλωμένη στάση απέναντι μορφή σώματος και την κατανάλωση τροφίμων, οξυθυμία, χαμηλό αυτοσεβασμό, αβεβαιότητα, μειωμένη συγκέντρωση, φτωχή ανάκτηση πληροφοριών και αυτοκαταστροφικό ιδεασμό (Crisp, A.H. et al., 1980; Garner, D.M. et al., 1986; Grant C.L. , Fodor, I.G. , 1986; Halek, C. , 1997; Hamsher, K. et al., 1981, Killian, K. D. , 1994.).

Επίσης κατά τη διάρκεια των γευμάτων παρατηρείται αγχώδης συμπεριφορά, καθώς το άτομο κόβει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια, και δείχνει έντονη ενασχόληση με τον αθλητισμό (Chan, Z. ,2008). Τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι πιο δύσκολο να εντοπιστούν καθώς είναι ορατά

κυρίως στις σκέψεις και τα συναισθήματα των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Τα άτομα με ανορεξία δείχνουν έντονη ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος τους. Επιπλέον, συχνά διαπιστώνεται ότι αυτά τα άτομα υποφέρουν είτε από κλινική κατάθλιψη είτε από έντονο άγχος(Thompson, R.A and Sherman, R.T., 1993; Taylor, J. , Wilson G. , 2005).

2.5. Διάγνωση

Για τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας, ο γιατρός πρέπει να αποκλείσει την πιθανότητα ο ασθενής να έχει άλλη ασθένεια, καθώς τα συμπτώματα της ανορεξίας είναι κοινά με τα συμπτώματα άλλων ασθενειών. Αυτά περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, καταθλιπτικές διαθέσεις και τάσεις αυτοκτονίας. Για να κάνει μια διάγνωση, ο γιατρός εξετάζει το ιστορικό του ασθενούς και την τρέχουσα ψυχική και σωματική του κατάσταση. Ο γιατρός θα παρακολουθεί επίσης το βάρος, τα ζωτικά σημεία, το δέρμα και τα επίπεδα χοληστερόλης του ασθενούς. Μερικές φορές άλλες καταστάσεις μπορούν να αποκλειστούν με εξετάσεις. Η διάγνωση βασίζεται σε γενική εξέταση της υγείας του ασθενούς. Όσον αφορά τους υποσιτιζόμενους ασθενείς με έντονα συμπτώματα, πραγματοποιούνται εξετάσεις για τον προσδιορισμό των επιπέδων χοληστερόλης και λιπιδίων, μαγνησίου, ασβεστίου, φωσφόρου, αμυλάσης και τρανσαμινασών στον ορό τους, μαζί με το ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Απο το 1970 μέχρι σήμερα, έχουν παρουσιαστεί πολλά διαγνωστικά κριτήρια για τον προσδιορισμό της ανορεξίας. Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), τα πιο σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια που ισχύουν σήμερα για τη ανορεξία είναι:

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό βάρος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος ή αποτυχία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος κατά την περίοδο ανάπτυξης, με αποτέλεσμα σωματικό βάρος κάτω από το 85% του αναμενόμενου.
- Ο έντονος φόβος του ατόμου να αυξηθεί το βάρος του, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.

- Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο κάποιος βιώνει το σωματικό του βάρος ή το σχήμα του, αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού βάρους ή του σχήματος στην αυτοεκτίμηση ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.
- Στις γυναίκες μετά την έναρξη της εμμηνου ρύσεως, αμηνόρροια, δηλ. η απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορροϊκών περιόδων.

2.6. Πρόγνωση

Η πρόληψη είναι ένας τρόπος που βοηθά στον περιορισμό του αριθμού των θανάτων και των ασθενειών που συμβαίνουν ως αποτέλεσμα μιας ασθένειας. Αυτό μπορεί να γίνει σε διαφορετικά στάδια ανάπτυξης μιας ασθένειας, ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι. (Ραγιά Α., 2009)

Η πρωτογενής πρόληψη είναι ένας τρόπος πρόληψης της εμφάνισης ασθενειών από την αρχή. Περιλαμβάνει εκμάθηση σχετικά με τους κινδύνους μιας ασθένειας και λήψη μέτρων για τη μείωση αυτών των κινδύνων για άτομα που είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από τη νόσο, όπως οι μαθητές. Για την προσπάθεια αυτή έχουν δημιουργηθεί εκπαιδευτικά προγράμματα με καταρτισμένους ειδικούς στη διατροφή, την ψυχολογία, την κοινωνική εργασία, αλλά και με ενισχυμένο δίκτυο εθελοντών. Μέσα στους μακροπρόθεσμους στόχους είναι και η απομυθοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η απόρριψη και τέλος η αναθεώρηση των ανθυγιεινών κοινωνικών προτύπων. Οι διατροφικές διαταραχές, όπως έχουμε επισημάνει, εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό στη σχολική ηλικία, γι'αυτό και προτείνεται η δημιουργία παρεμβάσεων στο σχολικό περιβάλλον. Ο κύριος πληθυσμός-στόχος αυτής της παρέμβασης είναι άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή και πρωταρχικός στόχος είναι η αποσαφήνιση της κατάστασης και των πιθανών κινδύνων που διατρέχει το άτομο

Ο κύριος στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι να ελαχιστοποιήσει το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη φορά που κάποιος παρατηρεί ένα πρόβλημα και τη στιγμή που θα λάβει βοήθεια από έναν ειδικό. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο, επειδή μερικοί άνθρωποι μπορεί να μην πιστεύουν ότι έχουν πρόβλημα ή μπορεί να αρνούνται να πιστέψουν ότι η ασθένεια είναι πραγματική και ελπίζουν ότι η διαταραχή θα εξαλειφθεί από μόνη της. Υπάρχει η άποψη ότι για τα διατροφικά προβλήματα δεν χρειάζεται τόση παρέμβαση όσο άλλα είδη προβλημάτων. Ένας

άλλος λόγος που οι άνθρωποι μπορεί να μην θέλουν να λάβουν βοήθεια είναι επειδή ντρέπονται και φοβούνται. Η οικονομική κατάσταση των ανθρώπων μπορεί επίσης να διαδραματίσει ρόλο στο αν αναζητούν ή όχι βοήθεια (Κυδωνάκη, Παυλάκη, 2015).

Η τριτογενής πρόληψη είναι το τελευταίο στάδιο πρόληψης και εστιάζει στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Εάν ένα άτομο έχει μια χρόνια ασθένεια και δεν έχει καταφέρει να την εμποδίσει, τότε η τριτοβάθμια πρόληψη είναι το στάδιο της πρόληψης όπου οι γιατροί θα μελετήσουν πώς να το βοηθήσουν να ξεπεράσει την ασθένειά του (Κυδωνάκη, Παυλάκη, 2015).

Επιπρόσθετα, σε επίπεδο πρόληψης, υπάρχουν ιστότοποι που παρέχουν πληροφορίες και υποστήριξη σε άτομα που ανησυχούν για την υγεία τους. Αυτοί οι ιστότοποι μπορεί να είναι πολύ χρήσιμοι σε άτομα που ζουν σε δυσπρόσιτες περιοχές ή που δεν έχουν πρόσβαση σε πολλούς γιατρούς. Μπορούν επίσης να βρουν χρήσιμες πληροφορίες και συμβουλές χωρίς να χρειάζεται να μοιραστούν τα προσωπικά τους στοιχεία.

Τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών επικεντρώνονται στη βοήθεια των ατόμων, αλλά απαιτείται ριζική αλλαγή στην ευρύτερη κοινωνία και στη μαζική νοοτροπία που προωθεί συγκεκριμένα πρότυπα σώματος. Προγράμματα πρόληψης και βοήθειας στις διατροφικές διαταραχές είναι διαθέσιμα από διάφορους φορείς, ενώ πρέπει να γίνουν αλλαγές και στους θεσμούς των ιδρυμάτων. Ταυτόχρονα, κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής και της θεραπείας, το άτομο πρέπει να κατανοήσει την καταπιεστική φύση του ευρύτερου περιβάλλοντός του - ακόμα κι αν αυτό δεν είναι πάντα εύκολο. (Levine, Smolak, 2006).

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ **ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**

Η νευρική ανορεξία είναι μια διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί στα παιδιά, όπως ακριβώς συμβαίνει και στους ενήλικες. Τα παιδιά με νευρική ανορεξία μπορεί να αρνηθούν να φάνε, να καταφεύγουν σε αυτοπροκαλούμενο εμετό μέσω της κατάχρησης καθαρτικών και να γίνουν πολύ δραστήρια σε ότι αφορά την άθληση. Αυτή η διαταραχή μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία και την ψυχολογία του παιδιού. Κατά τη διάρκεια λοιπόν της εφηβείας, τα άτομα με νευρική ανορεξία μπορεί να χάσουν πολύ βάρος ή να αναπτύξουν ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας όπως καθυστέρηση της ανάπτυξης ή καθυστέρηση της ήβης. Οι νεότεροι ασθενείς μπορεί να έχουν άτυπα συμπτώματα αντί για γρήγορη απώλεια βάρους, ενώ τα άτομα που είναι ήδη υπέρβαρα ή παχύσαρκα κινδυνεύουν να αναπτύξουν την ασθένεια αργότερα, διατρέχοντας σοβαρό κίνδυνο καθυστέρησης της διάγνωσης και των επιπλοκών που επιφέρει η διαταραχή (Pinhas et al. 2013, Sim et al. 2013).

Οι ανορεκτικοί έφηβοι, έχουν συνήθως μια πολύ ψυχαναγκαστική προσωπικότητα και οι δραστηριότητές τους αποκτούν έναν πολύ συγκεκριμένο, επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα. Συχνά είναι πολύ έξυπνοι, αλλά η δημιουργικότητά τους συχνά αναστέλλεται επειδή επικεντρώνονται στις σχολικές απαιτήσεις, οι οποίες είναι φυσιολογικές και οι επιδόσεις τους αυξάνονται, πιθανώς λόγω της τελειομάνιας που χαρακτηρίζει την διαταραχή. Συχνά είναι πολύ κοινωνικοί, αλλά οι αλληλεπιδράσεις τους με τους ανθρώπους είναι συνήθως επιφανειακές, ενώ όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, δεν δείχνουν κανένα ενδιαφέρον για σεξουαλικότητα και οι σωματικές τους αλλαγές κατά την εφηβεία είναι συνήθως ενοχλητικές. Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας στα παιδιά είναι δύσκολη επειδή το σώμα τους αλλάζει συνεχώς. Έτσι, οι επιστήμονες πρέπει να επικεντρωθούν στις συμπεριφορές που εμφανίζουν τα παιδιά όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες (Donald W. et. al., 2012, Ζαμπελας Α., 2011).

Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στη νευρική ανορεξία που εμφανίζεται στην εφηβεία, με μια τυπική κλινική εικόνα. Οι δυσκολίες της θεραπείας συχνά οδηγούν σε χρονιότητα και η νευρική ανορεξία φαίνεται να επηρεάζει την προσωπικότητα και να καθορίζει ένα μεγάλο μέρος της ζωής ενός ατόμου. Το αν η διαφορετική ηλικία έναρξης υποδηλώνει διαφορετική κλινική οντότητα ή αν μπορούμε να τοποθετήσουμε τη διαταραχή σε μια συνέχεια είναι

συζητήσιμο, καθώς υπάρχουν διαφορές στην κλινική εικόνα ανάλογα με την ηλικία ή το φύλο, γεγονός που είναι αναμενόμενο επειδή η έκφραση της διαταραχής επηρεάζεται από το αναπτυξιακό στάδιο. Για παράδειγμα τα αγόρια είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές στην πρώιμη παιδική ηλικία από ότι τα κορίτσια. Κατά τη σχολική ηλικία, ο αριθμός των αγοριών και των κοριτσιών είναι περίπου ο ίδιος (Steiner H, Smith et. al., 1991) , ενώ κατά την εφηβεία, συνήθως υπάρχουν περισσότερα κορίτσια παρά αγόρια. Αυτό συμβαίνει επειδή τα αγόρια μερικές φορές αναπτύσσουν μία ψυχιατρική παθολογία, ψύχωση ή βαριά ψυχαναγκαστική διαταραχή. Αυτή η διαταραχή ξεκινά συνήθως κατά την εφηβεία και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. Ωστόσο, η πλειοψηφία των αγοριών με νευρική ανορεξία θα αναρρώσει τελικά (Strober M. Freeman R. Morell W, 1997, Herzog et. al., 1999, Heatherron et. al. 1997, Graber JA et.al., 1994).

Δεν υπάρχει μεγάλη έρευνα για την αναπτυξιακή συνέχεια των διατροφικών διαταραχών από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή (Lewinsohn PM. et.al., 2000, Marchi M, Cohen P, 1990, Kotler L. et.al. 2001, Steiner H, Lock J. 1998). Συχνά συμβαίνει ότι άτομα με σύνδρομο πλήρους ή μερικής διατροφικής διαταραχής αναπτύσσουν τη διαταραχή στην εφηβεία, παρά στην παιδική ή ενήλικη ζωή, όπως τα άτομα με κατάθλιψη ή συναισθηματικές διαταραχές (Lewinsohn PM. et.al., 2000).

3.1.Χαρακτηριστικά

Τα κορίτσια που με νευρική ανορεξία έχουν διαφορετική προσωπικότητα από άλλα. Συνήθως έχουν πολλές αμφιβολίες για τον εαυτό τους και είναι πολύ εσωστρεφείς. Τα πηγαίνουν καλά στο σχολείο, αλλά έχουν προβλήματα με τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους. Η ανορεξία ξεκινά όταν αρχίζουν να ανησυχούν για το πώς αντιδρούν οι άνθρωποι σε αυτά λόγω του βάρους τους. Τα περισσότερα ανορεκτικά άτομα, στο παρελθόν υπήρξαν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και έχει χρησιμοποιήσει δίαιτα και άσκηση για να ελέγξει το βάρος του. Όταν κάποιος κάνει ένα σχόλιο για το ανορεκτικό άτομο που ελέγχει το βάρος του, μπορεί να ξεκινήσει ο κύκλος της ανορεξίας. Η ανορεξία είναι πολύ πιο συχνή στα κορίτσια που συμμετέχουν σε αθλήματα που που αφορούν το βάρος, όπως η γυμναστική, το μπαλέτο και το μόντελινγκ. Οι προπονητές σε αυτά τα αθλήματα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί σχετικά με το πώς μιλούν στους αθλητές τους για το βάρος, διαφορετικά θα μπορούσαν να τους ωθήσουν σε μια διατροφική διαταραχή.

Συγκεκριμένα η ανορεκτική έφηβη εμφανίζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Δεν τρώει και παθαίνει εμμονή με τα κιλά της αδυνατίζοντας εμφανώς
- Γίνεται ευερέθιστη
- Κλείνεται στον εαυτό της
- Σταματάει η περίοδος της
- Επιδιώκει να αθλείται
- Απομακρύνει τον εαυτό της από τα υλικά αγαθά
- Παρουσιάζει άγχος, ανασφάλεια, τελειομανία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και άλλες ψυχαναγκαστικές διαταραχές, καθώς και έλλειψη ενδιαφέροντος για οτιδήποτε αφορά τη σεξουαλικότητα.
- Υπερτιμά την πνευματικότητα
- Παρουσιάζει αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές
- Το δέρμα γίνεται ωχρο και ξερό, χάνοντας τη λάμψη του. Τα νύχια της γίνονται τόσο ευαίσθητα που σπάνε εύκολα, τα μαλλιά αδυνατίζουν, καταστρέφονται τα δόντια και παρουσιάζει βραδυκαρδία, υπόταση, υποθερμία, και αμηνόρροια
- Η εξέλιξη της ανορεξίας πιθανό να έχει δυσάρεστη κατάληξη με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας (Καπάτου Α., Εφηβεία, 2007).

3.2. Εικόνα Σώματος στην Εφηβεία

Η εικόνα σώματος είναι ένας όρος που αναφέρεται στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις ενός ατόμου για το σώμα του (Cash , Smolak, 2011). Μπορεί να είναι συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφορικό και η έρευνα έχει δείξει ότι πιθανόν να είναι και προγνωστικοί παράγοντες διαφορετικών αποτελεσμάτων, όπως η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη (Cash, 2004 στους Tyłka , Wood-Barcalow, 2015). Το ενδιαφέρον για την εικόνα του σώματος στην

ψυχολογία και την κοινωνιολογία προέρχεται από το έργο του Paul Schilder (1950), ο οποίος πρωτοστάτησε στη μελέτη της εικόνας του σώματος σε ένα ψυχολογικό πλαίσιο (Grogan, 2005). Ο Schilder διαπίστωσε ότι η εικόνα του σώματος δεν είναι μόνο ένα γνωστικό κατασκευάσμα, αλλά η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στο σώμα τους. Συγκεκριμένα, η εικόνα σώματος είναι η εικόνα που σχηματίζουμε στο μυαλό μας για το σώμα μας και πώς αυτή η εικόνα συγκρίνεται με το πραγματικό σώμα (Schilder, 1950). Πολλοί ερευνητές έχουν καταλήξει σε διαφορετικούς ορισμούς της εικόνας του σώματος, όπως το πώς αντιλαμβάνεται κάποιος την ελκυστικότητά του, πόσο ογκώδες πιστεύει ότι είναι το σώμα του και πόσο ακριβείς είναι οι αισθήσεις του σώματός του (Fisher, 1990). Η εικόνα που έχει ο καθένας στο μυαλό του για το σώμα του και την εμφάνισή του είναι κάτι πιο σύνθετο από αυτό που βλέπουν οι άλλοι ή ακόμα και αυτό που βλέπει το άτομο στον καθρέφτη.

Άλλη έρευνα της δεκαετίας του '90 έχει ασχοληθεί με την έννοια της εικόνας του σώματος από διάφορες οπτικές γωνίες, με την κοινωνιολογία να επικεντρώνεται στο πώς η εικόνα του σώματος επηρεάζεται από την κοινωνία. (Turner, 1992). Η επιστήμη της ψυχολογίας επίσης, μελέτησε τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση με την εικόνα του σώματος, καθώς και τις επιπτώσεις που έχει η εικόνα σώματος στην ψυχοκοινωνική ευημερία ενός ατόμου. (Cash, Smolak, 2011). Οι άνθρωποι στις δυτικές κουλτούρες έχουν ξοδέψει πολύ χρόνο και χρήμα για την εξωτερική τους εμφάνιση, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισής τους στα μέσα ενημέρωσης, των συνομιλιών μεταξύ των ανθρώπων και του τρόπου με τον οποίο ντύνονται και φροντίζουν το σώμα τους, μέσω των κέντρων αδυνατίσματος, περιποίησης του σώματος ακόμα και κοσμητικές χειρουργικές επεμβάσεις (Tiggemann, 2012). Μετά από πολλές μελέτες, έχει βρεθεί ότι η εικόνα του σώματος επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των γονέων, των σημαντικών άλλων, των συνομηλίκων και των μέσων ενημέρωσης (Tiggemann, 2012).

3.2.1. Εικόνα Σώματος και Φύλο

Πολλές γυναίκες και κορίτσια αισθάνονται δυσαρεστημένοι με την εικόνα του σώματός τους. Είναι δυσαρεστημένοι με το βάρος και το μέγεθός τους και θα ήθελαν να φαίνονται πιο αδύνατες. Αυτό ονομάζεται κανονιστική δυσαρέσκεια (Cash & Smolak, 2011). Η έρευνα όμως δεν σταματά εδώ. Δεδομένα της δεκαετίας του '90 δείχνουν ότι η δυσαρέσκεια με το σώμα είναι ένα πρόβλημα και για τους άνδρες και για τα αγόρια. Τα αγόρια δεν ανησυχούν τόσο για την απώλεια βάρους

αλλά για τη μυϊκή τους δύναμη (Lerner, Orlos , Knapp, 1976). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα του σώματος είναι ίδιοι ανεξάρτητα του φύλου, όμως ο τρόπος και ο βαθμός επιρροής είναι διαφορετικός. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν από τα ιδανικά των μέσων ενημέρωσης παρά οι άνδρες, επειδή τα μέσα τείνουν να προβάλλουν μια πιο θηλυκή εικόνα. Παρ'όλα αυτά το ανδρικό φύλο εκτίθεται επίσης σε μη ρεαλιστικά πρότυπα σώματος, τα οποία κατακερματίζουν την ατομική ευημερία των ανθρώπων και οδηγούν σε δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος (Murnen, Smolak, Mills , Good, 2003). Όμως το πεδίο της έρευνας της εικόνας του σώματος σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες χρειάζεται ενδελεχή ερευνητική μελέτη (Tiggemann, 2012).

3.2.2. Εικόνα Σώματος και Ηλικία

Γυναίκες

Μια μελέτη από τον Swami (2010) και τους συνεργάτες του διαπίστωσε ότι η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος δεν σχετίζεται με την ηλικία, ενώ μια μελέτη του Grogan (2008) διαπίστωσε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες με την εικόνα του σώματός τους από τις νεότερες γυναίκες (Clarke, 2002). Ωστόσο, αντικρουόμενα ευρήματα έχουν βρεθεί σε έρευνες σε γυναίκες άνω των 60 ετών.

Άνδρες

Τα αποτελέσματα των μελετών για την ικανοποίηση των ανδρών από την ηλικία είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι λιγότερο ικανοποιημένοι με το σώμα τους από τους νεότερους άνδρες, ενώ άλλα ευρήματα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στον βαθμό ικανοποίησης μεταξύ νεότερων και μεγαλύτερων ανδρών (Cash & Smolak, 2011). Ωστόσο, μια έρευνα από τον Pliner (1990) καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα ηλικιών από 10 έως 79 ετών έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες είχαν τον ίδιο βαθμό ικανοποίησης με τους νεότερους άνδρες.

3.2.3. Διαταραχές της Εικόνας του Σώματος

Οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται επίσης με την εικόνα του σώματος μπορεί να οδηγήσουν σε μια παραμορφωμένη άποψη για το σώμα κάποιου και σε μια αρνητική σχέση με αυτό. Οι σωματόμορφες διαταραχές, οι οποίες είναι διαταραχές που περιλαμβάνουν σωματικά συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως από μια γενική ιατρική κατάσταση ή ως αποτέλεσμα άλλης ψυχικής διαταραχής, είναι ένας συγκεκριμένος τύπος ψυχικής διαταραχής που μπορεί να συσχετιστεί με την εικόνα του σώματος (Μάνος, 2008). Αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων και των πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία, με αποτέλεσμα το άτομο να πιστεύει ότι υπάρχει μια σοβαρή ασθένεια. Αυτό φέρει ως αποτέλεσμα την υπερεκτίμηση τυχόν αλλαγών στο σώμα και στην αντίληψή τους ως ένδειξη κάποιας σοβαρής ασθένειας (Christogiorgos et al., 2013). Αυτές οι διαταραχές στην εικόνα του σώματος σχετίζονται με πρώιμες εμπειρίες κάποιας ασθένειας κατά την παιδική ηλικία, μαθησιακές συμπεριφορές μέσω της μίμησης του προτύπου των γονέων και με δυσκολίες στον δεσμό που αναπτύχθηκε με τους γονείς (Williams, 2004). Επιπλέον, τα άτομα που αναπτύσσουν τέτοιες διαταραχές είναι πιθανό να έχουν μεγαλώσει σε ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον στο οποίο το σώμα χαρακτηρίζεται ως ευάλωτο και αδύναμο (Bridges, Goldberg, Evans, & Sharpe, 1991; Fischer, 1986).

3.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα σώματος

Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την εικόνα σώματος σε αγόρια και κορίτσια περιλαμβάνουν κοινωνικο-πολιτιστικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και παράγοντες που αυξάνουν τη δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος στην παιδική και εφηβική ηλικία (Presnell, Bearman, Stice, 2004). Η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο μεγάλων αλλαγών στο σώμα και των δύο φύλων, που τα προκαλεί να αισθάνονται άβολα με τις αλλαγές που παρατηρούν και βιώνουν (ChildStudyCenter, 2002). Αυτές οι αλλαγές οδηγούν σε αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την εικόνα του σώματος και ιδιαίτερα όταν το άτομο συγκρίνει την προσωπική του εικόνα σώματος με τα πρότυπα σώματος που επιβάλλουν συγκεκριμένα κοινωνικά στερεότυπα και μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στη συνέχεια, μπορεί να οδηγήσει σε ακραίες συμπεριφορές, όπως η σωματική άσκηση, η εμμονή με δίαιτες απώλειας βάρους και ο αποκλεισμός φαγητού (Davison, Markey,

Birch, 2003; Δούκα, Χρυσάγης, 2005). Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το περιβάλλον των συνομηλίκων, το οικογενειακό περιβάλλον και τα ατομικά χαρακτηριστικά (όπως η προσωπικότητα) παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας σώματος των εφήβων κοριτσιών. Οι συνομηλικοί συχνά μιλούν για δίαιτες, απώλεια βάρους και εικόνα σώματος με τρόπο που τονίζει πόσο σημαντικό είναι να είσαι σε φόρμα, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε παραμορφωμένες απόψεις μεταξύ των εφήβων κοριτσιών. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που πρέπει να διατηρήσουν χαμηλό σωματικό βάρος τόσο από την οικογένειά τους όσο και από τους συνομηλίκους τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος.

3.3. Επιδημιολογία στον εφηβικό πληθυσμό

Οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο συχνές από τον διαβήτη τύπου 2 και αυξάνονται συχνότερα σε μικρότερα παιδιά, αγόρια και μειονοτικές ομάδες (Smink et al. 2012, Pinhas et al. 2011). Ο επιπολασμός της ασθένειας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι μεταξύ 0,5% και 2% με την ηλικία κορυφώσης του να είναι γύρω στα 13 έως 18 ετών (Weaver et al. 2011). Υπάρχει περίπου το 4,8% των εφήβων (Le Grange et al. 2012) που έχουν κάποια διατροφική διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ο αριθμός αυτός είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (10%). Οι άντρες έφηβοι αποτελούν περίπου το 10% όλων των περιπτώσεων διατροφικών διαταραχών, ενώ ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι έως και το 25% των περιπτώσεων είναι άνδρες. Επιπλέον, οι νέες περιπτώσεις ασθενών είναι πιο πιθανό να είναι αγόρια, με την αναλογία γυναικών προς τους άνδρες να φτάνει στα 6 προς 1, σε σύγκριση με την αναλογία στους ενήλικες που είναι 10 προς 1 (Pinhas et al. 2011). Οι διαιτολογικές συμπεριφορές αποτελούν παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης μιας διατροφικής διαταραχής με τις έρευνες να δείχνουν πως το 50% των κοριτσιών και το 25% των αγοριών κατά το προηγούμενο έτος ήταν σε δίαιτα (Neumark-Sztainer et al. 2011).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι έχει αυξηθεί ο αριθμός των περιπτώσεων ανορεξίας τις τελευταίες δεκαετίες, ιδιαίτερα μεταξύ των εφήβων κοριτσιών. Αυτή η αύξηση μπορεί να οφείλεται είτε στο ότι περισσότερα άτομα που αναζητούν βοήθεια, είτε στις αλλαγές στον τρόπο διάγνωσης και θεραπείας της νόσου. Σε κλινικά δείγματα, η ανορεξία είναι η λιγότερο συχνή από τους τρεις τύπους διατροφικών διαταραχών, αντιπροσωπεύοντας το 10-15% όλων των περιπτώσεων διατροφικών διαταραχών.

Δεδομένα από μελέτες που έγιναν στην Κύπρο δείχνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν σημαντική άνοδο (Κατσουνάρη, 2009). Η επιδημιολογική μελέτη, έδειξε ότι τα πιθανά ποσοστά περιστατικών ανορεξίας είναι 0.78% στα κορίτσια και 0.14% στα αγόρια (Χατζηγεωργίου και συνεργάτες, 2005). Όσον αφορά στους σχετικούς παράγοντες κινδύνου, το 42% των κοριτσιών και το 18 % των αγοριών στην Κύπρο ηλικίας 10 έως 18 ετών ανέφεραν πως είναι δυσαρεστημένα με το βάρος τους, ενώ αρκετά ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 29,6 % των μαθητών γυμνασίου δηλώνουν ότι είναι σε δίαιτα, με το 13,4 % να εκτιμάται ότι διατρέχει υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Καρεκλά και συνεργάτες, 2011).

3.4.Η ταυτότητα του Ανορεκτικού Έφηβου

Κατά την εφηβεία και την αναδυόμενη ενηλικίωση, αναπτύσσετε μια μοναδική ταυτότητα (Arnett, 2000). Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τρόποι για να σχηματιστεί μια ταυτότητα και μερικοί άνθρωποι προτιμούν να τηρούν ένα συγκεκριμένο στυλ (Kroger et al., 2010, Westen et al., 2011). Ο Erikson (1950), όπως προαναφέρθηκε σε άλλες αναφορές, περιέγραψε την ανάπτυξη ταυτότητας ως μια διαδικασία που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, επιτρέποντάς του να λειτουργεί αυτόνομα (Erikson, 1950, 1959). Η θεωρία του για τη δομή της ταυτότητας εξετάζει τόσο την ταυτότητα που έχει ένα άτομο (ταυτότητα εγώ) όσο και το πώς αισθάνεται για αυτήν την ταυτότητα (σύγχυση ταυτότητας) (Erikson, 1968). Η σύνθεση της ταυτότητας αντανακλά την αίσθηση του ποιος είσαι και σε τι πιστεύεις. Οι άνθρωποι που είναι πολύ καλοί στη σύνθεση ταυτότητας νιώθουν ότι αποτελούν μέρος μιας ενοποιημένης ταυτότητας που παραμένει ίδια με την πάροδο του χρόνου και σε διαφορετικές καταστάσεις. Οι άνθρωποι που νιώθουν σύγχυση σχετικά με την ταυτότητά τους δεν αισθάνονται ότι έχουν ξεκάθαρη αίσθηση του ποιοι είναι και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ασυνέπειας και απώλεια δέσμευσης για τους σωστούς ρόλους (Erikson, 1968· Lenzenweger et al., 2001). Εάν η σύνθεση ταυτότητας είναι ισχυρότερη από τη σύγχυση ταυτότητας, οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να ανταποκριθούν σε κάποιο βαθμό. (Erikson, 1950, 1968).

Η ιδέα ότι οι διαταραχές ταυτότητας συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια. Αν και εκτεταμένη έρευνα έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ ταυτότητας και διατροφικών διαταραχών, αυτό που δεν είναι ακόμη σαφές είναι η κατευθυντικότητα αυτών των συσχετισμών. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι τα προβλήματα ταυτότητας προηγούνται των διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα, το 1982, ο Bruch πρότεινε ότι οι

βλάβες στην ανάπτυξη της ταυτότητας μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, υποστηρίζοντας ότι οι έφηβοι που δεν έχουν ξεκάθαρη αίσθηση ταυτότητας στρέφονται στο σωματικό βάρος, έναν πολιτισμικά αποτιμημένο και εύκολα ελεγχόμενο τομέα, ως πηγή αξιολόγησης του εαυτού κάποιου και επομένως ως πηγή αυτοπροσδιορισμού (Bruch, 1998). Ως εκ τούτου, οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, οι οποίες παρέχουν σαφή και αντικειμενικά κριτήρια για την αξιολόγηση του εαυτού τους, υιοθετούνται από ευάλωτα άτομα (McFarlane et al., 2001). Από αυτή την άποψη, τα άτομα εστιάζουν στο βάρος τους και εκδηλώνουν ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές σε μια προσπάθεια να βρουν μια ταυτότητα που να αισθάνονται ασφαλείς (Bruch, 1981, 1982). Άλλοι έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ διαταραχής ταυτότητας και διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και έχουν επικεντρωθεί στον λειτουργικό λόγο για τον οποίο συμβαίνουν αυτές οι συμπεριφορές (π.χ., Heatherton, Baumeister, 1991. Herman, Polivy, 1988· Polivy et al., 1994).

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν προβλήματα ταυτότητας έχουν συνήθως προβλήματα και με το φαγητό τους. Για παράδειγμα, ο Vartanian (2009) διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που είχαν σύγχυση σχετικά με την ταυτότητά τους έτειναν να εσωτερικεύουν κοινωνικούς κανόνες σχετικά με το βάρος και την εμφάνιση, κάτι που με τη σειρά του οδήγησε στην ανάπτυξη διατροφικών προβλημάτων. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι τα κορίτσια που είχαν υψηλά επίπεδα ασταθούς αυτο-αντίληψης είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές. (Kansi et al., 2003).

Πρόσφατα, υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για την αμοιβαία σχέση μεταξύ της ανάπτυξης ταυτότητας και της συμπτωματολογίας της διατροφής. Όπως συνοψίζεται στο άρθρο των Verschuere et al., (2020) η διάχυση ταυτότητας μπορεί να κάνει κάποιον πιο ευάλωτο στην εσωτερίκευση των κοινωνικών προτύπων σχετικά με το τέλειο σώμα, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πηγή αυτοπροσδιορισμού. Αυτό μπορεί να προωθήσει την επιθυμία για ένα αδύνατο σώμα και να προκαλέσει διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Έτσι, η εικόνα του σώματος γίνεται κεντρική στην ταυτότητα κάποιου με αποτέλεσμα, η αύξηση βάρους να θεωρηθεί ως απειλή για την ταυτότητά του. Αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας ευαίσθητης αίσθησης του εαυτού και, ως εκ τούτου, στη διάχυση της ταυτότητας.

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Αρκετά χρόνια έρευνας έχουν βρει ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικές διαστάσεις ανατροφής που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού. Η πρώτη διάσταση είναι ο έλεγχος που έχει ένας γονέας στη συμπεριφορά του παιδιού, όπως η παρακολούθηση, η επίβλεψη και η πειθαρχία. Στη δεύτερη διάσταση είναι η φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει ζεστασιά, ενδιαφέρον και προσκόλληση. Η τρίτη διάσταση αφορά τον ψυχολογικό έλεγχο, ο οποίος συνδέεται με την εσωτερίκευση των προβλημάτων στην παιδική ηλικία. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του γονικού δεσμού, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα άτομα που μεγάλωσαν σε υπερπροστατευτικό περιβάλλον και είχαν δυσκολίες στον γονικό δεσμό είναι πιθανό να εμφανίζουν διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες (Leung, Thomas, Waller, 2000. O’Kearny, 1995. Bruch, 1977). Ως αποτέλεσμα, πολλή έρευνα έχει αφιερωθεί σε αυτή την πτυχή της δυναμικής της οικογένειας, η οποία υποστηρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα διαταραγμένων προτύπων σχέσεων με τον εαυτό τους, τα οποία προκύπτουν από διαταραγμένες γονικές σχέσεις (Heesacker, Neimeyer, 1990 στους Perry, Silvera, Neilands, Rosenvigne, Hanssen, 2007). Συνολικά, υπάρχει μια συμφωνία μεταξύ των ερευνών ως προς το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται θετικά στην παρουσία ενός διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος όπου ο γονικός έλεγχος είναι έντονος (Fujimori et. al., 2011).

Αρχικά, οι ερευνητές εστίασαν στον μητρικό δεσμό (Fonsesca, Ireland, Resnick, 2003. Palazzoli, 1978). Αυτές οι μελέτες υποστήριξαν ότι η έλλειψη φροντίδας από τη μητέρα οδηγεί στο να εσωτερικεύει το παιδί την παρουσία της μητέρας ως ελεγκτική λειτουργία. Αυτή η διαταραγμένη σχέση με τη μητέρα μπορεί να οδηγήσει τα άτομα με διατροφικές διαταραχές στην ανάγκη για εσωτερικό έλεγχο και αυτονομία, καταφεύγοντας σε ψυχαναγκασμούς σε σχέση με την πρόσληψη τροφής (Palazzoli, 1978). Ωστόσο, τα επόμενα χρόνια, η έρευνα επικεντρώθηκε επίσης στον ρόλο του πατέρα στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, σημειώνοντας ότι οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές συνδέονται με χαμηλή πατρική φροντίδα, τόσο σε κλινικά όσο και σε μη κλινικά δείγματα (Jones, Leung, Harris, 2006 Leung, Thomas, Waller, 2000. Calam, Waller, Slade, Newton, 1990).

Η έρευνα των Furnham και Husain (1999) ήταν επίσης σύμφωνη, όπου διαπίστωσαν ότι η πατρική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας έναντι των

διατροφικών διαταραχών. Μια δεκαετία αργότερα, η έρευνα έδειξε ότι ο πατρικός ρόλος επηρεάζει εξίσου, μέσω του ελέγχου και της υπερπροστασίας, εσωτερικεύοντας προβλήματα και κατά συνέπεια την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Fujimori et al., 2011. McEwen , Flouri, 2009). Ωστόσο, σε μια μελέτη των Tata, Fox και Cooper το 2001, συμπεριλήφθηκαν άντρες και γυναίκες όπου οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες συσχετίστηκαν τόσο με τη γονική εμπλοκή μέσω τροφής όσο και με υπερπροστατευτικό και έλεγχο. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπίστωσε επίσης ότι η συμμετοχή της οικογένειας στον σχολιασμό του βάρους των μελών της οικογένειας και των διατροφικών συνηθειών συσχετίστηκε. Αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν ότι η αυξανόμενη συμμετοχή των γονέων σε σχόλια σχετικά με την εικόνα του σώματος και τις διατροφικές συνήθειες αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διατροφικής διαταραχής (Kluck, 2010. Dixon, Gill , Adair, 2003). Οι γονείς που είναι υπερπροστατευτικοί είναι πιο πιθανό να σχολιάσουν το βάρος και τα μέρη του σώματος των παιδιών περισσότερο από τους γονείς που δεν ασχολούνται τόσο πολύ. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι οι υπερπροστατευτικοί γονείς εισβάλλουν πιο συχνά στη ζωή των παιδιών τους (Miles Mclean et. al., 2014).

4.1.Θεσμός της Οικογένειας

Ιστορικά, η Ελλάδα αποτελούνταν από μικρές κοινότητες όπου όλοι συνεργάζονταν για να επιβιώσουν, οδηγώντας σε στενές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Επιπλέον, οι ρόλοι που έπαιζαν τα μέλη της οικογένειας ήταν ξεκάθαροι. Για παράδειγμα, ο πατέρας έπρεπε να εξασφαλίσει τα προς το ζην, να προστατέψει και να εξασφαλίσει ένα «καλό όνομα» για την οικογένεια στην κοινότητα, ενώ παράλληλα η μητέρα φρόντιζε σχεδόν αποκλειστικά τις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών. Στις παραδοσιακές κοινωνίες, τα παιδιά μάθαιναν πώς να συμπεριφέρονται από τις μητέρες τους. Όταν το παιδί ήταν δύο ετών, η φροντίδα της μητέρας μειώθηκε και το παιδί γινόταν πιο ανεξάρτητο. Στην ηλικία των τεσσάρων ετών, το παιδί ήταν έτοιμο να αναλάβει καθήκοντα που ήταν κατάλληλα για την ηλικία του. Σήμερα, οι έφηβοι στην κοινωνία μας δεν συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο όπως τα παιδιά στις παραδοσιακές κοινωνίες. Κατά τη διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης, οι κοινότητες άρχισαν να καταρρέουν και οι άνθρωποι επικεντρώθηκαν περισσότερο στα δικά τους συμφέροντα. Αυτό οδήγησε στη μετακίνηση των ανθρώπων από την ύπαιθρο στην πόλη, γεγονός που δημιούργησε πολλά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. (Greydanus et.al., 2011).

Η οικογένεια αποτελεί σημαντικό μέρος της κοινωνίας, διαδραματίζοντας κεντρικό ρόλο στην κοινωνική οργάνωση διαφορετικών πολιτισμών, όπου όμως ο τρόπος οργάνωσης του ποικίλλει ανάλογα με τον χρόνο και τον τόπο. Οι κοινωνικοί επιστήμονες μελετούν την οικογένεια με διαφορετικούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνιολογίας, της ανθρωπολογίας και της κοινωνικής ιστορίας. Οι κοινωνιολόγοι επικεντρώνονται στα σύγχρονα οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα που μπορούν να την επηρεάσουν. Οι ανθρωπολόγοι μελετούν επίσης την οικογένεια, αλλά επικεντρώνονται στην ποικιλία των οικογενειακών οργάνωσεων σε όλο τον κόσμο και στη σημασία των συγγενικών δεσμών και των υποχρεώσεων πέρα από την άμεση οικογένεια. Οι ιστορικοί που μελετούν την κοινωνική και οικονομική ιστορία χρησιμοποιούν διαφορετικές προοπτικές, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογίας, της οικονομίας, της κοινωνιολογίας και της ανθρωπολογίας, για να κατανοήσουν πόσο σημαντική είναι η οικογένεια και η συγγένεια στην κοινωνία. Η οικογένεια και η συγγένεια είναι σημαντικές για τη βιολογική αναπαραγωγή της κοινωνίας, την ανατροφή των παιδιών και την προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους μέσω της συγγένειας. Επιπλέον, πολλές κοινωνίες έχουν αναθέσει σε διαφορετικούς θεσμούς άλλες σημαντικές αρμοδιότητες.

Η οικογένεια, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι είναι η βιολογική, κοινωνική και ψυχολογική ομάδα που αποτελείται από δύο γονείς και τα παιδιά τους. Η ελληνική κουλτούρα, πως η οικογένεια είναι μια ομάδα ανθρώπων που συνδέονται με δεσμούς αίματος και να περιλαμβάνει γονείς, παιδιά ή και εγγόνια (Κυριακίδης, 2000). Σύμφωνα με τον Παπαϊωάννου (2000), η οικογένεια είναι αποτέλεσμα μιας κοινωνικής δομής, όπου σταδιακά καλλιεργούνται ηθικές αξίες και συμπεριφορές και στη συνέχεια μεταφέρονται ή επιβάλλονται στο «αδιαμόρφωτο» παιδί.

4.2.Χαρακτηριστικά οικογενειών με μέλος - ασθενή

Ορισμένες μελέτες διαπιστώνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο συχνές σε οικογένειες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ενώ άλλες μελέτες δεν βρίσκουν σύνδεση μεταξύ των οικογενειακών χαρακτηριστικών και των διατροφικών διαταραχών.(Davison , Neale, 1993). Φαίνεται να υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αναφέρουν τις δικές τους εμπειρίες και του τρόπου με τον οποίο οι γονείς τους αναφέρουν αυτές τις εμπειρίες. Ωστόσο, σε μια μελέτη, οι γονείς της πειραματικής ομάδας ανέφεραν μεγαλύτερη απομόνωση και χαμηλά επίπεδα αμοιβαίας εμπλοκής και αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας σε σχέση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου (Davison , Neale, 1993, Humphrey, 1986).

Οι ατομικές οικογενειακές σχέσεις διαταράσσονται σε οικογένειες ατόμων που έχουν ψυχική διαταραχή, ανεξάρτητα από οποιαδήποτε ενδοοικογενειακή σύγκρουση. Ορισμένα από τα παρατηρούμενα χαρακτηριστικά αυτών των οικογενειών, όπως τα χαμηλά επίπεδα υποστήριξης, δεν συνάδουν με την ψυχοδυναμική θεωρία, αλλά αυτά τα χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως αποτέλεσμα της ίδιας της διαταραχής. (Davison , Neale, 1993). Μια μελέτη, που συνδέεται στενά με τη θεωρία του Minuchin, αξιολόγησε τα χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, καθώς και των γονιών τους, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια για τη μέτρηση χαρακτηριστικών όπως: αυστηρότητα, εγγύτητα, εχθρότητα , επικριτικά σχόλια (Dare et al., 1994, Davison , Neale, 1993). Σε αντίθεση με τη θεωρία του Minuchin, οι οικογένειες εμφάνισαν σημαντικές διακυμάνσεις σε χαρακτηριστικά όπως τα επίπεδα σύγκρουσης. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα επικριτικών σχολίων και εχθρότητας ήταν αρκετά χαμηλά, με το εύρημα αυτό να θεωρείται ότι αντανάκλα το χαρακτηριστικό εκείνο που ο Minuchin είχε περιγράψει ως τακτική αποφυγής συγκρούσεων, επομένως τα ευρήματα όχι μόνο δεν έρχονται σε αντίθεση με τη θεωρία του, αλλά το επιβεβαιώνουν. Η αξιολόγηση της οικογενειακής λειτουργίας έδειξε βελτίωση μετά τη θεραπεία, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα ότι η βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς θα προκαλούσε να έρθουν στην επιφάνεια άλλες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Είναι σημαντικό να απομακρυνθούν από τις αυτοαναφορές των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους σχετικά με τα επίπεδα λειτουργικότητας των τελευταίων και προς τις αξιολογήσεις που βασίζονται στην άμεση παρατήρηση. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν έχει σημασία ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο πάσχων τα χαρακτηριστικά της οικογένειάς του (Davison , Neale, 1993).

Σε μία από τις λίγες μέχρι σήμερα μελέτες, που διεξήχθησαν με βάση την άμεση παρατήρηση, οι γονείς των παιδιών – ασθενών που επηρεάστηκαν δεν φάνηκε να διαφέρουν πολύ από τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες γονέων δεν διέφεραν ως προς τη συχνότητα με την οποία απηύθυναν θετικά και αρνητικά μηνύματα στα παιδιά τους, αλλά παρατηρήθηκαν κάποιες διαφορές και μεταξύ των ομάδων γονέων. Ένα από αυτά ήταν ότι οι γονείς των παιδιών που επηρεάστηκαν ήταν πιο αποκαλυπτικοί - επιδεικτικοί (π.χ. άλλαζαν ρούχα μπροστά στα παιδιά τους, άφηναν την πόρτα της τουαλέτας ανοιχτή, κ.λπ.). Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι γονείς των ατόμων με διατροφικές διαταραχές είχαν προβλήματα επικοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούσαν να ζητήσουν διευκρινίσεις για ασαφείς δηλώσεις από τα παιδιά τους. Είναι πιθανό ότι

αυτό οφείλεται σε προβλήματα εντός της οικογένειας ή μπορεί να οφείλεται στα συναισθήματα του ατόμου που επηρεάζεται.

4.3. Προσωπικότητα Γονέων

Η ψυχαναλυτική άποψη προτείνει ότι η νευρική ανορεξία μπορεί να προκαλείται από τον φόβο ενός κοριτσιού να αναπτυχθεί σωματικά και σεξουαλικά, καθώς αυτό μπορεί να σημαίνει αλλαγή στη σχέση του με τον πατέρα του. Η νευρωτική διατροφική διαταραχή είναι ένας τύπος διαταραχής που προκαλείται από ψυχολογικούς παράγοντες. Μία από τις πρώτες αναφορές αυτού του φαινομένου ήταν από τα μέλη της ψυχιατρικής κλινικής Mayo στο Rochester το 1955. Αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι νευρωτικών διατροφικών διαταραχών, με βάση το πόσο στενά σχετίζεται η διαταραχή με το ιστορικό των γονέων. Η νευρική ανορεξία είναι μία από αυτές τις διαταραχές. Σε περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας, το άτομο αναπτύσσει μια απέχθεια για το φαγητό και βλέπει τη στάση των γονιών απέναντι στο φαγητό ως εκδικητική. Είναι λογικό να υποθέσουμε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η γενική ψυχική υγεία των γονέων συνδέονται κατά κάποιον τρόπο –και μάλιστα υπάρχει αιτιώδης σχέση– με την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου. Αυτό συμβαίνει γιατί, πρώτον, οι γονείς μεταδίδουν τα δικά τους χαρακτηριστικά στα παιδιά τους μέσω της γενετικής. Δεύτερον, οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος για τα παιδιά τους και εάν η μητέρα είναι δυσαρεστημένη με την εικόνα του σώματός της, αυτό είναι πιθανό να μεταδοθεί στο παιδί και να οδηγήσει σε διατροφική διαταραχή, όπως η νευρική ανορεξία. Το άτομο σταματά να τρώει σωστά δοκιμάζοντας διάφορες εξαντλητικές δίαιτες και ασκούμενο για ώρες. Ο τρόπος με τον οποίο τα χαρακτηριστικά ενός παιδιού σχετίζονται με εκείνα των γονιών του είναι πιο εμφανής στον βιολογικό τομέα παρά στον νοητικό ή στον τομέα της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να συνδέεται με τον χώρο και τους κανόνες συμπεριφοράς της οικογένειας, καθώς και με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των γονιών, όπως η κατάθλιψη. Αυτές οι έμμεσες επιρροές στην ανάπτυξη του παιδιού έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη του. Το τι πιστεύουν οι γονείς για το παιδί τους, η σχέση τους μαζί του και το τι περιμένουν από αυτό παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ζωής του παιδιού τους. Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αντιμετωπίζουν το φαγητό είναι πιθανό να επηρεάσει το πώς σκέφτονται και συμπεριφέρονται τα παιδιά τους σχετικά με το φαγητό. Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά επηρεάζονται από το περιβάλλον τους, καθώς και από τα γονίδια τους. Διαφορετικοί γονείς

έχουν διαφορετικές ιδέες για το τι είναι σημαντικό για την ανάπτυξη ενός παιδιού και αυτό μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στη συμπεριφορά του. Εάν οι γονείς δεν μπορούν να συνεννοηθούν, τα παιδιά τους μπορεί να επηρεαστούν με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης κατάθλιψης και ανορεξίας. Για να βοηθηθούν τα παιδιά να γίνουν υγιείς ενήλικες, είναι σημαντικό και οι δύο γονείς να προσαρμοστούν στις αλλαγές του παιδιού και στον τρόπο που το βλέπει σε κάθε στάδιο της ζωής του.

Για να προσαρμόσουν το γονεϊκό ρόλο τους στο στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, οι γονείς χρησιμοποιούν συνήθως τους ακόλουθους τρόπους:

1. Παρατηρούν τη φυσιολογική ωρίμανση του παιδιού
2. Ακολουθούν τεχνικές του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος για την ανατροφή των παιδιών
3. Ακολουθούν τους ρόλους των δικών τους γονέων. (dr. Kevin Leman, 1989)

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, όλη η οικογένεια συμμετέχει στην ανάπτυξη του κάθε μέλους ξεχωριστά. Αυτό σημαίνει ότι η οικογένεια δεν είναι απλώς μια συλλογή ξεχωριστών ατόμων, αλλά ένα δυναμικό σύστημα που περιλαμβάνει τις σχέσεις μεταξύ όλων των μελών της. Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχουν πολλές διαφορετικές αντιλήψεις που έχουν οι οικογένειες των ατόμων με ανορεξία. Οι σχέσεις μεταξύ μητέρων και κορών είναι γενικά πιο προβληματικές από τις σχέσεις μεταξύ πατέρων και κορών και η θλίψη των γονιών είναι πολύ εμφανής. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η υπερβολικά προστατευτική συμπεριφορά των γονέων είναι ένας από τους παράγοντες που οδηγεί στην ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας στις κόρες. Υπάρχουν τέσσερις τύποι μητέρας:

- Η ιδανική. Είναι αυτή που ασχολείται με τη σωστή ανατροφή και τις ανησυχίες των παιδιών, φροντίζοντας να επικρατεί ένα ήρεμο περιβάλλον στο σπίτι.
- Η φιλόδοξη. Περιγράφεται ως δογματική, σχολαστική και καριερίστα. Ασχολείται λιγότερο με τα παιδιά της, αφού τα παραμελεί και αφήνει την ανατροφή τους στα χέρια των γιαγιάδων τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις της εργαζόμενης μητέρας, στη προσπάθεια της να διευρύνει τους ορίζοντες της, να προωθήσει την προσωπική της

ανάπτυξη και να επιφέρει οικονομικά στην οικογένεια, παρατηρείται μια εχθρική στάση από τα παιδιά της κυρίως από τα κορίτσια

- Η αβέβαιη. Ενδιαφέρεται περισσότερο για την σωματική και βιολογική ανάπτυξη των παιδιών της, αδιαφορώντας για την πνευματική τους ανάπτυξη και τη σχολική τους επίδοση.
- Η υστερική. Μέσω της δημιουργίας ενός περιβάλλοντος γεμάτου φωνές και εντάσεις, το τύπος μητέρας υτός προωθεί τα αισθήματα της αβεβαιότητας, της ανασφάλειας και του φόβου στα παιδιά της.

Όταν μια μητέρα είναι αβέβαιη, φιλόδοξη ή υστερική, δεν μπορεί να επικοινωνήσει σωστά με τα παιδιά της. Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει στο να τσακώνονται μεταξύ τους και να προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή των γονιών τους με παράξενη συμπεριφορά. Αυτό μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη της ανορεξίας (Παπανικολάου Ε., 1998).

Ο πατέρας μπορεί να είναι ένας από τους τρεις διαφορετικούς τύπους: ο αυστηρός που οδηγεί στο σπίτι, ο αδύναμος που δεν έχει λόγο και όλα περνούν από τη μητέρα ή ο συναισθηματικός που είναι ευέλικτος και επιτρέπει σε όλους στην οικογένεια να έχουν ίσο λόγο (Οικογένεια και Όρια, 2000). Ο Ronald Liebman είδε ότι η σχέση μητέρας-κόρης χαρακτηριζόταν από πολλή εμπλοκή από τη μητέρα και μικρή συμμετοχή από τον πατέρα και τη γιαγιά από τη μητέρα. Αυτό δυσκόλεψε τη μητέρα να είναι αποτελεσματική και να αισθάνεται ότι ήταν αρκετά καλή, αφού βασιζόταν στη σχέση της με την κόρη της για να νιώθει καλά με τον εαυτό της. Η γιαγιά είναι μια ισχυρή φιγούρα στην οικογένεια γιατί έχει την ικανότητα να παίρνει αποφάσεις για λογαριασμό της οικογένειας. Η δύναμη και η ικανότητα της μητέρας συχνά εξαφανίζονται, και αυτό καθιστά πιο δύσκολο για τους γονείς να μεταδώσουν τις δικές τους αξίες στα παιδιά τους. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά καταλήγουν συχνά με φτωχά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και μικρή αίσθηση αυτοδυναμίας. Χωρίς ισχυρή γονική εξουσία, τα παιδιά δεν θα αναπτύξουν τη δική τους προσωπικότητα και θα βασίζονται σε άλλους για να αποφασίσουν για αυτά.

4.4.Διατροφικές Συνήθειες της Οικογένειας

Οι διατροφικές συνήθειες παίζουν μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Κάθε οικογένεια έχει διαφορετικές διατροφικές συνήθειες και διαφορετικά προγράμματα εργασίας. Το φαγητό φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των διαπροσωπικών σχέσεων, και στις διαφορές κατανάλωσης τροφής, σε ποσότητα και ποιότητα μετά το τέλος της βρεφικής ηλικίας. Τα παιδιά έχουν βιολογική προτίμηση στα “γλυκά” και “αλμυρά” φαγητά και είναι εύκολο για αυτά να απορρίψουν τα νέα τρόφιμα. Η αποδοχή τροφών χαμηλών σε ζάχαρη ή αλάτι, αλλά και υγιεινών τροφών όπως τα λαχανικά, εφαρμόζεται σταδιακά. Αυτές οι διαφορές έχουν να κάνουν με τον διαφορετικό τρόπο εκπαίδευσης από τους γονείς, κυρίως όσον αφορά την κατανομή του ελέγχου μεταξύ γονέων και παιδιού σχετικά με το πότε θα φάει, τι και πόσο. Οι διατροφικές συνήθειες όμως των παιδιών φαίνεται να ακολουθούν τους κανόνες μίμησης, δηλαδή “τα παιδιά τρώνε όπως τρώνε και οι γονείς τους”. Τα παιδιά γονέων που κάνουν συνεχώς δίαιτα ή που δεν ακολουθούν σταθερές ώρες γευμάτων και «τσιμπολογούν» ακανόνιστα είναι πολύ πιθανό να αποκτήσουν αυτές τις συνήθειες. Το φαγητό είναι ένας τρόπος με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας επικοινωνούν μεταξύ τους. Η οικογένεια συνδέεται με πολυτροπικούς δεσμούς, όπως γενετικούς κώδικες, συναισθήματα, κοινές ή αντίθετες αξίες, προσδοκίες και ρόλους στην ευρύτερη κοινωνία. Η σημασία του να γευματίζουμε μαζί όλη η οικογένεια δεν είναι πάντα δυνατή ή αποδεκτή.

Τα παιδιά πρέπει να υιοθετήσουν καλές διατροφικές συνήθειες για να έχουν ένα πλήρες διατροφικό πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι η μητέρα τους δεν πρέπει να εργάζεται όλη μέρα και ότι πρέπει να αφιερώνει χρόνο στην προετοιμασία του γεύματος και να τονίζει τη σημασία του φαγητού για τα παιδιά της. Η δουλειά των γονιών είναι να κάνουν το φαγητό ευχάριστο για τα παιδιά τους και να τα διδάξουν να δοκιμάζουν νέα φαγητά. Τα σχόλια σχετικά με το βάρος του παιδιού πρέπει να αποφεύγονται την ώρα του φαγητού, γιατί μπορεί να είναι πολύ επιζήμια για την αυτοεκτίμηση του παιδιού και να το οδηγήσει στο να τρώει λιγότερο φαγητό, κάτι που μπορεί να είναι ανθυγιεινό. Την ώρα του οικογενειακού γεύματος θα πρέπει να επικρατεί ένα χαρούμενο και ήρεμο κλίμα, όπου οι γονείς θα παρατηρούν το είδος και την ποσότητα της τροφής που προσλαμβάνουν τα παιδιά τους, ώστε να καταλάβουν αν αντιμετωπίζουν διατροφικές διαταραχές. Τα παιδιά χρειάζονται πολλή προσοχή όταν πρόκειται για το πώς βλέπουν και αποδέχονται το σώμα τους, γιατί όταν φτάσουν στην εφηβεία, την πιο επικίνδυνη περίοδο για την ανάπτυξη

διατροφικών διαταραχών, δεν πρέπει να ντρέπονται για το βάρος τους ή να θεωρούν ότι είναι υπέρβαρα, ενώ στην πραγματικότητα το βάρος τους είναι φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος τους. Το πιο σημαντικό είναι να μάθουν οι γονείς τις ανησυχίες των παιδιών τους και η οικογένεια να εκπαιδευτεί ως προς την κατανάλωση τροφών με τον παραδοσιακό τρόπο, ώστε να μπορούν να τρώνε όλες τις ομάδες τροφίμων στις συνιστώμενες ποσότητες και συχνότητες.

4.5. Ψυχοτραυματικά Γεγονότα

Πρώτο σημαντικό και τεράστιο ψυχοτραυματικό γεγονός είναι η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών, η οποία αναφέρεται σε οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη ενός (ή και περισσότερων) ενήλικα φροντιστή που οδηγεί σε σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση ή στέρηση σε βαθμό τον οποίο παρατηρούνται σοβαρές σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο (Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, 24/5/2007). Η σωματική κακοποίηση είναι η πιο κοινή μορφή, ακολουθούμενη από ψυχολογική κακοποίηση και μετά σεξουαλική κακοποίηση.

4.5.1. Παραμέληση:

Παραμέληση είναι όταν η φροντίδα που λαμβάνει ένα παιδί υπολείπεται αυτής που χρειάζεται για να μεγαλώσει και να αναπτυχθεί σωστά. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη λήψη μη επαρκούς τροφής, υγειονομικής περίθαλψης ή ενός ασφαλούς τόπου διαμονής. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της παραμέλησης είναι όταν ένα παιδί δεν τρώει αρκετά ή δεν διατηρείται καθαρό. Μπορεί επίσης να είναι πολύ κουρασμένοι όλη την ώρα και να χρησιμοποιούν επιβλαβείς ουσίες (Παπανικολάου Ε., 1998).

Η κακοποίηση και η παραμέληση συχνά οδηγούν τα παιδιά στην ανάπτυξη εσωστρέφειας, φόβου, κατάθλιψης και ανορεξίας. Οι ενήλικες που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά συχνά προσπαθούν να πείσουν τα παιδιά ότι δεν έκαναν τίποτα κακό. Τα παιδιά συχνά προσπαθούν να βρουν μια διέξοδο και να επικοινωνήσουν ότι κάτι δεν πάει καλά. Συχνά επιλέγουν να εγκαταλείψουν την κατάσταση για να αποφύγουν τον ενήλικα που τους κακοποιεί. Η κοινωνική κατακραυγή και η αντιμετώπιση του παιδιού από τους φίλους και την οικογένειά τους συχνά τους φοβούνται. Πολλές φορές εμφανίζεται ένας «ηθικός πανικός» γύρω από την κακοποίηση και την παραμέληση, με συντηρητικές αντιδράσεις που στοχεύουν στην αποκατάσταση της τάξης, της

ομαλότητας και της κοινωνικής τάξης. Η οικογένεια είναι ένας ισχυρός θεσμός και η δομή της μπορεί να διαμορφώσει τον τρόπο που συμπεριφέρεται κάποιος. Οι οικογένειες συχνά αλληλεπιδρούν μέσω διαδικασιών και πρακτικών που βοηθούν στην προετοιμασία κάποιου για τη ζωή στην ευρύτερη κοινωνία. Ένας σημαντικός τρόπος για να συμβεί αυτό είναι μέσω του σχολείου.

4.5.2. Διαζύγιο

Το διαζύγιο είναι μια μεγάλη αλλαγή σε μια οικογένεια και μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στα παιδιά και τους εφήβους. Δεν είναι πάντα μια λύση στο πρόβλημα, αλλά είναι μια λιγότερο κακή λύση στην προϋπάρχουσα, βασανιστική και τραυματική οικογενειακή κρίση. Από αυτή την αλλαγή, μπορεί να συμβούν διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία και άλλα ψυχοσωματικά γεγονότα. Τα παιδιά και οι έφηβοι που βιώνουν ένα διαζύγιο υφίστανται ψυχολογική βλάβη ως αποτέλεσμα της παραμέλησης που επιδεικνύουν οι γονείς τους. Αυτό μπορεί να τους κάνει να αποσυρθούν από τους γονείς (Dizenhonz, Israel M. κ.κ) και από ολόκληρη τη διαδικασία διαζυγίου, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

4.5.3. Σωματική Κακοποίηση

Παιδική κακοποίηση είναι η χρήση βίας ή άλλων σκόπιμων ενεργειών που προκαλούν πόνο, τραυματισμό ή βλάβη στη σωματική και συναισθηματική υγεία του παιδιού (Παπανικολάου Ε., 1998). Γνωρίζουμε ότι η κακοποίηση παιδιών από τους γονείς τους προκαλείται από έναν συνδυασμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων των γονιών, της δυσλειτουργίας της οικογένειας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του παιδιού.

Κατά την εφηβική ηλικία, το παιδί που υπέστη κακοποίηση εκδηλώνει συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές όπως:

- Φόβος και επιφύλαξη απέναντι στο άγγιγμα ή και τις απότομες κινήσεις των άλλων
- Έχει «παγωμένο βλέμμα»
- Παρουσιάζει χαμηλή σχολική επίδοση
- Χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη, στεναχώρια, απόσυρση, κατάθλιψη, κλπ.

- Φανερόνει διαταραχές συμπεριφοράς, οι οποίες αφορούν τα αισθήματα του θυμού και της επιθετικότητας τα οποία τα εκδηλώνει μέσω αντιδραστικής, επιθετικής, καταστροφικής και αυτοεπιθετικής συμπεριφοράς (αυτοχαρακώνεται , απόπειρες αυτοκτονίας) (Agathonos, Georgoroulou E., 1997, p.p 257-271).

Μία από τις συνέπειες των συναισθηματικών αντιδράσεων είναι η νευρική ανορεξία. Αυτό είναι αποτέλεσμα όλων των καταστάσεων που έχει περάσει ο έφηβος, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής κακοποίησης. Αυτό τον κάνει να μην θέλει να φάει και φοβάται μήπως τον κακομεταχειριστούν ξανά. Γίνεται επίσης επιθετικός προς τους άλλους και προς τον εαυτό του, καθιστώντας του δύσκολο να ζητήσει βοήθεια από ειδικούς και από την οικογένειά του (Αγάθωνος, Γεωργοπούλου E.,1990).

Η σωματική κακοποίηση μπορεί να συμβεί όταν ένας γονέας είναι ψυχικά διαταραγμένος ή έχει κατάθλιψη και θυμώνει πολύ με το παιδί του. Μπορεί να διατάζουν το παιδί να κάνει πράγματα, αλλά αν το παιδί δεν υπακούει, ο γονέας μπορεί να τιμωρήσει το παιδί. Αυτό πιθανών να οδηγήσει στο να αναπτύξει το παιδί συναισθήματα θυμού, φόβου και αδυναμίας και έπειτα σε διατροφική διαταραχή, καθώς το παιδί νιώθει απελπισία στην προσπάθεια του να διορθώσει τα πράγματα και να τερματίσει την τιμωρία.

4.5.4. Σεξουαλική Κακοποίηση

Ένας λόγος που μπορεί να συμβεί σεξουαλική κακοποίηση στις οικογένειες είναι ο στενός συναισθηματικός δεσμός μεταξύ των μελών της οικογένειας. Άλλοι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν περιλαμβάνουν προβλήματα στη σεξουαλική σχέση του ζευγαριού, την ανύπαντρη μητέρα και μια σειρά από άλλα σοβαρά οικογενειακά προβλήματα. Επιπλέον, υπάρχει συχνά έλλειψη ορίων μεταξύ των μελών της οικογένειας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση και κακοποίηση (Agathonos, Georgoroulou E., 1997).

Η σεξουαλική κακοποίηση σε νεαρή ηλικία μπορεί να οδηγήσει έναν έφηβο να αναπτύξει μια διατροφική διαταραχή. Σύμφωνα με μελέτη Παιδοψυχιάτρου του Πανεπιστημίου Πατρών, τα ποσοστά νευρικής ανορεξίας κυμαίνονται από 7-69%. Αυτοί οι έφηβοι είναι συχνά φοβισμένοι, λυπημένοι, αντικοινωνικοί, απομονωμένοι και επιθετικοί. Συνήθως δεν γνωρίζουν πότε θα σταματήσει η κακοποίηση στην οποία υφίστανται και φτάνει στο σημείο να σιχαίνεται τον ίδιο του τον εαυτό και προσπαθεί να βρει σωτήριες λύσεις (Αγαθωνος,Γεωργοπούλου E., 1990). Το

παιδί - θύμα προσπαθεί να δημιουργήσει μια ασπίδα γύρω από την ευαλωτότητά του για να προστατεύσει τον εαυτό του, μέχρι που ένας από τους δικούς του ανθρώπους συνειδητοποιεί τι κάνει και τον σώζει. Προσπαθεί να γίνει το επίκεντρο της προσοχής των ανθρώπων που μπορούν να τον βοηθήσουν προκαλώντας τους να ανησυχούν για κάτι που θα έχει ξεκάθαρα αποτελέσματα, όπως η ανορεξία. Θα παρατηρήσουν ότι έχει σταματήσει να τρώει, ότι υπάρχει απώλεια βάρους και εσωστρέφεια και θα προσπαθήσουν να βοηθήσουν το κακοποιημένο παιδί, ανακαλύπτοντας έτσι το πρόβλημα της κακοποίησης που αντιμετωπίζει. (Agathonos, Georgoulou E., 1997).

4.6. Ψυχικές Διαταραχές Γονέων

Είναι γνωστό ότι η ψυχική ασθένεια των γονέων είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στα παιδιά. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν και οι δύο γονείς έχουν μια σοβαρή ψυχική ασθένεια, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή συναισθηματική διαταραχή. Οι ψυχικές διαταραχές είναι πολύ συχνές και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 1 στους 5 ανθρώπους θα αναπτύξει κάποιο είδος ψυχικής ασθένειας κάποια στιγμή στη ζωή του. Ωστόσο, πολύ λίγοι από αυτούς θα αναζητήσουν και θα λάβουν θεραπεία.

Η ανατροφή ενός παιδιού με έναν ψυχικά άρρωστο γονέα μπορεί να είναι πολύ δύσκολη. Όταν υπάρχει ψυχική ασθένεια στην οικογένεια, τα παιδιά χρειάζονται ειδική μεταχείριση. Εάν η ψυχική ασθένεια είναι μια ήπια διαταραχή, τα περισσότερα παιδιά θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν, αλλά εάν η διαταραχή είναι χρόνια γίνεται πιο δύσκολο, επηρεάζοντας το υπόλοιπο της ζωής ενός ατόμου (De Mathis et al., 2008). Οι επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας μπορεί να είναι πολύ επιζήμιες τόσο για τους γονείς όσο και για το παιδί. Μερικές από τις πιο βασικές συνέπειες της ασθένειας μιας οικογένειας είναι ο φόβος ότι η ασθένεια είναι γνωστή σε άλλους ανθρώπους και η απαγόρευση αποκάλυψης του μυστικού της οικογένειας ακόμη και στους πιο στενούς συγγενείς και φίλους. Σημαντικό σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η δημιουργία ενός ασφαλούς και σταθερού περιβάλλον ώστε να μειωθούν τα επίπεδα άγχους στην οικογένεια και να βοηθηθεί το παιδί να αντιμετωπίσει την ασθένεια. Οι απρόβλεπτες ή ασταθείς συμπεριφορές μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους της οικογένειας, δυσκολεύοντας τους γονείς να φροντίσουν το παιδί και επιβαρύνουν την ψυχική υγεία του ατόμου με την ασθένεια (Altman & Shankman, 2009).

4.6.1. Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική διαταραχή (OCD)

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική συμπεριφορά είναι ένα κοινό πρόβλημα στις διατροφικές διαταραχές. Στην ανορεξία και τη βουλιμία εμφανίζεται στο 25% και στο 40% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Η εξής διαταραχή μπορεί να περιγραφεί ως ένα σύνολο συμπτωμάτων που αναγκάζουν ένα άτομο να σκέφτεται ή να ενεργεί με επαναλαμβανόμενο τρόπο. Το άτομο μπορεί να στενοχωριέται από τις εμμονικές σκέψεις ή να φοβάται ό,τι υπάρχει γύρω του. Άλλοι προσπαθούν να βεβαιωθούν ότι τα πράγματα γίνονται με συγκεκριμένο τρόπο, ακολουθώντας λίστες, κανόνες και λεπτομερείς οδηγίες. Μοιράζεται ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με τους τελειομανείς. Το άτομο που πάσχει από αυτή τη διαταραχή ασχολείται διαρκώς με λεπτομέρειες, δυσκολεύεται να υπολογίσει σωστά τον χρόνο και συχνά αφήνει σημαντικά πράγματα τελευταία στιγμή (Altman & Shankman, 2009).

Τα άτομα με ψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να έχουν διαφορετικά συμπτώματα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, επειδή οι σκέψεις τους για τη διαταραχή μπορεί να αλλάξουν. Για παράδειγμα, κάποιος που φοβάται το βάρος μπορεί να έχει ένα τελετουργικό εξαγνισμού ή να περιορίσει τις θερμίδες του σε ένα ανθυγιεινό επίπεδο. Τα συμπτώματα μπορεί να επικαλύπτονται με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως οι τάσεις προς την επίτευξη, η ανυπομονησία, η ανταγωνιστικότητα και η εχθρότητα. Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως οι καταναγκασμοί δεν είναι απλώς μια υπερβολική ανησυχία, καθώς αυτό αναφέρεται και σε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Η ψυχαναγκαστική διαταραχή σχετίζεται επίσης με μεγαλύτερη διάρκεια διατροφικών διαταραχών.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Farrow & Blissett (2009) αποδεικνύει ότι οι μητέρες με ψυχαναγκαστική διαταραχή είχαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν παιδιά με διατροφικές διαταραχές. Αυτό προκάλεσε αύξηση της ποσότητας ανθυγιεινών τροφών που κατανάλωναν αυτά τα παιδιά και προβλήματα με το βάρος τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 128 μητέρες που εμφάνισαν ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τις μητέρες και τα παιδιά τους σχετικά με τη διατροφή τους και πώς ένιωθαν για τον εαυτό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικά προβλήματα με την υγεία των παιδιών, ιδιαίτερα στην ενήλικη ζωή. Οι συνήθειες της ψυχαναγκαστικής διαταραχής των μητέρων ήταν ξεκάθαρες στα ερωτηματολόγια, αλλά και οι διατροφικές διαταραχές των παιδιών τους.

Πραγματοποιήθηκε επίσης μελέτη σε δείγμα 330 ασθενών. Η μέση ηλικία κατά την αξιολόγηση ήταν 32 έτη και η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 18 έτη. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άγαμοι (58,5%), 115 (34,8%) ήταν παντρεμένοι, 18 (5,5%) διαζευγμένοι και 4 (1,2%) ήταν χήρες. Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, υποστηρίζεται ότι υπάρχει διαφορά στην ανάπτυξη της ψυχαναγκαστικής διαταραχής και στην ηλικία. Αυτοί οι ασθενείς έδωσαν μερικές συνεντεύξεις και απάντησαν σε ερωτήσεις και κριτήρια συμπεριλαμβανομένου του DSM-IV. Τέλος, τα δεδομένα αναλύθηκαν και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μικρότερη ηλικία έναρξης συσχετίστηκε με υψηλότερη πιθανότητα OCD, άγχους και διατροφικών διαταραχών.

4.6.2. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι ένα αίσθημα έντονης θλίψης ή απελπισίας, που μπορεί να επηρεάσει τις καθημερινές δραστηριότητες και κάθε πτυχή της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης συχνά εμφανίζουν δυσκολία στον ύπνο, αισθάνονται κουρασμένοι, έχουν μειωμένη όρεξη, είναι απαισιόδοξοι με μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, μειωμένη συγκέντρωση και μνήμη, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, αίσθημα σωματικής αισθάνονται άβολα, κλπ. (Μάνος, 1997).

Η κατάθλιψη στους γονείς είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για κατάθλιψη στα παιδιά τους σε οποιαδήποτε ηλικία. Αυτά τα παιδιά μπορεί να έχουν προβλήματα όπως στην επικοινωνία, τη διατροφή κλπ. (Giakoumaki et al., 2009). Η ανατροφή από καταθλιπτικούς γονείς μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού, αλλά επηρεάζεται επίσης από άλλους παράγοντες, όπως η ποιότητα των γονικών δεξιοτήτων και το μέγεθος των συγκρούσεων στην οικογένεια. Οι μελέτες συνεχίζονται για την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της κατάθλιψης στα παιδιά, αλλά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αλλαγή της στάσης των γονέων και η εισαγωγή τους στη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει να κρατηθούν τα παιδιά ασφαλή (Hamer, 2010).

Η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν την κατανάλωση λιγότερων γευμάτων, τη μειωμένη όρεξη και την επιθυμία να φάει περισσότερα γλυκά. Οι δίαιτες χαμηλών υδατανθράκων είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για άτομα με κατάθλιψη, επειδή οι χημικές ουσίες του εγκεφάλου που προάγουν τα

συναισθήματα ευεξίας, η τρυπτοφάνη και η σεροτονίνη, παράγονται από τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (Lin, Tang, Lee, 2009).

Η κατάθλιψη επίσης μπορεί να προκληθεί από έλλειψη ορισμένων βιταμινών, ιδιαίτερα του συμπλέγματος βιταμινών Β. Μια μελέτη που διεξήχθη από (Skarupski et al., 2010) σε 3503 ενήλικες στο Σικάγο υποστηρίζει ότι η χαμηλή πρόσληψη βιταμινών Β6, Β12 και φυλλικού οξέος μπορεί να προκαλέσει μικρές αλλαγές στη διάθεση, ακόμη και πριν εμφανιστεί ανεπάρκεια. Οι βιταμίνες Β6, Β12 και φυλλικό οξύ είναι σημαντικές για την παραγωγή σεροτονίνης από τον εγκέφαλο. Μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα αυτών των βιταμινών και της σεροτονίνης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β12 μπορούν να συμβάλουν σε προβλήματα μνήμης και κατάθλιψης.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο στην Ελλάδα και διαπίστωσε ότι μετά τον τοκετό, (Bere et al, 2008). Θεωρείται ότι τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο σε αυτή τη μετάδοση. Δεν έχει τεκμηριωθεί ότι η κατανάλωση υδατανθράκων έχει κάποια επίδραση στη διάθεση και την κατάθλιψη. Μερικοί άνθρωποι είναι πιο ευαίσθητοι στην ποιότητα και την ποσότητα των υδατανθράκων που τρώνε και οι υδατάνθρακες, ειδικά η ζάχαρη και τα ζαχαρούχα τρόφιμα, παρέχουν βραχυπρόθεσμη ανακούφιση. Τα διαιτητικά ω-3 και ω-6 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μπορούν να βοηθήσουν στην αύξηση της πρόσληψης κατάθλιψης και ψυχικών διαταραχών (Ross 2009).

4.6.3. Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι ο πιο κοινός τύπος ψυχιατρικής διαταραχής στο γενικό πληθυσμό. Τα άτομα με άγχος εμφανίζουν πολλά διαφορετικά συμπτώματα, τα περισσότερα από τα οποία είναι σωματικά. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν γρήγορο καρδιακό ρυθμό, ρίγος, εφίδρωση και δυσκολία στην αναπνοή (Giakoumaki et al., 2009). Υπάρχει αυξημένος επιπολασμός του άγχους στα νεαρά κορίτσια επειδή αντιμετωπίζουν συνεχώς στρεσογόνες καταστάσεις όπως πίεση από τους γονείς τους, ανταγωνισμός ή μηνύματα στα μέσα ενημέρωσης που παρουσιάζουν μόνο μοντέλα ως επιτυχημένους ανθρώπους.

Οι Thompson και Chad (2002), μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ του στρες, του σώματος και 77 κοριτσιών ηλικίας 7-16 ετών στον Καναδά. Διαπίστωσαν ότι τα νεαρά κορίτσια βιώνουν πολύ άγχος, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα με την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης της

αλλαγής στις διατροφικές τους συνήθειες. Αυτό συμβαίνει επειδή οι γυναίκες συχνά εργάζονται πολλές ώρες και δεν προσέχουν τη διατροφή των παιδιών τους. Μετά από έρευνα, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει υψηλός επιπολασμός διαταραχών άγχους και ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή. Από τον πληθυσμό της Δυτικής Ελλάδας επιλέχθηκαν τυχαία 1.046 γυναίκες και ρωτήθηκαν για τη διατροφή τους (Jacka et al. 2010). Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφής και Ερωτηματολόγιο Γενικής Ψυχικής Υγείας, μετρήθηκαν τα ψυχολογικά συμπτώματα. Τέλος, οι καταθλιπτικές και αγχώδεις γυναίκες αξιολογήθηκαν με χρήση κλινικής συνέντευξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μια παραδοσιακή διατροφή, η οποία περιλαμβάνει λαχανικά, φρούτα, κρέας, ψάρι και δημητριακά ολικής αλέσεως, συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες για μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία και αγχώδεις διαταραχές.

Οι έγκυες γυναίκες που αισθάνονται άγχος ή στρες είναι πιθανό να έχουν μια ανθυγιεινή διατροφή που μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα υγείας για τα βρέφη τους. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους HernándezMartínez et al., το 2008, εξετάστηκαν 163 νεογνά. Μερικά από τα βρέφη χρειάστηκαν αντιβιοτικά μετά τη γέννησή τους επειδή η υγεία τους ήταν σε κίνδυνο. Ωστόσο, η μελέτη διαπίστωσε ότι η πλειοψηφία των βρεφών είχε προβλήματα σε τουλάχιστον έναν τομέα της υγείας τους. Για παράδειγμα, αναπνευστικά προβλήματα όπως δερματικά και ανοσοποιητικά προβλήματα. Οι ψυχικές διαταραχές συχνά συνδέονται με δίαιτες που είναι ανθυγιεινές τόσο για τους ανθρώπους όσο και για το περιβάλλον. Αυτό είναι το πρώτο στοιχείο που συνδέει το προγεννητικό άγχος και το στρες με διάφορες βρεφικές ασθένειες. Υποδηλώνει ότι το άγχος και το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του βρέφους.

Παρόμοια σημαντική μελέτη εξέτασε την επίδραση του μητρικού άγχους στο βάρος γέννησης των μωρών, που πήρε θέση στο Μπαγκλαντές σε αγροτική περιοχή. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν 720 έγκυες γυναίκες. Τα συμπτώματα άγχους αξιολογήθηκαν με στατιστικές παραμέτρους. Τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά. Το 81% των μωρών (583) που γεννήθηκαν τον μήνα τους μετρήθηκαν στην αρχή και μετά από 48 ώρες για να καταγράψουν το βάρος τους. Αυτά τα μωρά παρουσιάζουν συμπτώματα χαμηλού βάρους γέννησης ($\leq 2,5$ kg). Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή καταδεικνύει ότι η μητρική αγχώδης διαταραχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τις πιθανότητες για νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης.

Τέλος, μελέτες έχουν δείξει επίσης ότι η συμπεριφορά των γονιών έχει ισχυρή επίδραση στη διατροφή του παιδιού. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνουν το βάρος στη μητέρα και στη συνέχεια στον πατέρα. Μια μελέτη εξέτασε πώς η ανησυχία και το άγχος της μητέρας μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες στην ανθυγιεινή διατροφή ενός παιδιού (Ystrom et al.2009). Η μελέτη περιελάμβανε 763 μητέρες και τις ρώτησε για τα επίπεδα στρες και τις σκέψεις τους για το φαγητό. Στη συνέχεια, μετρήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες του παιδιού τους στην ηλικία των 18 μηνών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μητέρες με υψηλά επίπεδα άγχους και αρνητικές σκέψεις εξασφάλιζαν στο παιδί τους μια ανθυγιεινή διατροφή. Η αγχώδης διαταραχή της προσωπικότητας του γονέα είχε έντονη επίδραση και στη διατροφή του παιδιού, έχοντας δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του.

5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος της οικογένειας στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας ήταν ένα θέμα πολλών συζητήσεων από τότε που η ασθένεια περιγράφηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 1800. Ο William Gull (1874) πρότεινε ότι, οι οικογένειες ήταν οι "χειρότεροι συνοδοί" για τα παιδιά τους, σε αντίθεση με τον Charles Lasague (1873), που υποστήριξε ότι η οικογένεια ήταν απαραίτητη για την θεραπεία του ατόμου με νευρική ανορεξία. Εναλλακτικά, η Hilde Bruch (1973), χρησιμοποιώντας μια ατομική ψυχοδυναμική προσέγγιση, πρότεινε ότι ο ασθενής με νευρική ανορεξία πάσχει από έλλειψη αυτοπροσδιορισμού, επομένως, η θεραπεία θα πρέπει να βασίζεται στις επιθυμίες και τις ανάγκες του ατόμου και όχι στις επιθυμίες και τις ανάγκες της οικογένειας ή των φίλων του (Le Grange, D. & Lock G. ,2001).

Ο Palazzoli (1974) είναι ένας από τους πρώτους συγγραφείς που πίστεψε ότι η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας (Martin, J. E. ,1998). Ο Crisp (1974) διαπίστωσε ότι η συνδυασμένη οικογενειακή-ατομική θεραπεία ήταν ευεργετική τόσο για το βάρος όσο και για την υγεία των εφήβων ασθενών, αλλά ότι υπήρχε επίσης μια εμφάνιση γονικής παθολογίας. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι, όταν χρησιμοποιήθηκε μια κοινή οικογενειακή-ατομική θεραπεία με εφήβους ασθενείς, τόσο το βάρος όσο και η υγεία τους

βελτιώθηκαν. Ωστόσο, υπήρχαν επίσης ενδείξεις γονικής παθολογίας, με ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στις μητέρες και τους πατέρες (Martin J. E. ,1998). Ο Russell (1987) θεωρεί πως η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να χορηγείται στο άτομο με την διατροφική διαταραχή το οποίο εξακολουθεί να ζει στο σπίτι (Martin J. E., 1998). Σε μια μελέτη του μάλιστα, συνέκρινε την οικογενειακή θεραπεία με την ατομική θεραπεία για άτομα με διατροφικές διαταραχές. Η οικογενειακή θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από την ατομική θεραπεία για την ανάκτηση βάρους, την εμμηνορροϊκή λειτουργία και τη γενική ψυχοκοινωνική προσαρμογή για εφήβους των οποίων η ασθένεια ξεκίνησε πριν από την ηλικία των 18 ετών και διήρκεσε λιγότερο από τρία χρόνια (Martin, J. E. ,1998). Σε άλλη προσέγγιση, ο Vandereycken (1987) για την οικογενειακή θεραπεία πιστεύει πως είναι ένα συστατικό σε μια πολυδιάστατη προσέγγιση για τις διατροφικές διαταραχές, η οποία καθορίζεται από μια θετική στάση της οικογένειας. Αυτό σημαίνει ότι η οικογένεια θα προσπαθήσει να αποκαταστήσει την υγεία του ασθενούς με τρόπο που να λαμβάνει υπόψη όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου (Martin J. E., 1998).

Σε αυτή τη μορφή θεραπείας, οι έφηβοι με νευρική ανορεξία θεωρείται ότι δεν μπορούν να λάβουν καλές αποφάσεις για την υγεία τους και, ως εκ τούτου, χρειάζονται βοήθεια από τους γονείς τους για να ξεπεράσουν την ασθένεια. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη συμμετοχή της οικογένειας στην εκ νέου σίτιση του εφήβου, τη διαπραγμάτευση νέων τρόπων διεξαγωγής των οικογενειακών σχέσεων και τη βοήθεια του ασθενούς να στοχεύσει στη φυσιολογική ανάπτυξη του εφήβου, ειδικά όσον αφορά τον χωρισμό και την εξατομίκευση. Γενικά, αυτή η θεραπεία έχει βρεθεί ότι είναι επιτυχής για εφήβους με πρώιμη έναρξη και σχετικά σύντομο ιστορικό νευρικής ανορεξίας (Sim, L.A., Sadowski, C.M. , Whiteside, S.P. , Wells, L.A. ,2004).

Η θεραπεία με βάση την οικογένεια βασίζεται στην ιδέα ότι η οικογένεια είναι ο σημαντικότερος πόρος του εφήβου για την αποκατάσταση του βάρους και την επιστροφή σε μια υγιεινή διατροφή. Κατά την πρώτη φάση, οι γονείς επικεντρώνονται στην αποκατάσταση του βάρους του παιδιού τους και στην ομαλοποίηση της διατροφής του. Στη δεύτερη φάση, ο έφηβος ενθαρρύνεται να ανακτήσει τον έλεγχο της τροφής του. Σε αυτό το σημείο, η προσοχή των γονέων θα επιστηθεί σε πιο γενικές ερωτήσεις σχετικά με τη ζωή και τη λειτουργία του εφήβου τους. Κατά την τρίτη φάση, η εστίαση θα είναι στη φυσιολογική ανάπτυξη του εφήβου και στην αύξηση της αυτονομίας του. Τελευταίο, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, τονίζεται η σημασία των στρατηγικών

πρόληψης της υποτροπής (Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ., 2007. Murray SB, Le Grange D 2014).

Σε μια μελέτη από τη Γαλλία, η συμπληρωματική οικογενειακή θεραπεία βρέθηκε να είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση στη θεραπεία ως συνήθως μετά από ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Οι ασθενείς που έλαβαν αυτή τη θεραπεία είχαν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη γενική έκβαση, τον δείκτη μάζας σώματος και την εμμηνορροϊκή κατάσταση κατά την παρακολούθηση 18 μηνών (Godart N., Berthoz S., Curt F., Perdereau F., Rein Z., Wallier J., Horreard A.S., Kaganski I., Lucet R., Atger F., Corcos M., Fermanian J., Falissard B., Flament M., Eisler I., Jeammet P., 2012).

Σε μια άλλη δοκιμή, η οικογενειακή θεραπεία και η συστηματική οικογενειακή θεραπεία συγκρίθηκαν μεταξύ τους. Στο τέλος της θεραπείας και της παρακολούθησης 1 έτους, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το σωματικό βάρος και τα ποσοστά ύφεσης. Η οικογενειακή θεραπεία συσχετίστηκε με ταχύτερη αρχική αύξηση βάρους, λιγότερες ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο και χαμηλότερο κόστος θεραπείας (Agras W.S., Lock J., Brandt H., Bryson S.W., Dodge E., Halmi K.A., Jo B., Johnson C., Kaye W., Wilfley D., Woodside B., 2014).

Η συστηματική οικογενειακή θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική για ασθενείς με πιο σοβαρά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Ωστόσο, άλλες προσεγγίσεις προσανατολισμένες στην οικογένεια, όπως μια θεραπεία με επίκεντρο τους γονείς, βρίσκονται υπό ανάπτυξη. Στο πρόγραμμα με επίκεντρο τους γονείς, οι ασθενείς κατανέμονται τυχαία σε θεραπεία με επίκεντρο τους γονείς ή σε συνδυασμένη οικογενειακή θεραπεία, με βάση τις ανάγκες της οικογένειάς τους. Ο έφηβος ασθενής επισκέπτεται έναν κλινικό σύμβουλο νοσηλευτή, αλλά οι γονείς υποστηρίζονται επίσης από έναν κλινικό ιατρό ψυχικής υγείας (Hughes E.K., Le Grange D., Court A., Yeo M.S., Campbell S., Allan E., Crosby R.D., Loeb K.L., Sawyer S.M., 2014).

5.1.Πτυχές οικογενειακής αναδιοργάνωσης

Ο Steinglass (1998) περιέγραψε λεπτομερώς τη διαδικασία της οικογενειακής αναδιοργάνωσης γύρω από χρόνιες ασθένειες όπου υπάρχει μια αυξανόμενη διαταραχή της οικογενειακής ρουτίνας, των συνηθισμένων οικογενειακών ρυθμιστικών μηχανισμών, όπου η καθημερινή λήψη αποφάσεων γίνεται όλο και πιο δύσκολη. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να αισθάνονται σαν να έχει σταματήσει ο χρόνος και ότι η ζωή τους

περιστρέφεται γύρω από την ασθένειά. Ωστόσο, οι αντιδράσεις της οικογένειας σε αυτή τη διαταραχή μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με το στυλ και το στάδιο της ζωής της οικογένειας. Αυτό που είναι λιγότερο μεταβλητό είναι πώς η κεντρική θέση της ασθένειας μεγεθύνει ορισμένες πτυχές της δυναμικής της οικογένειας και περιορίζει το εύρος των προσαρμοστικών συμπεριφορών τους. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι οικογένειες αναδιοργανώνονται γύρω από ένα πρόβλημα είναι πιο σημαντικό από το να γνωρίζουμε πώς αναπτύχθηκε το πρόβλημα. Η ικανότητα των οικογενειών να χρησιμοποιούν τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς τους για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος είναι σημαντική.

Οι πτυχές οικογενειακής αναδιοργάνωσης που παρατηρήθηκαν σε οικογένειες που εισήλθαν σε θεραπεία είναι :

1. Ο κεντρικός ρόλος του συμπτώματος στην οικογενειακή ζωή

Η ανορεξία συχνά χαρακτηρίζεται από πολλή ενασχόληση με σκέψεις για το φαγητό και το βάρος. Αυτό είναι παράλληλο με τον τρόπο με τον οποίο τα θέματα διατροφής συχνά παίρνουν στο επίκεντρο της οικογένειας. Με τον καιρό, όλες οι σχέσεις στην οικογένεια καθορίζονται από το φαγητό ή το βάρος. Ακριβώς όπως η νεαρή γυναίκα μπορεί να κρίνει την αυτοεκτίμησή της από το πόσο καλά είναι σε θέση να αντισταθεί στο φαγητό, έτσι και οι διαπροσωπικές σχέσεις βασίζονται στο φαγητό.

2. Στένευση χρόνου εστίαση στο εδώ και στο τώρα

Η οικογένεια είναι αγχωμένη επειδή το πρόβλημα είναι απειλητικό για τη ζωή και περνούν τον περισσότερο χρόνο τους αλληλεπιδρώντας στα γεύματα. Αυτό δυσκολεύει την εστίαση σε οτιδήποτε άλλο, ειδικά στο επόμενο γεύμα. Τα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να εστιάζουν υπερβολικά στο παρόν και οποιαδήποτε διαφωνία στα γεύματα γίνεται πολύ σημαντική. Αυτό γίνεται διαφορετικά ανάλογα με το συνηθισμένο στυλ αλληλεπίδρασης της οικογένειας. Οι οικογένειες που τείνουν να αποφεύγουν τις συγκρούσεις θα επικεντρωθούν στην αποφυγή τυχόν διαφωνιών, ενώ οι οικογένειες που είναι πιο επιρρεπείς σε συγκρούσεις θα επικεντρωθούν στα αισθήματα ενοχής τους.

3. Περιορισμός των διαθέσιμων προτύπων διαδικασιών οικογενειακής αλληλεπίδρασης

Η έλλειψη ευελιξίας στον τρόπο λειτουργίας των οικογενειών τονίζεται συχνά στις θεωρίες για τη λειτουργία της οικογένειας. Αυτό που συνήθως τονίζεται είναι η σημασία της ευελιξίας για να μπορέσει η οικογένεια να αντιμετωπίσει τις αλλαγές του κύκλου ζωής της οικογένειας. Για τον κλινικό ιατρό, η ευελιξία ή η ακαμψία εκδηλώνονται σε αλληλεπίδραση από στιγμή σε στιγμή. Δεν θα πρέπει να υποθέσει κανείς αυτόματα ότι η παρατήρηση της ακαμψίας στην αλληλεπίδραση σημαίνει ότι μια οικογένεια αγωνίζεται να διαπραγματευτεί αλλαγές στον κύκλο ζωής. Το αν η έλλειψη ευελιξίας είναι ένας προϋπάρχων παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών ή απλώς μια απάντηση στο πρόβλημα μπορεί να είναι δύσκολο να προσδιοριστεί (και μπορεί να διαφέρει για διαφορετικές οικογένειες). Είτε έτσι είτε αλλιώς, είναι συχνά ένα από τα πιο αξιοσημείωτα πράγματα όταν κάποιος συναντά για πρώτη φορά μια οικογένεια στο συμβουλευτικό δωμάτιο. Η οικογένεια είναι συχνά «παγωμένη», φοβάται να κάνει οτιδήποτε εκτός της συνηθισμένης ρουτίνας. Ξέρουν ότι αυτό που κάνουν δεν λειτουργεί, αλλά φοβούνται ότι το να κάνουν κάτι διαφορετικό θα μπορούσε να κάνει τα πράγματα χειρότερα.

4. Η ενίσχυση των πτυχών της λειτουργίας της οικογένειας

Όταν έρχονται αντιμέτωπες με την οδυνηρή και τρομακτική φύση της ανορεκτικής συμπεριφοράς, ορισμένες πτυχές της οικογενειακής οργάνωσης γίνονται πιο έντονες. Είναι εύκολο να υποθέσουμε ότι αυτό που παρατηρούμε είναι μια εκδήλωση οικογενειακής δυσλειτουργίας και όχι οικογενειακής προσαρμογής στο πρόβλημα. Για παράδειγμα, υπάρχουν πολλές οικογένειες όπου ο ένας γονέας έχει πολύ πιο στενή σχέση με τα παιδιά από τον άλλο γονέα, ο οποίος μπορεί να έχει πιο περιφερειακό ρόλο στην οικογένεια.

Εάν η συζυγική διαφωνία προηγείται σαφώς της εμφάνισης της διατροφικής διαταραχής, είναι δελεαστικό να πιστεύουμε ότι το πρόβλημα με το γάμο είναι η αιτία της διατροφικής διαταραχής, αλλά αυτό είναι συχνά άστοχο. Η θεραπεία του γάμου μπορεί να μην είναι η απάντηση. Ορισμένες οικογένειες έχουν προβλήματα πριν το άτομο εμφανίσει διατροφική διαταραχή και σε άλλες περιπτώσεις η διατροφική διαταραχή μπορεί να βοηθήσει να κρατηθεί η οικογένεια ενωμένη. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα δύο προβλήματα είναι ξεχωριστά και ότι η αντιμετώπιση του ενός είναι η λύση του άλλου. Όταν κάποιος είναι σοβαρά άρρωστος, η στάση του μπορεί να

αλλάξει και να γίνει πιο ακραία. Αυτό μπορεί να τους κάνει πιο δύσκολο να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στην οικογένεια.

5. Μειωμένη ικανότητα κάλυψης των αναγκών του οικογενειακού κύκλου ζωής

Οι διαδικασίες που περιγράφονται παραπάνω μπορεί να δυσκολέψουν την κάλυψη των αναγκών διαφορετικών μελών της οικογένειας, γεγονός που μπορεί να διαταράξει τη ζωή τους και να τα εμποδίσει από το να κάνουν τις απαραίτητες προσαρμογές για να προχωρήσουν στις μεταβάσεις του κύκλου ζωής της οικογένειας (Carter, McGoldrick, 1989).

6. Η απώλεια της αίσθησης της δέσμευσης (ανικανότητα)

Όταν οι οικογένειες αναζητούν θεραπεία, αισθάνονται πάντα πολύ ανήμποροι και απελπισμένοι. Η νευρική ανορεξία μερικές φορές περιγράφεται ως "διαταραχή ελέγχου" (Fairburn et al., 1999), και πολλοί άλλοι έχουν επισημάνει ζητήματα που σχετίζονται με τον αγώνα ότι η ανορεξία μπορεί να δώσει στον πάσχοντα την αίσθηση πως μόνο μέσω της μη κατανάλωσης τροφής μπορεί να είναι υπό έλεγχο. Το πιο εντυπωσιακό όμως είναι ότι όλοι στην οικογένεια αισθάνονται ότι έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους. Η νίκη στη μάχη με την πείνα μπορεί να δώσει στο άτομο μια σύντομη αίσθηση κυριαρχίας και ελέγχου, αλλά οι διατροφικές διαμάχες που συμβαίνουν την ώρα των γευμάτων έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα, ανεξάρτητα από το πόσο επιτυχώς αντιστέκεται στις προτροπές των γονιών της.

5.2.Φάσεις Θεραπευτικής Προσέγγισης

Η θεραπευτική προσέγγιση έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει την οικογένεια να χρησιμοποιήσει τις φυσικές της ικανότητες για να αντιμετωπίσει προβλήματα.

Φάση 1: Δέσμευση και ανάπτυξη του θεραπευτικού συμβολαίου

Ο θεραπευτής θα ξεκινήσει γνωρίζοντας κάθε μέλος της οικογένειας και προσδιορίζοντας μια εστίαση για τη θεραπεία. Αυτό συνήθως περιλαμβάνει συζήτηση για τις αντιλήψεις της οικογένειας για το πρόβλημα και πώς την επηρεάζει. Ο θεραπευτής προσπαθεί επίσης να συνδεθεί με όλα τα μέλη της οικογένειας, ακούγοντας τις διαφορετικές ιστορίες τους και θέτοντας ερωτήσεις που θα τους επιτρέψουν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους πιο ελεύθερα. Από την αρχή της θεραπείας, ο θεραπευτής θέλει να επικεντρωθεί στις δυνάμεις και τους πόρους της

οικογένειας, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Κατά τη φάση της δέσμευσης, ο θεραπευτής θα επικεντρωθεί στο να βοηθήσει την έφηβη να ξεπεράσει την ανορεξία της, αντί να προσπαθήσει να βρει τη βασική αιτία του προβλήματος. Θα συναντηθούν με την οικογένεια για να λάβουν τη βοήθειά τους, όχι επειδή πιστεύουν ότι η οικογένεια είναι υπεύθυνη, αλλά επειδή γνωρίζουν ότι η οικογένεια μπορεί να είναι ένας ισχυρός σύμμαχος για να βοηθήσει το έφηβο άτομο να αναρρώσει.

Η κύρια εστίαση της οικογένειας όταν εμπλέκεται σε ένα πρόβλημα είναι να καταλάβει ποιο είναι αυτό, πόσο σοβαρό είναι και τι μπορεί να το διορθώσει. Λαμβάνουν επίσης πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της ασιτίας, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν σωματικούς κινδύνους όπως η οστεοπόρωση (Zipfel et al., 2003), αλλαγές στη διάθεση και τις γνωστικές διεργασίες (Channon και De Silva, 1985) και φυσιολογικές επιδράσεις όπως καθυστερημένη γαστρική κένωση (Connan και Stanley, 2003). Η ιατρική αξιολόγηση και η αξιολόγηση κινδύνου είναι πολύ σημαντική σε αυτή τη διαδικασία, γιατί βοηθά την οικογένεια να αισθάνεται ότι υποστηρίζεται και είναι αρκετά ασφαλής ώστε να αναλάβει την ευθύνη για την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης του προβλήματος.

Όταν κάποιος περιγράφει συμπεριφορές διατροφικής διαταραχής, απώλεια βάρους ή άλλα σημάδια ανορεξίας, πολλοί άνθρωποι ανησυχούν. Εάν το άτομο με ανορεξία αρνηθεί ότι υπάρχει πρόβλημα, ο θεραπευτής αναγνωρίζει αυτή τη δυσκολία αλλά ξεκαθαρίζει ότι η υγεία και η ασφάλεια του νεαρού ατόμου προηγούνται. Η ανορεξία είναι ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα και δεν πρέπει να της δίνεται το πλεονέκτημα της αμφιβολίας.

Κατανοώντας τη διατροφική διαταραχή ως μια εξωτερική δύναμη που κυριαρχεί στη ζωή ενός ατόμου, μπορεί να αλλάξει τον τρόπο που βιώνει τις συμπεριφορές και τις εμπειρίες της. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στο να καταλάβει τον λόγο που αισθάνεται εκτός ελέγχου όταν έχει μια διατροφική διαταραχή και μπορεί να ενισχυθεί χρησιμοποιώντας «εξωτερικούς συνομιλητές» (White, 1989) ή σε ομάδες με άλλα μέλη της οικογένειας που παίζουν το ρόλο μιας καταπιεστικής φωνής. Ωστόσο, υπάρχουν πιθανές παγίδες στην υιοθέτηση μιας στάσης ειδικών. Εάν ο θεραπευτής είναι περισσότερο σύμμαχος με τους γονείς, μπορεί να είναι πιο δύσκολο για τον θεραπευτή να είναι αμερόληπτος στη συνεργασία με το νεαρό άτομο. Η επίγνωση αυτών των ζητημάτων και η προθυμία να αντιμετωπιστούν ανοιχτά με την οικογένεια είναι πιο αποτελεσματική από την προσπάθεια αποφυγής τους. Ο προβληματοκεντρικός προσανατολισμός

του θεραπευτή ταιριάζει με την εστίαση της οικογένειας, η οποία βασίζεται στο παρόν και στους κινδύνους που συνδέονται με τα διατροφικά προβλήματα. Ο θεραπευτής έχει επίσης μια μεγαλύτερη προοπτική, με βάση την εμπειρία του από τη συνεργασία με άλλους που έχουν προβλήματα με το φαγητό. Ο θεραπευτής εξηγεί τη φύση της προσφερόμενης θεραπείας και τον ρόλο που συνήθως παίζουν οι οικογένειες σε αυτήν. Τονίζει ότι, σε αυτό το στάδιο της θεραπείας, οι περισσότερες οικογένειες δεν πιστεύουν ότι μπορούν να βοηθήσουν και ότι ο θεραπευτής και η υπόλοιπη ομάδα είναι εκεί για να τις βοηθήσουν.

Φάση 2: Βοηθώντας την οικογένεια να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα

Ορισμένες οικογένειες ανταποκρίνονται γρήγορα, ενώ άλλες ακολουθούν μια σταδιακή, βήμα προς βήμα προσέγγιση. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται οι οικογένειες στην ιδέα ότι οι γονείς πρέπει να έχουν βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση του διατροφικού προβλήματος. Μερικές οικογένειες αισθάνονται ικανές να αποδεχτούν ότι οι γονείς και ο έφηβος παλεύουν με κάτι που έχει εισβάλει στη ζωή τους, ενώ σε άλλες οικογένειες μπορεί να υπάρξουν παρατεταμένες διαπραγματεύσεις που απαιτούν από τον θεραπευτή να αναρωτηθεί εάν γίνονται με την «ανορεκτική φωνή» ή συζήτηση με έναν έφηβο για λογικές εναλλακτικές. Εάν το πρόβλημα συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, και ειδικά εάν οι προσπάθειες αντιμετώπισης της ανορεξίας έχουν οδηγήσει σε αποκάλυπτη κριτική, εχθρότητα ή ακόμα και βία, η οικογένεια μπορεί να αισθάνεται παράλυση, απογοήτευση και θυμό με τον θεραπευτή που δεν τη βοήθησε να αποφύγει καταστάσεις σύγκρουσης.

Σε αυτό το στάδιο, πολλοί γονείς θέλουν λεπτομερείς οδηγίες για το πώς να διαχειρίζονται τις ώρες των γευμάτων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα με την περιγραφή μιας σειράς πραγμάτων που έχουν δοκιμάσει άλλες οικογένειες, όντας σαφές ότι αυτό που λειτουργεί για μια οικογένεια δεν λειτουργεί πάντα για όλους. Στο παρελθόν, υποστηρίχθηκε η χρήση οικογενειακών γευμάτων ως μέρος του πρώιμου σταδίου της θεραπείας, προκειμένου να μπορέσουν να παρατηρήσουν από πρώτο χέρι πώς διαχειρίζεται η οικογένεια τις ώρες των γευμάτων και να μπορούν να παρέμβουν άμεσα για να υποστηρίξουν τους γονείς να ξεπεράσουν την ανορεξία. Αυτές οι συνεδρίες συχνά κατέληγαν να είναι άκρως συγκρουσιακές και θεωρήθηκαν από πολλές οικογένειες ως μη χρήσιμες (Squire-Dehouck, 1993). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η συνδυασμένη οικογενειακή θεραπεία που περιελάμβανε ένα οικογενειακό γεύμα και τη χωριστή οικογενειακή θεραπεία ήταν εξίσου αποτελεσματικές (Le Grange et al., 1992). Στο πολυήμερο πρόγραμμα της

οικογένειας, τα κοινά οικογενειακά γεύματα αποτελούν σημαντικό μέρος του προγράμματος και προτείνουν στα μέλη της οικογένειας που εμφανίζονται χωριστά να μπορούν να μοιραστούν ένα γεύμα για να βοηθήσουν στην επιτάχυνση της προόδου τους. Αυτή η φάση του προγράμματος είναι διαφορετική από την κανονική οικογενειακή θεραπεία και έχει μεγαλύτερη ένταση. Η κοινή εμπειρία μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία μιας ομαδικής συνοχής και μιας υποστηρικτικής ατμόσφαιρας στην οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες και να δοκιμάζονται νέα πράγματα χωρίς να παραλύονται από τον συνηθισμένο φόβο ότι «κάνεις κάτι διαφορετικό για να τα κάνεις χειρότερα». Αν και κάθε οικογένεια γενικά παραμένει εστιασμένη στο δικό της εδώ και τώρα, σύντομα συνειδητοποιούν ότι κάθε μία από τις άλλες οικογένειες βρίσκεται σε μια κάπως διαφορετική φάση.

Το Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα βοηθά τις οικογένειες να διευρύνουν το χρονικό τους πλαίσιο και να σκεφτούν νέους τρόπους για να βοηθήσουν τον έφηβό τους στο φαγητό. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το πρόγραμμα παρέχει έναν τρόπο προσέγγισης του προβλήματος για ενίσχυση του εφήβου με πολλούς τρόπους, όπως κοινά οικογενειακά γεύματα με υποστήριξη προσωπικού, παιχνίδια ρόλων με γονείς και νέους που ανταλλάσσουν ρόλους, ομαδικές συζητήσεις γονέων σχετικά με κόλπα που παίζει η ανορεξία και περισσότερο (Eisler et al., 2003. Scholz et al., 2005).

Φάση 3: Διερεύνηση θεμάτων ατομικής και οικογενειακής ανάπτυξης

Στη Φάση 3, το επίκεντρο της θεραπείας γίνεται πιο γενικό και λιγότερο ειδικό στις ανησυχίες της διατροφής. Οι γονείς μαθαίνουν να χαλαρώνουν λίγο σχετικά με την πρόσληψη τροφής της έφηβης τους και να βλέπουν τα πράγματα από μια ευρύτερη οπτική. Στην αρχή, μπορεί ακόμα να ανησυχούν για τυχόν αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, αλλά είναι πιο πιθανό να μπορούν να συζητήσουν ανοιχτά διαφωνίες και συγκρούσεις με την έφηβη κόρη τους.

Οι γονείς μπορεί να είναι απρόθυμοι να αφήσουν τον έλεγχο της διατροφής και του βάρους του παιδιού, παρόλο που αυτό μπορεί να συνδυαστεί με τους φόβους και τις αβεβαιότητες του ίδιου για το πώς θα είναι η ζωή χωρίς ανορεξία. Προκειμένου να βοηθηθεί το άτομο να εξερευνήσει την ανεξαρτησία, την ταυτότητα και την αυτοεκτίμησή του, είναι σημαντικό να μην υποθέσει αυτόματα ότι αυτά τα ζητήματα σχετίζονται με την υποκείμενη διαταραχή. Συχνά το μόνο που χρειάζεται είναι να μιλήσουμε για φυσιολογικά αναπτυξιακά ζητήματα που έχουν τεθεί σε αναμονή λόγω της ανορεξίας. Καθώς η ανορεξία επικρατεί, οι οικογένειες μπορεί αρχικά να

κοιτάζουν πίσω σε μια εποχή πριν τη διαταραχή, ενώ το να κοιτούν μπροστά στο μέλλον μπορεί να αισθάνεται λιγότερο σίγουρο και απαιτεί έναν βαθμό αυτο-στοχασμού που υπό κανονικές συνθήκες μπορεί να μην χρειάστηκε να υποστεί.

Διερευνώντας το υπόβαθρο της οικογένειάς, τις οικογενειακές αξίες και το πολιτισμικό πλαίσιο, μπορεί να βοηθήσει να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις εμπειρίες τους ως οικογένεια. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε αυτή τη φάση, όταν εστιάζουν στις δυνάμεις και την ανθεκτικότητα, μέσω διαφορετικών παρεμβάσεων για την κάλυψη διαφορετικών χρονικών πλαισίων, όπως τη δημιουργία πιθανών ερωτήσεων, την παρατήρηση της συζήτησης διάφορων θεμάτων των γονέων από τον έφηβο και ούτω καθεξής. Αυτό ίσως να είναι χρήσιμο σε οικογένειες όπου τα θέματα φαίνονται πολύ δύσκολα για να τα συζητήσουν. Η μετάβαση σε ένα διαφορετικό χρονικό πλαίσιο μπορεί να αλλάξει την ένταση και την αμεσότητα των συναισθημάτων που εμπλέκονται, γεγονός που μπορεί να επιτρέψει τη συζήτηση θεμάτων που διαφορετικά θα μπορούσαν να είναι πολύ απειλητικά ή να προκαλούσαν ενοχές. Για παράδειγμα, οι έφηβοι μπορεί να κληθούν να φανταστούν ότι έχουν περάσει είκοσι χρόνια και γράφουν ένα άρθρο (ή κάνουν μια ταινία βίντεο) σχετικά με τις εμπειρίες τους όταν αναρρώνουν από την ανορεξία και πώς άλλαξαν οι ζωές και οι σχέσεις τους. Αυτές οι εμπειρίες μπορούν να διερευνηθούν κάνοντας γλυπτά της οικογένειας, χαρτογραφώντας πώς επηρεάζονται διαφορετικά μέλη της οικογένειας από τη σταδιακή εξαφάνιση της ανορεξίας και παίρνοντας συνεντεύξεις από τους εφήβους ως ομάδα ως ένας από τους γονείς τους.

Φάση 4: Λήξη και συζήτηση μελλοντικών σχεδίων

Η λήξη της θεραπείας είναι και πάλι αρκετά μεταβλητή. Μερικές οικογένειες πρέπει απλώς να αναλογιστούν τι έχουν μάθει και πόσο μακριά έχουν φτάσει. Για άλλες οικογένειες, η διαδικασία τερματισμού της θεραπείας μπορεί να τονίσει τους παραλληλισμούς μεταξύ της ενηλικίωσης και της ανεξαρτησίας και τη δυσκολία που μπορεί να έχουν οι γονείς να ανακτήσουν τον έλεγχο της διατροφής του παιδιού τους. Το τέλος της θεραπείας μπορεί να παραταθεί όταν αυτές οι διαδικασίες προβάλλουν τις επιθυμίες του ίδιου του θεραπευτή μέχρι να «λυθούν όλα τα προβλήματα». Οι συζητήσεις σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για το εάν επανεμφανιστούν προβλήματα διατροφής και η επιστροφή σε ζητήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας μπορεί να είναι σημαντικές σε αυτό το στάδιο. Για όσους συμμετέχουν σε ένα ομαδικό πρόγραμμα πολλών οικογενειών, το τέλος της ομάδας και το τέλος της θεραπείας μπορεί να αποτελούν ξεχωριστά

γεγονότα. Η ομάδα της οικογένειας μπορεί να επινοήσει ένα τελετουργικό για να σηματοδοτήσει το τέλος της ομάδας ή οι γονείς και ο έφηβος μπορούν να το κάνουν μεμονωμένα. Ο τερματισμός της ομάδας δεν είναι ταυτόχρονος με τον τερματισμό της θεραπείας.

5.3. Παράγοντες που επιρεάζουν την θεραπεία

Η θεραπεία με βάση την οικογένεια (Lock, Le Grange, 2013) θεωρείται η πιο αποτελεσματική θεραπεία έφηβων ασθενών με νευρική ανορεξία (Lock, 2015) και θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής εξωτερικών ασθενών (Ciao, Accurso, Fitzsimmons-Craft, Lock, Le Grange, 2015. Couturier, Kimber, Szatmari, 2013) όπως προαναφέρθηκε, αλλά δεν είναι αποτελεσματική για όλους τους ασθενείς. Οι ερευνητές διερευνούν παράγοντες που μπορεί να ενισχύσουν ή να εμποδίσουν την ανάρρωση του ασθενούς. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα.

Η ποιότητα των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων και η σχέση μεταξύ ενός φροντιστή και ενός ανορεκτικού συγγενή μπορεί να χαρακτηριστεί από τα συναισθήματα που εκφράζουν τα μέλη της οικογένειας (Brown, Rutter, 1966. Hodes, Dare, Dodge, Eisler, 1999. Vaughn, Leff, 1976). Τα μέλη της οικογένειας που εκφράζουν πολλά συναισθήματα είναι γενικά επικριτικά, εχθρικά ή/και συναισθηματικά υπερβολικά άτομα (Rienecke, Accurso, Lock, Le Grange, 2016). Κατά την αξιολόγηση των εκφραζόμενων συναισθημάτων μέσα στις οικογένειες, αξιολογούνται οι στάσεις, τα συναισθήματα και τα συναισθήματα που εκφράζονται από μέλη της οικογένειας προς τον ασθενή (Rein et al., 2006). Οι πιο κοινές μέθοδοι πρόσωπο με πρόσωπο που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των εκφραζόμενων συναισθημάτων είναι Οικογενειακή Συνέντευξη Camberwell (CFI. Vaughn & Leff, 1976), η Standardized Clinical Family Interview (SCFI; Kinston, Loader, 1984) και το Five Minute Speech Sample (FMSS. Magana, Goldstein, Karno, Miklowitz, 1986).

Συμπερασματικά, η θεραπεία για τη νευρική ανορεξία απαιτεί συχνά μια πολυδιάστατη προσέγγιση, που περιλαμβάνει, διατροφική αποκατάσταση, ψυχολογική βοήθεια και αν ενδείκνυται απαραίτητο φαρμακολογική παρέμβαση. Συχνά, αυτό απαιτεί τη βοήθεια μιας νοσοκόμας, καθώς πολλά άτομα με νευρική ανορεξία είναι πολύ υποσιτισμένα. Η οικογενειακή θεραπεία είναι σημαντική για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας σε παιδιά και εφήβους, αλλά μπορεί να είναι δύσκολο για τις οικογένειες να συμμετάσχουν στη θεραπεία εάν είναι χωρισμένοι, διαζευγμένοι ή ζουν μακριά.

6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για να ληφθεί θεραπεία για την ανορεξία, ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τα πάντα για τη διαταραχή και τα συμπτώματα του ατόμου. Πρέπει επίσης να έχουν καλή σχέση με τον ασθενή, ώστε να μπορούν να συνεργαστούν για να καταλήξουν σε ένα σχέδιο θεραπείας, το οποίο είναι πρόβων να περιλαμβάνει ατομική θεραπεία, ιατρική, ψυχιατρική θεραπεία και οικογενειακή θεραπεία. Ο στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει το άτομο να ανακτήσει το κανονικό βάρος και τις διατροφικές του συνήθειες. Επιπλέον, η θεραπεία θα επικεντρωθεί στον εντοπισμό και τη θεραπεία τυχόν υποκείμενων ψυχολογικών, γνωστικών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων που μπορεί να προκαλούν το άτομο να αγωνίζεται με το βάρος του. Αυτό θα βοηθήσει να διατηρηθεί ισχυρό το αποτέλεσμα της θεραπείας και θα βοηθήσει το άτομο να αποφύγει οποιαδήποτε μελλοντική ανάκτηση βάρους.

Επίσης οι στόχοι που συνιστώνται για τη θεραπεία είναι να :

1. Βοηθηθεί ο ασθενής στο να αναγνωρίσει και να αλλάξει τις ανθυγιεινές σκέψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές του,
2. Ανακτήσει το βάρος του σε επιθυμητό επίπεδο,
3. Προσαρμοστεί σε μία πιο ισορροπημένη και με κανονικές θερμίδες διατροφή,
4. Γίνει διάγνωση και θεραπεία των επιπλοκών που προκύπτουν από την αστία και τις συμπεριφορές που την διατηρούν.
5. Παρέμβει στο σύνολο της οικογένειας με στόχο τη συνεργασία τους και την αποφυγή των μεταξύ τους προβλημάτων,
6. Επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει ισχυρότερη αυτονομία και ταυτότητα, να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση και να αποτρέψει οποιαδήποτε μελλοντική υποτροπή.

6.1.Αποκατάσταση του βάρους

Ένας από τους κύριους στόχους της θεραπείας πρέπει να είναι η αποκατάσταση του φυσιολογικού σωματικού βάρους του ασθενούς. Αυτό θα τους βοηθήσει να βελτιώσουν την αναπαραγωγική τους λειτουργία, ενώ τα γεύματα και η θερμιδική πρόσληψη θα πρέπει να καθορίζονται από διαιτολόγο ή γιατρό κατά την έναρξη της θεραπείας, σε συμφωνία με τον ασθενή. Κάθε δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνει ομάδες τροφίμων που περιέχουν υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη, λαχανικά και φρούτα. Η θερμιδική πρόσληψη του ασθενούς θα πρέπει να ξεκινά περίπου από 30 έως 40 kcal/kg την ημέρα, αλλά μπορεί να υπάρχουν περιπτώσεις όπου παρατηρείται αύξηση σε 70 έως 100 kcal/kg κατά τη φάση αύξησης βάρους, με στόχο την εξισορρόπηση του σε 40 έως 60 kcal./kg την ημέρα κατά την περίοδο διατήρησης του βάρους. Ο υπολογισμός του στοχευόμενου βάρους βασίζεται στη χρήση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), που είναι το πηλίκο του βάρους σε γραμμάρια δια το τετράγωνο του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος ΔΜΣ πρέπει να είναι 20. Για ασθενείς ηλικίας 14 έως 15 ετών, ο ΔΜΣ πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 και 19,5. Για ασθενείς των οποίων η ηλικία είναι μικρότερη των 14 ετών, ο υπολογισμός βασίζεται σε ειδικούς πίνακες (Touyz and Beumont 1997, Crisp et al. 1994).

Σε ακραίες περιπτώσεις ασθενών των οποίων το βάρος κυμαίνεται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, μπορεί να είναι απαραίτητη η ενδονοσοκομειακή θεραπεία και η συνολική θεραπεία, με στόχο την αύξηση του σωματικού τους βάρους. Έτσι δημιουργούνται περιπτώσεις νοσηλείας, είτε σε ψυχιατρική μονάδα είτε σε παθολογική, με κάθε νοσηλεία να γίνεται ανάλογα με την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και την ικανότητα του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής νοσηλείας, αυτή πρέπει να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένες ψυχιατρικές κλινικές με έμπειρο και καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. (Βάρσου, 2000).

6.2.Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Το εξειδικευμένο προσωπικό πρέπει να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και να μετράει διαρκώς την ποσότητα των υγρών που λαμβάνει ή χάνει. Εάν το βάρος του ασθενούς αυξηθεί, υπάρχει πιθανότητα να εμφανίσει οίδημα, οπότε το προσωπικό τον παρακολουθεί συνεχώς. Επιπλέον, προκειμένου να αποφευχθεί μια πιθανή επιπλοκή όπως η συμφορητική

καρδιακή ανεπάρκεια, θα παρακολουθούν επίσης τα γαστρεντερικά προβλήματα του ασθενούς (Βάρσου, 2000). Η νευρική ανορεξία μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από επιπλοκές, όπως διαταραχές ηλεκτρολυτών, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια. Εάν κάποια από αυτές τις επιπλοκές γίνει σοβαρή, ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί, και να σιτίζεται μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, απαραίτητος για να τους βοηθήσει να αναρρώσουν. Στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, είναι σημαντικό ο ασθενής να επιστρέψει σε ένα υγιές βάρος παρέχοντάς του μια υγιεινή διατροφή. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την τήρηση των μεθόδων που αναφέρονται παραπάνω για όσο διάστημα είναι απαραίτητο (Beumont et.al., 1993).

6.3. Ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες περί θεραπείας (Hay et al. 2014), τις συστηματικές ανασκοπήσεις (Lock et al. 2015) και τις αναφορές που έγιναν πρόσφατα (Schmidt et al. 2015, Zipfel et al. 2014), η ψυχοθεραπεία είναι η καλύτερη θεραπεία για άτομα με νευρική ανορεξία. Δεν είναι σαφές ποιο είδος θεραπείας είναι καλύτερο για ενήλικες, επομένως συνιστάται μια θεραπεία που συνδυάζει την αποκατάσταση βάρους και έναν συγκεκριμένο τύπο ψυχοθεραπείας. Για τους εφήβους όμως, η οικογενειακή θεραπεία είναι η καλύτερη επιλογή (Hay et al. 2014 , Εμμανουηλίδου 2011).

Η διαδικασία της εν λόγω θεραπείας, βασίζεται σε μερικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και στοχεύει στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης καθώς και στην εκμάθηση στρατηγικών που θα βοηθήσουν τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν πιθανές δυσκολίες. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην ψυχοθεραπεία εφαρμόζονται μόλις ο ασθενής είναι σε θέση να τις αποδεχτεί. Η διάρκεια της ψυχοθεραπείας συνήθως καθορίζεται από την ψυχική και σωματική κατάσταση του ασθενούς, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει αρκετά χρόνια.

Γενικά θεωρείται ότι η διαδικασία της ψυχοθεραπείας είναι πιο επιτυχής αφού έχει αντιμετωπιστεί η νευρική ανορεξία και έχει αποκατασταθεί το βάρος του ασθενούς. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ταυτόχρονη πρόοδο της αύξησης βάρους του ασθενούς (Crisp et.al., 1991). Ο ρόλος της μεθόδου ψυχοθεραπείας είναι να μειώσει ή ακόμα και να εξαλείψει τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενούς, όπως φόβος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, κακή εικόνα του εαυτού του κ.λπ. Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να παρέχει σωστή ψυχολογική υποστήριξη

στον ασθενή του και να τον ενθαρρύνει ώστε να ξεπεράσει τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει (Βάρσου, 2000).

6.4.Οικογενειακή παρέμβαση

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα που μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας είναι η συμμετοχή της οικογένειας. Πρώτον, είναι σημαντικό για την οικογένεια να κατανοήσει πόσο σημαντική είναι η συμβολή και η συμμετοχή της. Ταυτόχρονα, η οικογένεια δεν πρέπει να έχει αρνητική εικόνα για τον ασθενή και θα πρέπει να μπορεί να συνεργάζεται παραγωγικά για να βοηθήσει τον ασθενή να αναρρώσει. Η πρώτη φάση της θεραπείας περιλαμβάνει συνήθως την ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τη θεραπεία και το τι θα περιλαμβάνει. Αυτό γίνεται χωρίς την παρουσία του ασθενούς. Στη συνέχεια, ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, μπορεί να ακολουθήσει θεραπεία. Τέλος, είναι σημαντικό να τονίσουμε στην οικογένεια ότι η θεραπεία είναι μια ομαδική προσπάθεια και οι ασθενείς θα αποφασίσουν από κοινού πώς θα διεξαχθεί η θεραπεία.

6.5.Συμπεριφοριστική- Γνωσιακή θεραπεία

Η συμπεριφορική-γνωστική θεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας που βασίζεται στην ιδέα ότι οι σκέψεις μπορούν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη διάθεση και την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Συνήθως αποτελείται από 10-15 συνεδρίες και συνήθως είναι σύντομη επειδή επικεντρώνεται στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται το άτομο. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της διάθεσης και της ψυχικής κατάστασης. (Πιάνος, Κ. , 1989). Οι ασθενείς σε αυτές τις ομάδες μοιράζονται τα συναισθήματα και τις ιδέες τους με άλλα άτομα, κάτι που τους βοηθά να μάθουν για τα προσωπικά τους προβλήματα και πώς να τα αντιμετωπίζουν. Οι θεράποντες ιατροί βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν ορισμένα σημαντικά πράγματα για τον εαυτό τους, όπως η αυτοεκτίμηση, η ανεξαρτησία και η αυτονομία τους (Venisse, Jean-Luc. ,1987). Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία για τη νευρική ανορεξία βασίζεται στην ιδέα ότι τα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν αναπτύξει συνήθειες τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς γύρω από το φαγητό. Η πρώτη φάση της θεραπείας διδάσκει στον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί γνωστικές τεχνικές για να αλλάξει τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του σχετικά με το φαγητό, ενώ παράλληλα αξιολογείται το κίνητρο του ασθενούς να συμμετάσχει στη θεραπεία και εξετάζεται τυχόν απροθυμία να σταματήσει η ανορεξία. Στη δεύτερη φάση, ο ασθενής μαθαίνει

για τα οφέλη της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και πώς μπορεί να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις των δυσλειτουργικών σκέψεων. Η τρίτη φάση της θεραπείας επικεντρώνεται στο να βοηθήσει τον ασθενή να αποφύγει την υποτροπή (Bulik, C.M. , Carter, F.A. , Frampton, C. , et al. ,2005).

6.6.Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι το πρώτο βήμα στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Εάν ένα άτομο είναι σε θέση να επιμείνει σε μια υγιεινή διατροφή και να ασκηθεί, μπορεί να είναι σε θέση να αποφύγει την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (Venisse, JeanLuc. , 1987). Οι ενδείξεις για εισαγωγή είναι α. η επικίνδυνη απώλεια βάρους, β. Συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού, γ. Δυσλειτουργία του οργανισμού, δ. υποθερμία, ε. Απώλεια υγρών του σώματος, ζ. Προβλήματα ηλεκτρολυτών, η. Μη επιτυχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας. (Στρατουδάκης, Γ. , Τζανάκης, Ε. ,2004) Δίνεται αρχικά η ευκαιρία στο άτομο να ανακτήσει τις ψυχικές και σωματικές του δυνάμεις, ώστε να αναλάβει την ευθύνη για την αύξηση του βάρους, με την υποστήριξη του διαιτολόγου και του νοσηλευτικού προσωπικού. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, κάνει ελαφρές ασκήσεις, συνομιλεί με εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και παρακολουθεί ομάδες συζήτησης με άλλα άτομα, ανταλλάσσοντας απόψεις και σκέψεις για να το βοηθήσει να καταλάβει τη σοβαρότητα της ασθένειας. Ενθαρρύνεται επίσης να ασχολείται με ενδιαφέροντα πράγματα όπως χειροτεχνίες, ζωγραφική και δακτυλογράφηση, που αποσπούν την προσοχή και βοηθούν την ψυχολογική αποκατάσταση. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά σε αυτή την προσέγγιση (Abraham S. , Llewellyn-Jones D. ,1990).

6.7.Διαιτολογική αντιμετώπιση

Ο στόχος της θεραπείας της νευρικής ανορεξίας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να φτάσει σε ένα υγιές βάρος. Οι διατροφολόγοι παίζουν σημαντικό ρόλο βοηθώντας τους ανθρώπους να κατανοήσουν την υγιεινή διατροφή και να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Συνεργάζονται με τους ασθενείς για να προγραμματίσουν την πρόσληψη θερμίδων και τους βοηθούν να φτάσουν στο ιδανικό τους βάρος. (Tsuboi, K. 2005). Ένα διαιτητικό ιστορικό, που λαμβάνεται από διαιτολόγο, είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της συνήθους διατροφικής πρόσληψης σε ασθενείς με νευρική ανορεξία (Hadigan, C.M. et al, 2000). Οι ασθενείς συνήθως υπερεκτιμούν την πρόσληψη τροφής, επομένως το βάρος τους είναι ένας εύκολος τρόπος

για να διαπιστώσουν εάν παίρνουν αρκετή ενέργεια. Το διατροφικό ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική διαχείριση, όπως η πρόσληψη υγρών, η κατανάλωση καφεΐνης, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η χρήση συμπληρωμάτων βιταμινών (Department of Health, 1991).

Υπάρχει μια λεπτή ισορροπία που πρέπει να επιτευχθεί στην επανατροφοδότηση ενός ατόμου που υποσιτίζεται. Το πολύ φαγητό μπορεί να είναι συντριπτικό και να οδηγήσει σε αρνητικές ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις, ενώ το πολύ λίγο μπορεί να τους αφήσει με ανεπαρκή θρεπτικά συστατικά. Σε περιπτώσεις χρόνιας ασιτίας, οι ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού καταστέλλονται ως αποτέλεσμα της εξάντλησης της κυτταρικής μάζας και μιας πιο συντηρητικής μεταβολικής απόκρισης. Αυτό σημαίνει ότι είναι δυνατό να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής ενός ατόμου, με την προϋπόθεση ότι αυτό γίνεται με τρόπο που δεν το κατακλύζει. (Strober, M. , 1997).

6.8.Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η φαρμακοθεραπεία έχει δευτερεύοντα ρόλο στη θεραπεία της ανορεξίας και δεν πρέπει να θεωρείται ως μοναδική παρέμβαση (Hay et al. 2014). Ο κύριος σκοπός των φαρμακευτικών θεραπειών για τη νευρική ανορεξία είναι να βοηθήσουν το άτομο να πάρει βάρος και να μειώσει τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής και η ενασχόληση με ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές (Εμμανουηλίδου 2011). Τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας σε άτομα που έχουν αποκτήσει εμμονή με την εικόνα του σώματός τους. Αυτά τα φάρμακα λειτουργούν για να επαναφέρουν τους ασθενείς σε ένα φυσιολογικό βάρος και μπορεί να βοηθήσουν στη βελτίωση της ανορεξικής λογικής. Ωστόσο, αυτά τα φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρά ιατρικά προβλήματα, καθώς μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές.

Έτσι, επί του παρόντος, δεν υπάρχει αποδεδειγμένη φαρμακολογική θεραπεία που να δείχνει μακροπρόθεσμα οφέλη για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας (Hay et al. 2014, Watson et al. 2013, Hay et al. 2012) αν και πιθανό μια υποομάδα των ασθενών να μπορεί να ωφεληθεί με τη μορφή κάποιας μείωσης των συμπτωμάτων (Dold et al. 2015).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham S. & Llewellyn-Jones D. (1990). Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής, Αθήνα : Χατζηνικολής.
- Agathonos, Georgopoulou E. (1997), “Child Maltreatment in Greece: A Review of research”, Child Abuse Review, Vol.6: 257-271
- Agras WS, Lock J, Brandt H, Bryson SW, Dodge E, Halmi KA, Jo B, Johnson C, Kaye W, Wilfley D, Woodside B (2014) Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. JAMA Psychiatry 71:1279–1286. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1025
- Allan, E., Le Grange, D., Sawyer, S. M., McLean, L. A. & Hughes, E. K. (2018). Parental Expressed Emotion During Two Forms of Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. EUROPEAN EATING DISORDERS REVIEW, 26 (1), pp.46-52. [https:// doi.org/10.1002/erv.2564](https://doi.org/10.1002/erv.2564).
- Altman SE, Shankman SA, (2009). What is the association between obsessivecompulsive disorder and eating disorders. Clin Psychol Rev, 29(7):638- 46.
- American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Washington
- American Psychiatric Association (APA). (2015). DSM-5, Supplement to Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist, 55, 469–480. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Asher, S. R., and J. D. Coie. (1990). Peer Rejection in Childhood. Cambridge: Cambridge University Press.
- Attia E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. Annu Rev Med

- Attia, E. et al. (2011). Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 41, 2177–2182 .
- B.H. Dahlmann , A. van Elburg , J.C. Fornieles , U. Schmidt., (2015). ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa—a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 24:1153–1167. DOI 10.1007/s00787-015-0748-7
- Bauer, K. et.al., (2009). Fast food intake among adolescents: secular and longitudinal trends from 1999 to 2004. *Prev Med*, Issue 48, pp. 284-287
- Bere E, van Lenthe F, Klepp KI, Brug J. (2008). Why do parents' education level and income affect the amount of fruits and vegetables adolescents eat. *Eur J Public Health* ,18(6):611-5.
- Berger M. Mette M. D. and Shenkin Alan Ph. D., F.R.C.Path. (2006). Vitamins and trace elements: Practical aspects of supplementation. *Nutrition.* 22 (9): 952-955
- Berger, S., 2008. The developing person through the life span.
- Berrettini, W. , Fichter , M. , Halmi, K. , Kaplan, A. , Kaye, W. , Strober, M., Sunday, S. , Treasure, J. & Woodside, D. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American journal Psychiatry* ,157, 1799-1805.
- Beumont PJV.(2002): Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 162-170
- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 14(8):434-41.
- Brauner, C. B., and C. B. Stephens. (2006). “Estimating the Prevalence of Early Childhood Serious Emotional/Behavioral Disorders: Challenges and Recommendations.” *Public Health Reports* 121 (3): 303–310.

- Bridges, K., Goldberg, D., Evans, B., & Sharpe, T. (1991) Determinants of Somatization in Primary Care. *Psychological Medicine*. 21(2), 473-483.
- Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19(3), 241-263. doi: 10.1177/001872676601900301
- Bruch Hilde (1982) *Anorexia Nervosa : Therapy and Theory* Am. Journal of Psychiatry
- Bruch, H. (1977) Psychological antecedents of Anorexia Nervosa, in: R.A. Vigersky (Ed.) *Anorexia Nervosa*, pp. 1-10, New York, Raven press.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 212–217. <https://doi.org/10.1177/070674378102600402>
- Bruch, H. (1982). Treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 303–312.
- Bulik, C.M. , Hoek, H.W. , Kaprio, J. , Keski-Rahkonen, A. , Linna, M.S. , Raevuori, A. , Rissanen, A. & Sihvola, E. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry* ,164, 1259–1265.
- Butte, N., (2003). Fat Intake of children in relation to energy requirements. *Am J Clin Nut*, Issue 75, pp. 1245-1252
- Carter, B. and McGoldrick, M. (eds) (1989) *The Changing Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy* (2nd edn). London: Allyn & Bacon.
- Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. W. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 89–103.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*, New York: Guilford Press.

- Cash, T., & Smolak, L. (2011). *Body image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Channon, S. and De Silva, W. P. (1985) Psychological correlates of weight gain inpatients with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19: 267– 271.
- Child Study Center. (2002). Adolescence and body image: What's typical and what's not. *Child Study Center Letter*, 6(4). (Ημ. πρόσβασης 09/05/2014) από <http://www.aboutourkids.org>
- Christogiorgos, S., Tzikas, D., Widdershoven-Zervaki, M., Dimitropoulou, P. Athanassiadou. E., & Giannakopoulos, G. (2013). Hypochondriacal Anxieties in Adolescence. *The Open Psychology Journal*, 6, 6-9.
- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 81-90. doi: 10.1002/eat.22314
- Clarke, L. H. (2002). Older women's perceptions of ideal body weights: The tensions between health and appearance motivations for weight loss. *Aging and Society*, 22, 751-773.
- Clinical Psychologists [Tender Documents : T32338003]. MENA Report, Albawaba (London) Ltd., Mar. 2016, p. n/a.
- Cole M. & Cole S. (2002) *Η ανάπτυξη των παιδιών, Τόμος Γ, Εφηβεία, Αθήνα, Αυτοέκδοση.*
- Connan, F. and Stanley, S. (2003) Biology of appetite and weight regulation. In J. Treasure, U. Schmidt and E. van Furth (eds) *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research* (2nd edn). London: Wiley
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis.

- Crisp A.H (1997) Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Treatment based on the Model, in Garner D, Garfinkel P. Handbook of Treatment to Eating Disorders
- Crisp AH, Hsu LK, Harding B, Hartshorn J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. *J Psychosom Res.*24(3-4):179-91. doi: 10.1016/0022-3999(80)90040-9. PMID: 7441586
- Crisp AH, Hsu LKG, Harding B, Hartshorn J (1980) Clinical features of anorexia nervosa, *Journal of Psychosomatic Research*
- Crisp, A. H., & Kalucy, R. S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology.*
- Cusantis, D. & Shannon, B., (1996). Influences on adolescent eating behavior. *J. Adolescent Health*, pp. 27-34.
- Dahan J., Lamy A., (2008). Γονιός μόνος στο σπίτι . Αθήνα. Εκδόσεις Κριτική.
- Dare C., Crowther C. (1995) Psychodynamic models of Eating Disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) *Handbook of Eating Disorders* pp
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Davison, K.K Markley C.N. & Birch, L (2003). A longitudinal examination of patterns in girls eight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 128-133
- De Mathis MA, et al. (2008) Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry*, 23(3):187-94.
- Dixon, S. R., Gill, M. W. J., & Adair, A. V. (2003). Exploring Paternal Influences on the Dieting Behaviors of Adolescent Girls. *Eating Disorders*, 11, 39-50. DOI: 10.1080/10640260390167474
- Dizenhonz, Israel M., (x.x), “Children and Divorce”, *Varietes of Family Structure*

- Dold, M., Aigner, M., Klabunde, M., Treasure, J. & Kasper, S. (2015). Second-generation antipsychotic drugs in anorexia nervosa: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother. Psychosom.* 84, 110–116.
- Donald E Greydanus, Καφετζής, Δ. Α. & Τσιτσίκια, Α. Κ., (2011). Εφηβεία η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων. s.l.:s.n.
- Donald W. Black ,MD, and Nancy C. Andreasen M.D.,Ph., “Introductory textbook of psychiatry, 5h Edition, 12 : 359-374 , 19 : 503-524
- Duclos, Jeanne, et al. (2018). “Predictive Factors for Outcome in Adolescents with Anorexia Nervosa: To What Extent Does Parental Expressed Emotion Play a Role?” *PLoS One*, vol. 13, no. 7, Public Library of Science, p. e0196820.
- Eisler, I., Le Grange, D. and Asen, K. (2003) Family interventions. In J. Treasure, U. Schmidt and E. van Furth (eds) *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research* (2nd edn). London: Wiley.
- Eisler I, Simic M, Hodsoll J, Asen E, Berelowitz M, Connan F, Ellis G, Hugo P, Schmidt U, Treasure J, Yi I, Landau S. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/s12888-016-1129-6.
- Elder, G. H. Jr (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69, 1–12. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/1132065>
- Elvins, R. , Gowers, S.G. , Shore, A. & Weetman, J. (2000). Impact of hospitalization on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* ,176, 138-141.
- Erikson, E. H. (1950).*Childhood and society*.W.W Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1–171.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton

- Fairburn, C. G., Shafnan, R. and Cooper, Z. (1999) A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37: 1–13.
- Fischer, S. (1986). *Development and Structure of the Body Image (Vol 1)*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Republished, 2014 by Psychology Press, Taylor & Francis Group. New York & London.
- Fisher, S. (1990) The Evolution of Psychological Concept about the Body. In: Cash, T.F. and Pruzinstky, T., Eds., *Body Images: Development, Deviance, and Change*, Guilford Press, New York.
- Fonseca, H., Ireland, M., & Resnick, M.D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 441–448
- Furnham, A., & Husain, K. (1999). The Role of conflict with parents in disordered eating among British Asian Girls. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, (34) 498-505.
- Garner D (1997) Psychoeducational principles in Treatment. In: Garner D, Garfinkel P, eds. *Handbook of Treatment for: Eating Disorders*
- Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel E.P. (1982) The Eating Attitudes test. Psychometric features and clinical correlates. *Psych Medicine*
- Garner, D. M. (1986). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *The Clinical Psychologist*, 39(2), 36–39.
- Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M, Liosis G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 30(1):21-8.
- Glorio R, Allevato M, De Pablo A, et al. (2000). Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol*. 39:348-53.

- Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, Horreard AS, Kaganski I, Lucet R, Atger F, Corcos M, Fermanian J, Falissard B, Flament M, Eisler I, Jemmet P (2012) A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One* 7:e28249. doi:10.1371/journal.pone.0028249
- Gorwood P. (praticien hospitalier), Wohi M. (interne DES) and Purper D. (2004) Genetic aspects of psychiatric disorders of children and adolescents. *EMC-Psychiatrie*. 1(1): 4-14
- Graber JA, Books-Gunn J, Paikoff RL Warren MP. (1994). Prediction of eating problems: an 8 year study of adolescent girls. *Dev Psychol* , 308:823-834.
- Granillo Teresa, Jones – Rodriguez Gina MPH and C. Carrajal Scott PhD, M.P.H. (2005). Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: Associations with substance use and other correlates. *Journal of Adolescent Health*. 36(3):214- 220.
- Grant, C. L., & Fodor, I. G. (1986). Adolescent attitudes toward body image and anorexic behavior. *Adolescence*, 21(82), 269–281.
- Greydanus E. D., Καφεντζής Α. Δ., Τσίτσικα Κ. Α., (2011), Εφηβεία: η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων, Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχλίδης ΕΠΕ, Αθήνα.
- Grogan, S. (2005). *Body Image Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Great Britain: Routledge
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (2nd ed.). London: Routledge
- Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ (2007) Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry* 164:108–114. doi:10.1176/appi.ajp.164.1.108
- Halek C. (1997). Eating disorders--the role of the nurse. *Nurs Times*. 15;93(28):63-6. PMID: 9277216.

- Halmi, K. (2005). The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry* ,4, 69-73.
- Hamer M, Bates CJ, Mishra GD.(2010) Depression, Physical Function, and Risk of Mortality: National Diet and Nutrition Survey in Adults Older Than 65 Years. *Am J Geriatr Psychiatry*.
- Hay, P. et al. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 977– 1008.
- Hay, P. J. & Claudino, A. M. (2012).Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 15, 209–222.
- Heatherton TF, Mahamedi F, Striipe M, Field AE, Keel P . (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting and eating disorder symptoms. *J Abnorm Psychol*, 106:117-125.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108. [https:// doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86](https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86)
- Hediger C, Rost B, Itin P. (2000). Cutaneous manifestations in anorexia nervosa. *Schweiz Med Wochenschr* 130:565-75.
- Hedrich, K., Dugg, C. & Walker, A., (2000). *Εγχειρίδιο παιδικής Διατροφής*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνου
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1988). Psychological factors in the control of appetite. *Current Concepts in Nutrition*, 16, 41–51.
- Hernández-Martínez C, Arija V, Balaguer A, Cavallé P, Canals J. Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behavior. *Early Hum Dev*, 84(11):745-50.

- Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblan ER, Flores AT, et al. (2008) Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: 7,5 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999, 38:829-842.
- Hodes, M., Dare, C., Dodge, E., & Eisler, I. (1999). The assessment of expressed emotion in a standardised family interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 617-625. doi: 10.1111/1469-7610.00478
- Hsu L.K.G. (1990) *Eating Disorders*, Guilford Press
- Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo MS, Campbell S, Allan E, Crosby RD, Loeb KL, Sawyer SM. (2014). Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 14:105. doi:10.1186/1471-244x-14-105
- Hum A.M. , Robinson L.A., Jackson A. A. , Ali K.S. (2011) Physician Communication Regarding Smoking and Adolescent Tobacco Use. *Pediatrics*. Jun; 127(6): e1368–e1374.
- I. Eisler (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*. 27: 104–131 0163-4445; 1467-6427.
- Jacka FN, et al. (2010). Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *Am J Psychiatry*, 167(3):305-11.
- Kansil, J., Wichstrøm, L., & Bergman, L. R. (2003). Eating problems and the self-concept: Results based on a representative sample of Norwegian adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 325–335. <https://doi.org/10.1023/A:1024917930602>
- Katheen Mahan L., Escott-Stump S. (2014). “Krause’s – Κλινική Διατροφή”. Αθήνα. Εκδόσεις Λίτσας, Κεφ.8 & 22
- Kerry de S. Hamsher, Katherine A. Halmi, Arthur L. Benton, (1981). Prediction of outcome in anorexia nervosa from neuropsychological status. *Psychiatry Research*,

Volume 4, Issue 1, Pages 79-88. ISSN 0165-1781. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(81\)90011-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(81)90011-1)

- Killian, K. D. (1994). Fearing fat: A literature review of family systems understandings and treatments of anorexia and bulimia. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 43(3), 311–318. <https://doi.org/10.2307/585423>
- Klein DA & Walsh BT.(2003): Eating disorders. *INT REV PSYCHIATR.*; 15(3): 205-216.
- Kluck, S. A. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8-14.
- Kotler L, Cohen P, Davies M, Pine D, Walsh T. (2001). Longitudinal Relationships Between Childhood, Adolescent and Adult Eating Disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12):1434-1440.
- Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33, 683–698. <https://doi.org/10.1016/j.jadolescence.2009.11.002>
- Larson, N., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. & Story, M., (2007). Trends in adolescent fruit and vegetable consumption. *Prev Med*, Issue 48, pp. 284-287.
- Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord*. 45(5):711–718
- Le Grange, D. Lock G. (2001). Can Family-Based Treatment of Anorexia Nervosa be Manualized?. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 253-261.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. F. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 347-358. doi: 10.1002/1098-108X(199212)12:43.0.CO;2-W
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition,

- and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>
- Lerner, R. M., Orlos, J. B., & Knapp, J. R. (1976). Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents. *Adolescence*, (43) 313-326.
 - Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and the core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205–213.
 - Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Psychology press.
 - Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley MS. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:118-1292.
 - Lin HC, Tang CH, Lee HC. (2009). Association between paternal schizophrenia and low birthweight: a nationwide population-based study. *Schizophr Bull.*, 35(3):624-30.
 - Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 44, 707–721.
 - Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
 - Lynn I. Budde , Simon Wilms , Manuel Föcker, Anke W. Dahlhoff, Joerg M. Müller , Ida Wessing. (2022) Influence of Identity Development on Weight Gain in Adolescent Anorexia Nervosa. Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Münster, Münster, Germany. *Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.887588>
 - M. D. Berzonsky. (2007). Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. Department of Psychology, State University of New York at Cortland, Cortland, NY 13045, United States. doi:10.1016/j.paid.2007.09.024

- M. Markou , K. Charalampous , S. Tantaros , P. Stavrinides (2021) Childhood Peer Victimization, Identity Diffusion and Disordered Eating Behaviors in Emerging Adults. *Emerging Adulthood*. DOI: 10.1177/21676968211020565
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., & Miklowitz, D. J. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17(3), 203-212. doi: 10.1016/0165-1781(86)90049-1
- Mahan, K. & Escott, S., (2000). *Food Nutrition and diet therapy*
- Marchi M, Cohen P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *I Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:112-117.
- Martin J.E. (1998). *Eating disorders, food and occupational therapy*. London, England : Whurr Publishers.
- Martin, J. E. (1998). *Eating disorders, food and occupational therapy* , London, England: Whurr Publishers.
- McEwen, C., & Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 18(4), 206-216. DOI 10.1007/s00787-008-0719-3
- McFarlane, T., McCabe, R. E., Jarry, J., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (2001). Weight-related and shape-related self-evaluation in eating-disordered and non-eating-disordered women. *The International Journal of Eating Disorders*, 29, 328–335. <https://doi.org/10.1002/eat.1026>
- Miles-McLean, H., Liss, M., & Erchull, M. J. (2014) Fathers, daughters, and self-objectification: Does bonding style matter? *Body Image*. 11, 534-542. doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.08.005
- Murnen, S. K., Smolak, L., Mills, J. A., & Good, L. (2003) Thin, Sexy Women and Strong, Muscular Men: Grade-School Children's Responses to Objectified Images of Women and Men. *Sex Roles*. 49(9), 427-437. doi:10.1023/A:1025868320206

- Murray SB, Le Grange D (2014) Family therapy for adolescent eating disorders: an update. *Curr Psychiatry Rep* 16:447. doi:10.1007/s11920-014-0447-y
- Neumark-Sztainer ., (1999). DStory M Dieting and binge eating among adolescents: what do they really mean? *J Am Diet Assoc.* 1998;98446- 450
- Nielsen, S. et al. (2015) Effects of autism spectrum disorders on outcome in teenage-onset anorexia nervosa evaluated by the Morgan–Russell outcome assessment schedule: a controlled community-based study. *Mol. Autism* 6, 14
- Nielsen, S., Siega-Riz, A. & Barry M Porkin, B., (2002) . Trends in Food Locations and Sources among Adolescents and Young Adults. *Prevertive Medicine*, Issue 35, pp. 107-112.
- Nsw Health / Funding Agreement2020-Post 1042;1992 - Slhd_219275. MENA Report, Albawaba (London) Ltd., 30 Aug. 2022.
- O’Kearny, R. (1996). Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127.
- Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation*. New York: Aronson.
- Pearson, N. et.al., (2009). Patterns of adolescent physical activity and dietary behaviours. *Τόμος* 6, pp. 45-51.
- Perry, A. J., Silver, D. H., Neilands, T. B., Rosenvigne, H. J., & Hanssen, T. (2007) A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*, 9. 13-24.
- Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 263-273.

- Polivy, J., Herman, C. P., & McFarlane, T. (1994). Effects of anxiety on eating: does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505–510. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.3.505>
- Presnell, K., Bearman, S.K. & Stice E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders.*, 36, 389-401.
- Rampersaud, G. et.al., (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight and academic performance in children and adolescents.
- Rastam M. (1992). Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid problems and comorbidity. *J. of the Acad. Of child and adolescent Psychiatry*
- Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Expressed emotion, family functioning, and treatment outcome for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 43-51. doi: 10.1002/erv.2389
- Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Expressed emotion, family functioning, and treatment outcome for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 43-51. doi: 10.1002/erv.2389
- Rieves, L. and Cash, T. F. (1996), Social developmental factors and women's body image attitudes, *Journal of Social Behavior and Personality*.
- Ross BM. (2009). Omega-3 polyunsaturated fatty acids and anxiety disorders. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 81(5-6):309-12.
- Russell G (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*
- Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R. et al. (2016). A longitudinal examination of dyadic distress patterns following a skills intervention for carers of adolescents with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25, 1337–1347 <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0859-9>

- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schmidt, U. et al. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 83, 796–807.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantcher, K. and Tho"mke, V. (2005) Multiple family group therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27: 132–141.
- Schwartz, C. & Fisher, A., (2019). A systematic narrative review of recent studies. Universal prevention in eating disorders.
- Sherman, R. T., & Thompson, R. A. (2001). Athletes and disordered eating: Four major issues for the professional psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 27–33. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.1.27>
- Sim L.A., Sadowski C.M., Whiteside S.P., Wells L.A. (2004). Family-Based Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Mayo Clinic Proceedings*, 79, 1305-1308.
- Sim LA, Lebow J, Billings M. (2013). Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*. 132(4).
- Skarupski KA, Tangney C, Li H, Ouyang B, Evans DA, Morris MC. (2010). Longitudinal association of vitamin B-6, folate, and vitamin B-12 with depressive symptoms among older adults over time. *Am J Clin Nutr*, 92(2):330-5.
- Steiner H, Lock J. (1998), *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A review of the past 10 years*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37(4):352-359.
- Steiner H, Smith C, Rosenkrantz R, Litt IF (1991), *The early care and feeding of anorectics*. *Child Psychiatry Hum. Dev*, 21:163-167.

- Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J. and Reiss, D. (1987) *The Alcoholic Family*. New York: Basic Books.
- Stoutjestic, D & Jevne, R, (2005). Eating disorders among high performance athlete. *Journal of youth and Adolescence*, 22(3), pp. 271-282.
- Strober M. Freeman R. Morell W. (1997). The long-term course of sever anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord*, 22:339-360.
- Stroe-Kunold, Esther, et al. (2016). “Emotional Intolerance and Core Features of Anorexia Nervosa: A Dynamic Interaction during Inpatient Treatment? Results from a Longitudinal Diary Study.” *PLoS One*, vol. 11, no. 5, Public Library of Science, May, p. e0154701.
- Strumia R, Manzato E, Gualandi M. (2002). Cutaneous manifestations in anorexia nervosa in males. *JEADV*; 16:303.
- Strumia R. (2009) Skin signs in anorexia nervosa, *DermatoEndocrinology*, 1:5, 268-270, DOI: 10.4161/derm.1.5.10193
- Swami, V., Frederick, D., Aavik, T., Alcalay, L. Allik, J., Anderson, D., et al. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309-326.
- Sy, R., Ponton, K., De Marco, P., Pi, S. & Ishak, W. W. (2013). Quality of life in anorexia nervosa: a review of the literature. *Eat. Disord.* 21, 206–222.
- Szmukler, G. I., Eisler, I., Russell, G. F. M., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental "Expressed Emotion" and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Taylor, J., & Wilson, G. (2005). *Applying Sport Psychology: Four Perspectives*. Champaign, IL: Human Kinetics.

- Thompson AM, Chad KE. (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *J Adolesc Health*, 31(2):183-9.
- Tiggemann, M. (2012). Sociocultural Perspectives on Body Image. In T.F. Cash & L. Smolak (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*, Volume 2 (pp. 758-65). London: Elsevier.
- Touyz WS, Beumont PJV (1997) Behavioral Treatment to Promote Weight Gain in AN, in: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Eating Disorders*
- Tsuboi, K. (2005). Eating Disorders in Adolescence and Their Implications. *Japan Medical Association Journal* ,48, 123-129.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies: essays in medical sociology*, London: Routledge.
- Tyler I, Wiseman C, Crawford RI, et al. (2002). Cutaneous manifestations of eating disorders. *J Cutan Med Surg*, 6:345-53.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125-137. doi: 10.1192/bjp.129.2.125
- Venisse, Jean-Luc. (1987). *Η ψυχογενής ανορεξία* , Αθήνα: Εκδόσεις Χατζηνικολής.
- Verschueren, M., Claes, L., Gandhi, A., & Luyckx, K. (2020). Identity and psychopathology: Bridging developmental and clinical research. *Emerging Adulthood*, 8, 319–332. <https://doi.org/10.1177/2167696819870021>
- Watson, H. J. & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol. Med.* 43, 2477– 2500.
- Wesness, K. et.al., (2003). Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite*, pp. 329-331.

- Westen, D., Betan, E., & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 23, 305–313. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000817>
- William, J.,(1890). *The principles of psychology*, Vol. 1. Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Williams, P. G. (2004). The psychopathology of self-assessed health: a cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy Research*, 28(4), 629-44.
- Worthington-Roberts, B. & Rees, J., (1996). *Nutrition in adolescence. Nutrition throughout the lifecycle*
- Ystrom E, Niegel S, Vollrath ME. (2009). The impact of maternal negative affectivity on dietary patterns of 18-month-old children in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Matern Child Nutr*, 5(3):234-42.
- Zipfel, S. et al. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 383, 127–137.
- Zipfel, S., Loewe, B. and Herzog, W. (2003) Medical complications. In J. Treasure, U. Schmidt and E. van Furth (eds) *Handbook of Eating Disorders* (2nd edn). London: John Wiley.
- Αγάθωνος, Γεωργοπούλου Ε., (1990), *Σεξουαλική παραβίαση παιδιών, Ψυχοκοινωνική Διάσταση*. Αθήνα.
- Αγκριθάρακη Μ., Κοντογιάννακη Μ., Κυριακάκη Κ., (Χ.Χ). *Νευρική Ανορεξία. Πτυχιακή Εργασία*. Κρήτη.
- Αθανασίου, Κ., (2007). *Αγωγή Υγείας*. Αθήνα: s.n.
- Αραϊτζόγλου Ε. (2005). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στην Σύγχρονη Κοινωνία*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

- Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλμία. Γ. Χριστοδούλου και Συνεργάτες (εκδ.) Ψυχιατρική, 1ος τόμος, σελ. 482- 496. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Βλαχοπούλου Γ. (2018) Ψυχογενής ανορεξία σε παιδιά και εφήβους. Πτυχιακή εργασία. Αθήνα.
- Δούκα, Α. & Χρυσάγης, Ν. (2005). Αθλητική δραστηριότητα, ψυχογενής ανορεξία και τα προβαλλόμενα σωματικά πρότυπα. Πρακτικά 17ου Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Μαλακόντα, Εύβοια.
- Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ζαμπελας Α. (2011): Κλινική Διαιτολογία & Διατροφή. Εκδόσεις: Broken Hill Πασχαλίδης Pinhas L, McVey G, Walker KS, Norris M, Katzman D, Collier S. Trading health for a healthy weight: the uncharted side of healthy weights initiatives. *Eat Disord.* 2013;21(2):109–116
- Ζερφυρίδης, Γ., (1998). Διατροφή του ανθρώπου. Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη
- Herbert M. (1996) Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Καππάτου Α. (2007) Εφηβεία: Συμβουλές σε γονείς για μια αρμονική συμβίωση με τους εφήβους, Μοντέρνοι καιροί κλινική εικόνα εφήβων
- Κασσωτάκης, Μ., & Φλουρής Γ. (2006). Μάθηση και διδασκαλία: Θεωρία πράξη και αξιολόγηση διδασκαλίας. Τόμος Α' και Β'. Αθήνα : Ιδίου.
- Κασσωτάκης, Μ., & Φλουρής Γ. (2006). Μάθηση και διδασκαλία: Θεωρία πράξη και αξιολόγηση διδασκαλίας. Τόμος Α' και Β'. Αθήνα : Ιδίου.
- Καυάλης Α. (2003) Παιδαγωγική Ψυχολογία, Θεσσαλονίκη, Αδελφοί Κυριακίδη.

- Κυδωνάκη Κ., Παυλάκη Γ. (2015). Η αντίληψη των νέων 18-30 ετών για την εικόνα σώματος και η σχέση της με τα στερεότυπα του φύλου και την αυτοεκτίμηση. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.
- Κυριακίδης Α. Παύλος., (2000), Η οικογενειακή σχέση, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα.
- Λεονταρή, Α. (1998). Αυτοαντίληψη. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα , σσ . 21-25, 30, 35-36, 81-82.
- Λιάκος Α (1973) Ψυχογενής Ανορεξία, Στο Στεφανής και συνεργάτες (Επιμ.) Θέματα Ψυχιατρικής (σ.σ. 313-316) Αθήνα
- Μακρή-Μπότσαρη Ε. (2001) Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Μοντέλα, 130 ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Μάνος Κ. (1986) Ψυχολογία του εφήβου, Αθήνα, Γρηγόρης.
- Μάνος Ν. (1997), “Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής”. Αθήνα.
- Μπέλλος, Σ., Σκαπινάκης, Π., Πετρίκης, Π. & Μαυρέας, Β. (2014). Κατευθυντήριες οδηγίες Ελλήνων εμπειρογνομόνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ενηλίκους. Ιωάννινα: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.
- Μωρογιάννης Φ. (2000). Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία, Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Παπαϊωάννου Καλλιόπη (M.S.W.), (2000), Παιδιά – Γονείς, Κοινωνικοί Λειτουργοί. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.
- Παρασκευόπουλος Ι. Ν. (1984) Εξελικτική ψυχολογία, Τόμος 4ος , Εφηβική ηλικία, Αθήνα, Αυτοέκδοση.
- Πιάνος, Κ. (1989). Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους , Γιάννινα

- Πρωτόκολλο Παραπομπής-Παροχής Βοήθειας μαθητών/τριών με πιθανή Διατροφική Διαταραχή(ΔΔ) 2016. Υπηρεσία Συμβουλευτικής και Επαγγελματικής Αγωγής του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού, Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης Διατροφικών Διαταραχών, Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων - Υπουργείου Υγείας, Σχολιατρική Υπηρεσία, Υπηρεσία Επισκεπτριών Υγείας, Υπηρεσία Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας.
- Σπηλιωτοπούλου Μ., Τζίβρας Α. (2016). Ψυχογενής Ανορεξία: Παρεμβάσεις στην πρόληψη και την αντιμετώπιση. Πτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.
- Στρατουδάκης, Γ. & Τζανάκης, Ε. (2004). Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής ,21, 413-421.
- Τριανταφύλλου Τ. (1998) Ψυχολογία, Αθήνα, Ίδρυμα Ευγενίδου
- Τσαούσης Δ. Γ.,” Η κοινωνία του ανθρώπου”, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg, 2004, σελ. 440.
- Τσιάντης Γ. , Μανωλόπουλος Σ. (1986) Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Τόμος Α, Μέρος Α: Ανάπτυξη, Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.
- Τζήλιου Ι., (2012) Εφηβεία και Συμπεριφορές υψηλού Κινδύνου. Πτυχιακή Εργασία. Διδυμότειχο.
- <http://el.wikipedia.org>
- <http://health.in.gr/news/article.asp>
- <http://homotopia.pblogs.gr>
- <http://papapan.gr/index.php>
- <http://www.babyspace.gr/Article/single-parent-family>
- <http://www.childmentalhealth.gr>
- <http://www.exanatolis.gr/epikoinonia>

- <http://www.vita.gr>
- [www.iatronet..gr](http://www.iatronet.gr)