ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νευρική ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία: Κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες ανάπτυξης και θεραπευτικές προσεγγίσεις

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΜΩΡΟΥ (Α.Μ. 20671074) & ΕΛΕΝΗ ΠΑΠΑΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ (Α.Μ. 20671087)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ

Η εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών για τη λήψη του πτυχίου του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΑΙΓΑΛΕΩ, 2024

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © [Δέσποινα Μώρου και Ελένη Παπακωστοπούλου, 2024]

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δεν δηλώνει απαραιτήτως την αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέα/των συγγραφέων.

Υπεύθυνη Δήλωση

Βεβαιώνουμε ότι είμαστε συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια που προσφέρθηκε στην εκπόνησή της αναγνωρίζεται και αναφέρεται στο κείμενο. Επιπλέον, αναφέρονται όλες οι βιβλιογραφικές πηγές που αξιοποιήθηκαν, πρωτογενείς και δευτερογενείς, είτε η συμβολή τους παρατίθεται επακριβώς ως απόσπασμα είτε ως παράφραση.

Οι συγγραφείς της εργασίας

[*Υπογραφές*]

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Anorexia nervosa and bulimia nervosa: Social and family developmental factors and therapeutic approaches

FINAL YEAR PROJECT REPORT

DESPOINA MOROU (ID: 20671074) & ELENI PAPAKOSTOPOULOU (ID: 20671087)

SUPERVISOR: KONSTANTINA VASILEIOU

A report submitted as partial fulfillment of the requirements for the degree of Bachelor

EGALEO, 2024

Επιτροπή Εξέτασης

Επιβλέπουσα καθηγήτρια	Εξεταστής 1	Εξεταστής 2
KONSTANTINA VASILEIOU Digitally signed by KONSTANTINA VASILEIOU Date: 2024.10.17 12:34:19 +03'00'	ΣΟΦΙΑ ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Digitally signed by ΣΟΦΙΑ ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Date: 2024.10.14 17:58:57 +03'00'	Theologos Chatzipemou Digitally signed by Theologos Chatzipemou Date: 2024.10.14 18:40:17 +03'00'

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία ήταν μία ευκαιρία διεύρυνσης των γνώσεων μας και προβληματισμού σε ένα ζήτημα που απασχολεί σημαντικά τη γενιά μας. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτριά μας, κυρία Βασιλείου, για τη βοήθεια και καθοδήγηση της κατά τη διάρκεια αυτής της διαδρομής, καθώς επίσης και τις οικογένειες μας και τους φίλους μας για την υποστήριξη και την αγάπη τους.

Περίληψη

Στη σύγχρονη εποχή, οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής, αναδεικνύονται ως κρίσιμα ζητήματα ψυχικής υγείας επηρεάζοντας σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων. Η παρούσα πτυχιακή εργασία, μέσω ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, μελετά τις διαταραχές πρόσληψης της τροφής, νευρική ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία, εξετάζοντας τους κοινωνικούς, πολιτισμικούς και οικογενειακούς παράγοντες ανάπτυξης του φαινομένου και αναλύοντας βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι συγκεκριμένες διαταραχές, είναι ιδιαίτερα σύνθετες και επηρεάζονται καθοριστικά από κοινωνικό-πολιτισμικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Η κοινωνία, διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο, μέσω της συνεχούς προώθησης προτύπων λεπτότητας και ομορφιάς, μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης και των κοινωνικών δικτύων, ενώ οι πολιτισμικές διαφορές συχνά καθορίζουν τις αντιλήψεις μας για τις διατροφικές συνήθειες και τις προσδοκίες για το σώμα. Αυτά τα πρότυπα, μπορούν να εντείνουν τη διαταραγμένη αντίληψη του σώματος και να ενισχύσουν την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Αντίστοιχα, η οικογένεια έχει επίσης σημαντική και πολυπαραγοντική επίδραση στην εξέλιξή τους. Οικογένειες που καλλιεργούν αυστηρές προσδοκίες ή δίνουν υπερβολική έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ανωτέρω διαταραχών, ενώ η συναισθηματική αποστασιοποίηση και οι συγκρουσιακές σχέσεις μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο στην θεραπεία αυτών. Αυτή η επίδραση κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων υπογραμμίζει την ανάγκη για ολιστικές παρεμβάσεις στην πρόληψη και θεραπεία, με στόχο την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την ευημερία των ατόμων. Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στην πολυδιάστατη προσέγγιση των διαταραχών πρόληψης της τροφής είναι πρωταρχικός.

Λέξεις κλειδιά: ανορεξία, βουλιμία, κοινωνία, οικογένεια, θεραπεία

Abstract

In modern times, eating disorders emerge as a critical mental health issue, affecting individuals' physical and mental health significantly. This undergraduate dissertation, through a review of the literature, examines eating disorders, specifically anorexia nervosa and bulimia nervosa, in an attempt to understand social, cultural and family context of development as well as the therapeutic approaches used to manage them. These disorders are particularly complex and are significantly influenced by social and family factors. Society plays a critical role through the constant promotion of ideal standards of thinness and beauty, presented intensely in mass media and social networks, while cultural differences often shape our perceptions of eating habits and body expectations. These beauty norms can intensify the disturbed perception of the body and contribute to the development of eating disorders. Similarly, the family also plays a significant and multifactorial role in their development. Families that impose strict expectations or place too much emphasis on external appearance can contribute to the development of eating disorders, while emotional detachment and conflictual relationships can be an obstacle to manage them. The influence of social and family factors highlights the need for adopting holistic interventions in prevention and treatment, with the aim to improving the quality of life and enhancing the well-being of individuals. The role of social workers in preventing and managing eating disorders is critical.

Key worlds: anorexia, bulimia, society, family, treatment

«Ξέρω πώς νιώθεις, γιατί το ένιωσα κι εγώ. Όπου κι αν βρίσκεσαι εκεί έξω, μην ξεχνάς ότι υπάρχουν άτομα που σε νοιάζονται και άνθρωποι που μπορούν πραγματικά να σε βοηθήσουν, όσο κλισέ και αν ακούγεται αυτό. Και είναι κλισέ γιατί ισχύει! Η ευτυχία και η ικανοποίηση δεν χρειάζεται να πονά. Δε μετριέται σε κιλά. Και σίγουρα δεν ανθίζει πίσω από κλειστές πόρτες, κοιτάγματα σε καθρέφτες και αυτοτιμωρία. Ο δρόμος της ανορεξίας είναι ένας δρόμος σκληρός και άσχημος. Βαθιά μοναχικός. Και καταδικασμένος σε θάνατο. Βιολογικό και πνευματικό.

Μια ζωή σε περιμένει εκεί έξω – και μπορεί ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ να γίνει φανταστική, όμορφη, περιπετειώδης και συναρπαστική!

Μπορεί τώρα να μοιάζει σα να βρίσκεσαι σε ένα φριχτό αδιέξοδο. Δεν ισχύει όμως!

Βρες το κουράγιο και άπλωσε το χέρι! Νιώσε την ελπίδα ξανά και άσε την αγάπη και την ανθρωπιά να ζεστάνει την καρδιά σου που τη νιώθεις νεκρή…

Μπορείς! Δε μιλάω λέγοντας μεγάλα λόγια – όσο κι αν έτσι σου ακούγεται…

Μια τέτοια επιστολή μου άνοιξε και μένα τα μάτια πριν μισό χρόνο. Και η ανάγνωσή της με άφησε να κλαίω βαθιά για την φρίκη στην οποία είχα εγώ καταδικάσει τον εαυτό μου – και τόσα άλλα κορίτσια. Αυτή είναι μια αληθινή ιστορία με μοναδικό σκοπό να σου δείξει πως δεν είσαι μόνη. Πώς μπορείς να γίνεις καλά. Με μια ζωή γεμάτη αγάπη, και προοπτική. Ανθρώπινη».

Έρη, 19 ετών έπασχε από νευρική ανορεξία (Λεβεντάκη, 2024).

«Εάν μπορώ να πω ένα πράγμα στους ανθρώπους που βιώνουν κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής, είναι να μιλάνε. Να μιλάτε παιδιά, όποτε μπορέσετε, να εμπιστεύεστε τη δύναμη της αλλαγής και κυρίως τη δύναμη της ψυχής σας. Οι διατροφικές διαταραχής δεν είναι ανίατες. Αυτό να θυμάστε. Θεραπεύονται. Η ψυχή και το σώμα θεραπεύονται».

Θάλεια, 25 ετών έπασχε από ψυχογενή βουλιμία (Propaganda, 2022).

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....11
Κεφάλαιο 1: Διατροφικές Διαταραχές.....16
1.1 Ορισμός Διατροφικών Διαταραχών.....16
1.2 Ορισμός Νευρικής Ανορεξίας.....17
1.2.1 Νευρική Ανορεξία και Φύλο.....17
1.3 Διαγνωστικά κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας.....18
1.4 Ορισμός Ψυχογενούς Βουλιμίας.....19
1.4.1 Ψυχογενής Βουλιμία και Φύλο.....20
1.5 Διαγνωστικά κριτήρια Ψυχογενούς Βουλιμίας.....21
1.6 Παράγοντες Εμφάνισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας.....22
1.7 Συνέπειες των Διατροφικών Διαταραχών.....28
Κεφάλαιο 2: Κοινωνική Διάσταση του Φαινομένου.....30
2.1 Ορισμός Στερεοτύπων και Προκαταλήψεων.....30
2.2 Εικόνα Σώματος, Κοινωνικά Στερεότυπα και Διατροφικές Διαταραχές.....32
2.3 Επίδραση ΜΜΕ και Social media στην ανάδυση Προκαταλήψεων για την Εικόνα του Σώματος.....34
2.4 Διαπολιτισμικές αντιλήψεις για το Σώμα και την Ομορφιά.....38
2.5 Διαφορές στην Επίπτωση και στη Θεραπεία των Διατροφικών Διαταραχών.....40
2.6 Συγκριτική Ανάλυση Ανατολικών και Δυτικών Πολιτισμών.....41
Κεφάλαιο 3: Οικογενειακό Περιβάλλον και Διατροφικές Διαταραχές.....43
3.1 Ο Ρόλος του Γονέα ως Πρότυπο.....43

3.2 Χαρακτηριστικά Γονέων με Μέλος με Ψυχογενή Ανορεξία και Βουλιμία.....44

3.3 Δεσμός Προσκόλλησης και Διατροφικές Διαταραχές.....46

3.4 Ο Ρόλος των Γονέων στην Αναγνώριση και Αντιμετώπιση Διατροφικών Διαταραχών.....47

Κεφάλαιο 4: Θεραπευτικές Προσεγγίσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης της Τροφής.....49

4.1 Θεραπεία των Διατροφικών Διαταραχών.....49

4.2 Χρήση της Γνωσιακής Συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών.....50

4.2.1 Χρήση της Οικογενειακής Θεραπείας στην αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών.....51

4.3 Ο Ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών στην Πρόληψη και την Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών.....53

4.3.1 Πρόληψη.....53

4.3.2 Αντιμετώπιση- Θεραπεία.....55

Συμπεράσματα-Προτάσεις.....58

Βιβλιογραφικές Αναφορές.....72

Εισαγωγή

Οι διατροφικές διαταραχές, αποτελούν σοβαρές ψυχογενείς καταστάσεις με βαθύτατες συνέπειες στην υγεία - σωματική και ψυχική - και την ευημερία των ανθρώπων (Fairburn & Harrison, 2003). Η σημασία της μελέτης αυτών των διαταραχών είναι ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο λόγω της πολυπαραγοντικής τους φύσης αλλά και εξαιτίας των μακροχρόνιων και πολυεπίπεδων συνέπειών τους στο ίδιο το άτομο, την οικογένειά του και την κοινωνία γενικότερα. Στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία θα μελετηθούν η νευρική ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία ως διαταραχές οι οποίες εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών πρόσληψης της τροφής. Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από την επίμονη άρνηση λήψης τροφής και την υπερβολική απώλεια βάρους, ενώ η ψυχογενής βουλιμία περιλαμβάνει επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από συμπεριφορές αντιστάθμισης, όπως ο εμετός ή η χρήση καθαρτικών (DSM-5-TR, 2022). Αυτές οι διαταραχές, επηρεάζουν δραματικά τόσο τη σωματική υγεία των ατόμων όσο και την ψυχολογική και κοινωνική τους λειτουργικότητα.

Οι αντιλήψεις σχετικά με τις παραπάνω διαταραχές, έχουν μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου. Στις αρχές του 20ού αιώνα, οι διαταραχές αυτές θεωρούνταν σπάνιες και συνδέονταν κυρίως με σωματικές παθήσεις. Ωστόσο, σημαντικές αλλαγές στην ερμηνεία των διατροφικών διαταραχών προέκυψαν κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, καθώς οι ειδικοί συνειδητοποίησαν τον κρίσιμο ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες στην ανάπτυξη και αντιμετώπισή τους (Καραγιάννης, 2011). Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων και στην αύξηση της ευαισθητοποίησης γύρω από το ζήτημα.

Η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην επιρροή που ασκούν κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες. Οι πιέσεις που ασκεί η κοινωνία για λεπτότητα κι ομορφιά, όπως επίσης κι η ιδεολογία που ταυτίζει την εξωτερική εμφάνιση με την επιτυχία και την κοινωνική αποδοχή, οδηγούν σε αυξανόμενη ανησυχία και δυσαρέσκεια για το σώμα, παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Weissman, 2019). Επιπλέον, στην εποχή των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, η πίεση για την επίτευξη ενός ιδανικού

σωματικού βάρους και η υπερπροβολή ιδανικών προτύπων ομορφιάς είναι μεγαλύτερη από ποτέ. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα κοινωνικά δίκτυα προβάλλουν καθημερινά εικόνες, οι οποίες δημιουργούν μια στρεβλή αντίληψη για το τι σημαίνει "τέλειο σώμα", γεγονός που μπορεί να εντείνει το άγχος και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενισχύοντας την ανάπτυξη επικίνδυνων συμπεριφορών ελέγχου του βάρους (Tiggemann & Slater, 2013).

Η οικογένεια ασκεί επίσης σημαντική επίδραση στην εμφάνιση και την πορεία των διατροφικών διαταραχών. Οι οικογενειακές σχέσεις, η επικοινωνία, και τα πρότυπα διατροφής που υιοθετούνται μέσα στην οικογένεια μπορούν να παίξουν είτε προστατευτικό είτε επιβλαβή ρόλο στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Για παράδειγμα, οι οικογένειες που πιέζουν ιδιαίτερα τα παιδιά τους για ακαδημαϊκές επιτυχίες ή εκείνες που ενδιαφέρονται σε μεγάλο βαθμό για την εξωτερική εμφάνιση των μελών τους, μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών σε ευάλωτα άτομα (Fairburn & Harrison, 2003). Η κατανόηση των οικογενειακών δυναμικών είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων που να συνυπολογίζουν το οικογενειακό περιβάλλον και τις σχέσεις μεταξύ των μελών .

Οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται παγκοσμίως, αλλά συχνά διαφέρουν ως προς τα χαρακτηριστικά και τα ποσοστά επικράτησης. Για παράδειγμα, σε πιο παραδοσιακές ή μη δυτικοποιημένες κοινωνίες, η πίεση για λεπτότητα μπορεί να είναι λιγότερο έντονη, ενώ σε άλλες, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και η έλλειψη πρόσβασης σε πόρους μπορεί να οδηγούν σε διαφορετικούς τύπους διατροφικών διαταραχών ή σε συνδυασμό με άλλες ψυχικές διαταραχές. Με λίγα λόγια, η έλλειψη πόρων μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής και διατροφής του ατόμου, ενώ οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μπορεί να σχετίζονται με πληθώρα διατροφικών προβλημάτων (Sobal & Stunkard, 1989).

Ο ρόλος των πολιτισμικών διαφορών είναι επίσης κρίσιμος, καθώς οι αντιλήψεις που επικρατούν ανά πολιτισμό ενδέχεται να επηρεάζουν την εμφάνιση αλλά και την θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης της τροφής. Για παράδειγμα, σε κοινωνίες όπου η παχυσαρκία συνδέεται με την ευημερία και την υψηλή κοινωνική θέση, όπως σε

ορισμένες χώρες της Αφρικής ή της Μέσης Ανατολής, τα άτομα μπορεί να καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα τροφή, εμφανίζοντας διαφορετικές μορφές διατροφικών διαταραχών ή αυτές να εμφανίζονται σε χαμηλότερα ποσοστά. Αντίθετα, σε κοινωνίες που υιοθετούν τα δυτικά πρότυπα λεπτότητας, οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα (Sobal & Stunkard, 1989).

Επομένως, λόγω της πολυπλοκότητας των διατροφικών διαταραχών η θεραπεία κι η αντιμετώπισή τους απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που να συνδυάζει ψυχολογική υποστήριξη, ιατρική φροντίδα και κοινωνική παρέμβαση. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy - CBT) είναι μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους, που εστιάζει στην αναγνώριση και την αλλαγή των δυσλειτουργικών σκέψεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών που συνδέονται με τη διατροφή και την εικόνα του σώματος (Fairburn et al., 2015). Μέσω της CBT, οι ασθενείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις εσωτερικές συγκρούσεις και το άγχος με πιο υγιείς τρόπους και να αποφεύγουν τις καταστροφικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τις διατροφικές διαταραχές.

Παράλληλα, η οικογενειακή θεραπεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα όταν οι διαταραχές εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία. Η οικογενειακή θεραπεία επιδιώκει να βελτιώσει τη δυναμική και τους ρόλους μέσα στην οικογένεια, ενισχύοντας την υποστήριξη και τη συνεργασία των μελών της, ενώ μειώνει τις συγκρούσεις και τις εντάσεις που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση του ασθενούς.

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως λόγω της κοινωνικής διάστασης που συνοδεύει τις διατροφικές διαταραχές, ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών για την αποτελεσματική και ολιστική αντιμετώπισή τους είναι καίριος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην κοινωνία, καθώς προσφέρουν χρήσιμες υπηρεσίες, προάγοντας την κοινωνική δικαιοσύνη και ευημερία. Εργάζονται σε διάφορα πεδία, όπως η ψυχική υγεία, η οικογενειακή υποστήριξη, η εκπαίδευση και η κοινωνική ένταξη, παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδηγούν τα άτομα και τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Ακόμα, οι δράσεις που υλοποιούν αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα μέσω της επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων με προγράμματα

που προωθούν την ισότητα και την κοινωνική ενσωμάτωση. Είναι αξιοσημείωτο πως με τις παρεμβάσεις τους οι κοινωνικοί λειτουργοί, συμβάλλουν στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης, και προάγουν τη θετική κοινωνική αλλαγή, διασφαλίζοντας ότι οι ανάγκες των ευάλωτων ομάδων καλύπτονται με ανθρωπιά και αποτελεσματικότητα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, εστιάζοντας στην κοινωνική, οικογενειακή και θεραπευτική διάσταση των διαταραχών της νευρικής ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Μέσα από αυτή τη μελέτη επιδιώκεται η κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των διατροφικών διαταραχών, καθώς και η διερεύνηση των πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων και θεραπειών για την πρόληψη κι αντιμετώπισή τους.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρήθηκαν να απαντηθούν, μέσω της παρούσας επισκόπησης της βιβλιογραφίας, ήταν τα ακόλουθα:

1. Ποια είναι η συμβολή των κοινωνικοπολιτισμικών προτύπων και των μέσων ενημέρωσης στην ανάπτυξη ψυχογενούς βουλιμίας κι ανορεξίας;
2. Επιδρούν οι οικογενειακές σχέσεις και δυναμικές στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών;
3. Πώς οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στην αποτελεσματική πρόληψη κι αντιμετώπιση τους;
4. Ποιος είναι ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας;

Η δομή της παρούσας εργασίας έχει ως εξής: Η πτυχιακή είναι διαρθρωμένη σε τέσσερα κεφάλαια τα οποία αποτελούνται από επιμέρους υπο-κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο, εισάγει τον αναγνώστη στην έννοια των διατροφικών διαταραχών, και πιο συγκεκριμένα της ψυχογενούς βουλιμίας κι ανορεξίας. Επιδιώκεται να οριστούν κλινικά οι παραπάνω διαταραχές και να αναλυθούν οι παράγοντες εμφάνισης τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, εξετάζονται τα κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα που επηρεάζουν την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών, δίνοντας έμφαση στη σύνθετη σχέση μεταξύ στερεοτύπων, προκαταλήψεων, και επιρροής των μέσων μαζικής ενημέρωσης με τις αντιλήψεις για το σώμα. Οι διαφορετικές αντιλήψεις για το σώμα σε διάφορους πολιτισμούς επίσης παρουσιάζονται και συγκρίνονται.

Στο τρίτο κεφάλαιο, εξετάζεται η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, αναλύοντας γονεϊκές συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμφάνιση τους. Ταυτόχρονα, επισημαίνεται η σημασία της πρώιμης αναγνώρισης των διαταραχών από την οικογένεια.

Το τέταρτο κεφάλαιο, παρέχει πληροφορίες για βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, κατάλληλες για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής. Συγκεκριμένα, επικεντρωνόμαστε στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, τη διαπροσωπική θεραπεία, καθώς και στη σημασία της οικογενειακής θεραπείας. Επιπροσθέτως, εξετάζεται η συμβολή των κοινωνικών λειτουργών για την παροχή μιας πιο ολοκληρωμένης και ολιστικής αντιμετώπισης.

Στο τέλος της εργασίας, συνοψίζονται και συζητούνται τα βασικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, επιχειρείται η απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν, διατυπώνονται κάποιες προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση και παρατίθενται ορισμένες αναστοχαστικές παρατηρήσεις.

Κεφάλαιο 1: Διατροφικές Διαταραχές

Στο πρώτο κεφάλαιο, εξετάζονται οι διατροφικές διαταραχές της νευρικής ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας. Αρχικά, γίνεται προσπάθεια ορισμού των διαταραχών και παρουσίασης των διαγνωστικών τους κριτηρίων. Έπειτα, περιλαμβάνεται μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθώς και παρουσίαση ερευνητικών ευρημάτων που αφορούν τους παράγοντες εμφάνισης αυτών προκειμένου να υπάρξει μία ολοκληρωμένη εικόνα για τις συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές. Τέλος, παρουσιάζονται οι πολυδιάστατες συνέπειες των διατροφικών διαταραχών σε επίπεδο καθημερινής ζωής και λειτουργικότητας των ατόμων.

1.1 Ορισμός Διατροφικών Διαταραχών

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν αναμφισβήτητα μάστιγα της σύγχρονης εποχής. Γι΄αυτό, όλο και περισσότεροι επιστήμονες στρέφουν το ενδιαφέρον τους στη μελέτη τους. Οι διαταραχές αυτές είναι σοβαρές ψυχιατρικές νόσοι. Χαρακτηριστικό τους αποτελεί η έντονη ενασχόληση του ατόμου και δυσαρέσκεια με την εμφάνιση του σώματος και του βάρους του. Επιπλέον, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές υιοθετούν αυστηρά πρότυπα διατροφής, γυμναστικής (σε υπερβολικό βαθμό) και καθαρκτικών μεθόδων (δηλ. χρήση καθαρκτικών, πρόκληση έμετου) για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ψυχικής και σωματικής υγείας, τη μειωμένη ποιότητα ζωής και τον υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας. Σύμφωνα, με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Releated Health Problems, ICD-11) η ψυχογενής βουλιμία και η νευρική ανορεξία εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών πρόσληψης της τροφής.

1.2 Ορισμός Νευρικής Ανορεξίας

Η νευρική ανορεξία αποτελεί μία σοβαρή διατροφική διαταραχή για την ανθρώπινη ζωή. Κύριο χαρακτηριστικό της αποτελεί το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματος του ατόμου σε σχέση με το φύλο και το ύψος του που οφείλεται στον ακραίο

περιορισμό της τροφής. Ειδικότερα, ο Russell (1979) αναφέρει πως τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή τείνουν να μην τρώνε τίποτα κατά τη διάρκεια της ημέρας, να προσλαμβάνουν ελάχιστες θερμίδες και να μην συμπεριλαμβάνουν στην διατροφή τους πολλές ομάδες τροφίμων με εξαίρεση μία ή δύο. Επιπρόσθετα, εμφανίζουν επίμονο άγχος σκεπτόμενοι και μόνο ότι μπορεί να αυξηθεί το βάρος τους και θεωρούν τον εαυτό τους υπέρβαρο παρότι μπορεί να είναι υπερβολικά λιποβαρείς. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία επισημαίνει πως η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται και από διαταραγμένη σκέψη για την εικόνα και το σχήμα του σώματος καθώς, επίσης, και την μη αποδοχή ή αναγνώριση της επικινδυνότητας της κατάστασης. Κατά τον Crisp (1995), η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής δια της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι, μέσω της ασιτίας, πορεία προς τον θάνατο.

Πολύ συχνά τα άτομα με νευρική ανορεξία ακολουθούν υπερβολικά εξαντλητικά προγράμματα γυμναστικής. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται υπεργυμναστική. Ακόμη, δεν είναι λίγες οι φορές που προσλαμβάνουν καθαρτικά ή προκαλούν στον εαυτό τους έμετο για να αποβάλλουν την τροφή και να υπάρξει απώλεια κιλών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η νευρική ανορεξία αποτελεί μία ασθένεια η οποία μπορεί να μην γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον του πάσχοντα ατόμου ακόμα και αν νοσεί αρκετά χρόνια (Μωρόγιαννης, 2000).

1.2.1 Νευρική Ανορεξία και Φύλο

Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν νευρική ανορεξία σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου στις γυναίκες αποτελεί η απώλεια εμμήνου ρήσεως (αμηνόρροια) για 3 συνεχόμενους μήνες, καθώς δεν προσλαμβάνουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά ώστε να διατελεί το σώμα τις φυσιολογικές λειτουργίες του. Γεγονός αποτελεί πως οι γυναίκες που πάσχουν από την νόσο έχουν περίπου 6-12 φορές υψηλότερη πιθανότητα να πεθάνουν πρόωρα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Harris & Barraclough, 1998). Η αυτοκτονία και ποικίλες οργανικές επιπλοκές (π.χ. οργανική ανεπάρκεια) σχετίζονται με τα προαναφερθέντα ποσοστά της υψηλής θνησιμότητας.

Από την άλλη, οι άνδρες έχει φανεί ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν νευρική ανορεξία. Παρόλα αυτά τα χαρακτηριστικά της αλλάζουν για αυτούς

σε σχέση με το γυναικείο φύλο. Ειδικότερα οι άνδρες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στο λεπτό σώμα αλλά και στην ύπαρξη μυών και δεν ενδιαφέρονται τόσο για το βάρος του σώματος όσο για το ποσοστό μυϊκής μάζας (Meyer et al., 2011). Η διάγνωση και η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας στους άνδρες μπορεί να παρουσιάσει προκλήσεις λόγω του κοινωνικού στίγματος και της περιορισμένης αναγνώρισης της διαταραχής σε αυτόν τον πληθυσμό. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνδρες συχνά διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια και ότι τα συμπτώματα τους μπορεί να είναι πιο σοβαρά τη στιγμή της διάγνωσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι καθυστερούν σημαντικά να αναζητήσουν βοήθεια (Mitchison et al., 2014)

1.3 Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας

1.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά DSM-5-TR και ICD-11

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM-5-TR και το ICD-11 είναι τα κάτωθι:

1. Περιορισμός της πρόσληψης τροφής: Ο περιορισμός της κατανάλωσης ενέργειας σε σχέση με τις ανάγκες του ατόμου, που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος για την ηλικία, το φύλο, την ανάπτυξη και τη σωματική υγεία του ατόμου. Το σημαντικά χαμηλό βάρος ορίζεται ως βάρος που είναι χαμηλότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό ή, για παιδιά και εφήβους, χαμηλότερο από το αναμενόμενο βάρος.

2. Έντονος φόβος αύξησης του βάρους: Υπάρχει έντονος φόβος για αύξηση του βάρους ή για παχυσαρκία, ή συνεχής συμπεριφορά που εμποδίζει την αύξηση του βάρους, παρόλο που το βάρος είναι ήδη σημαντικά χαμηλό.

3. Διαταραγμένη αντίληψη του σώματος: Το άτομο βιώνει μια διαταραγμένη αντίληψη για το σωματικό του βάρος ή το σχήμα του σώματος, η υπερβολική σημασία που αποδίδει στο σωματικό βάρος ή το σχήμα επηρεάζει την αυτοεκτίμησή του, ή αρνείται τη σοβαρότητα του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία χωρίζεται σε δύο υποτύπους:

- *Περιοριστικός τύπος:* Κατά τους τελευταίους τρεις μήνες, το άτομο δεν έχει εμπλακεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή εκκαθάρισης (π.χ., πρόκληση εμετού ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Αυτός ο τύπος περιλαμβάνει την απώλεια βάρους κυρίως μέσω της δίαιτας, της νηστείας ή/και της υπερβολικής άσκησης.

- *Τύπος υπερφαγίας/εκκαθάρισης:* Κατά τους τελευταίους τρεις μήνες, το άτομο έχει εμπλακεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή εκκαθάρισης (APA, 2022).

1.4 Ορισμός Ψυχογενούς Βουλιμίας

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις επεισοδίων όπου το άτομο αρχικά καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα (επεισοδιακή υπερφαγία) και έπειτα ακολουθούν αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως είναι η νηστεία, οι έμετοι, η υπερβολική άσκηση και χρήση καθαρτικών, οι οποίες αποσκοπούν στην απώλεια των περιττών θερμίδων. Μετά το τέλος ενός επεισοδίου υπερφαγίας, το άτομο αισθάνεται ενοχές, τύψεις, άγχος, ντροπή και φόβο μήπως πάρει βάρος γεγονός που οδηγεί σε συμπεριφορές κάθαρσης. Οι θερμίδες που παίρνει το άτομο σε κάθε επεισόδιο αντιστοιχούν με τις θερμίδες που χρειάζεται να καταναλωθούν στη διάρκεια μίας ολόκληρης ημέρας. Κατά τα επεισόδια αυτά ο ασθενής νιώθει πως χάνει τον έλεγχο του εαυτού του αφού δυσκολεύεται να αποσοβήσει τόσο τις βουλιμικές κρίσεις όσο και τις προσπάθειες απαλλαγής από τις περιττές θερμίδες (Εμμανουηλίδου, 2011). Κατά το DSM-5-TR, για τη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής τα υπερφαγικά επεισόδια πρέπει να εμφανίζονται τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών. Τα άτομα με βουλιμία εκτός από την έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους χαρακτηρίζονται και από την προσπάθεια απόκρυψης των υπερφαγικών επεισοδίων (Kring et al., 2010). Η παραπάνω διαταραχή κάνει συνήθως για πρώτη φορά την εμφάνισή της στα τέλη της εφηβείας ή στις αρχές του ενήλικου βίου.

Στην ψυχογενή βουλιμία διακρίνονται δύο επιμέρους τύποι:

- ο *καθαρτικός τύπος* κατά τον οποίο τα άτομα μετά το υπερφαγικό επεισόδιο καταφεύγουν συχνά σε αυτοαποκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών, και
- ο *τύπος μη κάθαρσης* όπου το άτομο καταφεύγει στη νηστεία ή στην υπερβολική άσκηση κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου, αλλά δε χρησιμοποιεί τακτικά τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές του τύπου κάθαρσης (Kring et al., 2010).

1.4.1 Ψυχογενής Βουλιμία και Φύλο

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια σοβαρή διατροφική διαταραχή που πλήττει κυρίως τις γυναίκες, με ποσοστά εκτίμησης γύρω στο 1-3% του γυναικείου πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Smink et al., 2012). Η ψυχογενής βουλιμία σχετίζεται συχνά με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικού στρες, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική εικόνα σώματος και επηρεάζεται από κοινωνικές και πολιτισμικές πιέσεις (Stice et al., 2009). Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία είναι συχνά αποτελεσματική για τις γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία, καθώς εστιάζει στην αλλαγή των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τη διαταραχή (Fairburn et al., 2015). Αυτή η θεραπεία βοηθά στην μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας και στη βελτίωση της εικόνας του σώματος και της αυτοεκτίμησης (Wilson et al., 2010). Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει οικογενειακή θεραπεία και συμβουλευτική για την αντιμετώπιση συναισθηματικών παραγόντων που συμβάλλουν στη διαταραχή (Lock & Le Grange, 2013). Η έγκαιρη παρέμβαση είναι σημαντική για την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών, όπως καρδιοαγγειακά προβλήματα και αναιμία, που προκύπτουν από τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες (Treasure et al., 2020).

Η ψυχογενής βουλιμία επηρεάζει όχι μόνο τις γυναίκες αλλά και έναν σημαντικό αριθμό ανδρών, αν και οι άνδρες υπολογίζεται ότι αποτελούν περίπου το 10-25% των περιπτώσεων (Hudson et al., 2007). Όπως παρατηρείται και στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας, οι άνδρες με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν και αυτοί συχνά διαφορετικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις γυναίκες, όπως είναι η επικέντρωση στη μυϊκή ανάπτυξη και η επιθυμία για έναν εξαιρετικά σφιχτό σώμα. Συμπτώματα "μυϊκής δυσμορφίας" επίσης παρατηρούνται στους άνδρες (Meyer et al., 2011). Η ψυχογενής βουλιμία στους άνδρες συχνά διαγιγνώσκεται καθυστερημένα λόγω του κοινωνικού στίγματος και της

περιορισμένης αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών στο ανδρικό φύλο (Mitchison et al., 2014). Οι άνδρες φαίνεται επίσης να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συγκριτικά με τις γυναίκες, γεγονός που επιδεινώνει την κατάσταση και καθιστά τη θεραπεία πιο περίπλοκη (Meyer et al., 2011). Οι στρατηγικές θεραπείας για τους άνδρες περιλαμβάνουν συνήθως Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, η οποία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της βουλιμίας και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας (Stice et al., 2013). Επίσης, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης, καθώς και εκπαίδευση σε θέματα εικόνας σώματος και υγιεινής διατροφής (Lilenfeld et al., 2008). Η κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων της βουλιμίας στους άνδρες είναι ουσιαστική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων και την πρόληψη υποτροπών (Smith et al., 2019)

1.5 Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Βουλιμίας

1.5.1 Διαγνωστικά Κριτήρια Σύμφωνα με το DSM-5-TR και ICD-11

Σύμφωνα με το DSM-5-TR και το ICD-11, τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας περιλαμβάνουν:

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Το επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση των παρακάτω σημείων:

    - Κατανάλωση τροφής σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. 2ωρα διαστήματα), η οποία είναι μεγαλύτερη από αυτήν που δύνανται να καταναλώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος.

    - Έλλειψη δυνατότητας ελέγχου πρόσληψης της τροφής (ήτοι αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει την ποσότητα που καταναλώνεται).

2. Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές καθαρτικού τύπου με στόχο την αποτροπή αύξηση βάρους: αυτό-πρόκληση εμέτου, χρήση καθαρτικών, διουρητικών κ.ά., νηστεία, ή υπερβολική σωματική άσκηση.

3. Τόσο η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά όσο και τα υπερφαγικά επεισόδια παρατηρούνται κατά μέσο όρο μία φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον 3 μήνες.
4. Η αυτοαξιολόγηση του ατόμου επηρεάζεται από την εικόνα σώματος και το βάρος του
5. Η διαταραχή δεν παρατηρείται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Συνάμα σύμφωνα με το DSM-5-TR για τη διάγνωση της βουλιμίας χρειάζεται να προσδιορισθεί εάν τα κριτήρια βρίσκονται σε ήπια ή πλήρη ύφεση. Πιο συγκεκριμένα:

Ήπια ύφεση: «Αρχικά πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας αλλά στην συνέχεια κάποια από αυτά, αλλά όχι όλα πληρούνται για μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο».

Πλήρης ύφεση: «Αρχικά πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια αλλά στην συνέχεια δεν έχει εκπληρωθεί κανένα από αυτά για παρατεταμένη χρονική περίοδο» (DSM-5-TR, 2022, p.564)

Η σοβαρότητα επίσης της νόσου καθορίζεται βάσει του αριθμού των καθαρτικών επεισοδίων ανά εβδομάδα σε:

- Ήπια: 1-3 επεισόδια καθαρτικής συμπεριφοράς/εβδομάδα
- Μέτρια: 4-7 επεισόδια καθαρτικής συμπεριφοράς/εβδομάδα
- Σοβαρή: 8-13 επεισόδια καθαρτικής συμπεριφοράς/εβδομάδα
- Εξαιρετικά Σοβαρή: 14 ή και περισσότερα επεισόδια καθαρτικής συμπεριφοράς/εβδομάδα (DSM-5-TR, 2022).

1.6 Παράγοντες Εμφάνισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας

Κατά τον Garner (1993), τα αίτια της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντικά και «ο τρόπος που εμφανίζονται τα συμπτώματα αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο που είναι απότοκο της αλληλεπίδρασης παραγόντων» οι οποίοι κατηγοριοποιούνται ως εξής:

1. Προδιαθεσιακοί, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών, οικογενειακών, και κοινωνικό-πολιτιστικών παραγόντων,

2. Εκλυτικοί, πρόκειται για δυσφορία για το σχήμα και το βάρος του σώματος ή/και δίαιτα για την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμηση, και
3. Επιβαρυντικοί, επιπλοκές της ασιτίας και άλλοι (Garner, 1993).

Παρόμοια, η εμφάνιση της βουλιμίας οφείλεται και αυτή σε μία πληθώρα παραγόντων που συνυπάρχουν στη ζωή ενός ατόμου (Kring, et al., 2010). Πιο αναλυτικά, οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των παραπάνω διαταραχών συζητούνται παρακάτω.

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

α. Ατομικοί παράγοντες

Τα άτομα με νευρική ανορεξία συχνά εμφανίζουν συναισθηματική αστάθεια και γνωσιακές στρεβλώσεις (στερεότυπες πεποιθήσεις, λογικά σφάλματα, παθολογική αντίληψη της εικόνας του σώματος) πριν την εμφάνιση της νόσου όπως υποστηρίζουν αρκετοί ερευνητές (Garner et al., 1997). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που άτομα με ανορεξία έχουν ιστορικό ψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ χαρακτηρίζονται από μια ευάλωτη ιδιοσυγκρασία ήδη από τα παιδικά τους χρόνια (π.χ. ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές) (Rastam, 1992). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τον Vitousek and Manke (1994) τα άτομα με βουλιμία συχνά παρουσιάζουν δραματικά στοιχεία προσωπικότητας, συναισθηματική αστάθεια, ενώ είναι προσωπικότητες που έχουν έντονη τάση για κοινωνικότητα. Βασικό γνώρισμα εκείνων που παρουσιάζουν ψυχογενή βουλιμία είναι το υψηλό επίπεδο άγχους και νευρωτισμού αλλά και το χαμηλό επίπεδο αυτοπεποίθησης. Τα επεισόδια υπερφαγίας και οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές μπορεί να λειτουργήσουν ως μέθοδοι διαχείρισης του έντονου άγχους και της συναισθηματικής δυσφορίας που αισθάνονται τα άτομα (Wonderlich et al., 2004). Έχει παρατηρηθεί πως όσοι πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία και από νευρική ανορεξία επιδεικνύουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εξωτερική τους εμφάνιση και για το βάρος του σώματός τους, ενώ διακατέχονται από ένα μόνιμο φόβο για αύξηση του βάρους τους με αποτέλεσμα να επιθυμούν να χάσουν βάρος και να το ελέγχουν καθημερινά με το να ζυγίζονται. Ωστόσο, αν και κάποιοι ασθενείς αποφεύγουν το ζύγισμα καθώς το

θεωρούν βασανιστικό, εξακολουθούν να προβληματίζονται διαρκώς για αυτό (Williams et al., 2012).

Ως προς τη γενετική προδιάθεση για νόσηση από ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία, από έρευνες που έχουν γίνει φαίνεται πως υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος σε διδύμους με ποσοστό 50% για τους μονοζυγωτικούς και κάτω από 10% για τους διζυγωτικούς (Treasure & Holland, 1995). Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας που μπορεί να συνεισφέρει μέσω μιας ειδικής ευαλωτότητας, ή μπορεί να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία (Kaye, 1995). Η ανάγκη για έλεγχο του σώματος και οι υπερβολικές προσπάθειες για την επίτευξη της ιδανικής εικόνας αυτού μπορούν να δημιουργήσουν αίσθημα ανασφάλειας και ψυχολογικής αναταραχής. Αυτό το αίσθημα ανασφάλειας μπορεί να εξελιχθεί σε ψυχογενή ανορεξία, σύμφωνα με την έρευνα των Dakanalis και συνεργατών το 2013. Ως προς τη συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης, προ της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης αλλά και μετά την ύφεση. Τέλος, σύμφωνα με έρευνες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας εντοπίζεται πως οι συγγενείς πρώτου βαθμού γυναικών που έχουν διαγνωσθεί με τη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν κατά προσέγγιση τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία σε σχέση με το μέσο όρο (Kassett et al., 1989; Strober et al., 2000).

β. Οικογενειακοί παράγοντες

Η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ανορεξίας και της βουλιμίας. Χαρακτηριστικό αποτελεί πως οι πατέρες ανορεκτικών ατόμων περιγράφονται ως μη αποτελεσματικοί στο ρόλο τους και παθητικοί, ενώ οι μητέρες ως αδιάκριτες και αμφιθυμικές (Yager, 1982, όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Τα άτομα με ανορεξία περιγράφουν τους γονείς τους ως απαιτητικούς με μεγάλες προσδοκίες και τις περισσότερες φορές στις οικογένειες αυτές παρατηρείται σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, ενώ τα μέλη δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις συγκρούσεις ανάμεσά τους (Minuchin et al., 1978 όπως αναφέρεται στην

Μανωλοπούλου, 2012). Παρόλα αυτά, αν και οι οικογένειες αυτές παρουσιάζουν κάποιες ομοιότητες, ταυτόχρονα διαφέρουν αρκετά καθώς έχουν τα δικά τους μοναδικά χαρακτηριστικά. Η ανορεξία σύμφωνα με άλλους ερευνητές ξεκινά καθώς το άτομο έχει ταυτόχρονα την ανάγκη για εξάρτηση αλλά και για αυτονομία. Οι γονείς όμως των ατόμων με ανορεξία έχουν δημιουργήσει οικογένειες πολύ κλειστές και ενώ το παιδί θέλει να αυτονομηθεί και να διαφοροποιηθεί από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας είναι απροετοίμαστο και εν τέλει χρειάζεται την προστασία των γονέων του. Έτσι, από την μία προσπαθεί μέσω του ελέγχου του σώματός του να καταστήσει τον εαυτό του ως μόνο υπεύθυνο της ζωής του, ενώ από την άλλη με την εμφάνιση της διαταραχής καταδεικνύει πως νιώθει εξάρτηση από την οικογένειά του και ψυχική ένδεια (Bruch, 1982 ; Yager, 1982 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Αντίστοιχα ευρήματα παρατηρούνται και στο οικογενειακό περιβάλλον ατόμων που εκδηλώνουν ψυχογενή βουλιμία. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Goodsitt (1997) η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στις γυναίκες μπορεί να οφείλεται στην αδυναμία των ίδιων να αναπτύξουν επαρκή αίσθηση εαυτού, λόγω της σύγκρουσης που χαρακτηρίζει τη σχέση με τη μητέρα τους. Ως αποτέλεσμα η τροφή γίνεται το σύμβολο αυτής της συγκρουσιακής σχέσης και συνεπώς τα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης υποδηλώνουν αφενός την ανάγκη της κόρης να έχει δίπλα της την μητέρα της και αφετέρου την επιθυμία της να την απορρίψει. Τέλος, οι Woodside et al., (2002), αναφέρουν πως τα άτομα με βουλιμία πιέζονται, σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τα υγιή άτομα, από τα οικογενειακά τους πρόσωπα να είναι αδύνατα.

γ. Κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι τα κοινωνικό-πολιτιστικά πρότυπα συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ανορεξίας και της βουλιμίας. Κατά την ανάπτυξη των διαταραχών αυτών υπάρχει έντονη ανησυχία για την εξωτερική εμφάνιση (Rastam, 1992 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012) και πολύ συχνά τα άτομα ξεκινούν αυστηρές δίαιτες λόγω της έντονης δυσαρέσκειας για το σώμα τους γεγονός που οδηγεί στην όξυνση της ευαλωτότητας (Hsu, 1990 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα και οι διαταραχές αυτές μπορεί να προκληθούν λόγω του στίγματος της παχυσαρκίας και της

δυσκολίας αντιμετώπισης αυτής. Φαίνεται πως στις σημερινές κοινωνίες το να είσαι λιποβαρής έχει πρωταρχική σημασία. Από την άλλη, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διαταραχή της βουλιμίας είναι πιο διαδεδομένη στις γυναίκες, γεγονός που σαφώς σχετίζεται με την αντικειμενοποίηση και τη σεξουαλικοποίηση του γυναικείου σώματος, φαινόμενα που οδηγούν τις γυναίκες να βλέπουν κι οι ίδιες το σώμα τους ως αντικείμενο προς χρήση (Fredrickson & Roberts, 1997). Επιπλέον, η βουλιμία φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις βιομηχανοποιημένες, δυτικές κοινωνίες π.χ. Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς, Ιαπωνία, Αυστραλία και Ευρώπη, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι σε πολιτισμούς που υιοθετούνται πρακτικές από πιο δυτικοποιημένα πλαίσια η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας σημειώνει αύξηση (Abou-Saleh et al., 1998). Τέλος, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση του ιδανικού σώματος, και η επιλογή επαγγελμάτων με ιδιαίτερη έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση αποτελούν κοινωνικό-πολιτιστικούς παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση των διαταραχών (Katzman, 1997 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012).

Εκλυτικοί Παράγοντες

Η πολύ αυστηρή δίαιτα οδηγεί σε ανορεξία εάν τα άτομα παρουσιάζουν ήδη ευαλωτότητα (Hsu, 1990 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Εάν υπάρχουν σχόλια τρίτων ή αίσθημα του ατόμου ότι είναι ‘παχύ’, το ίδιο ξεκινάει δίαιτα η οποία δύναται να οδηγήσει σε έντονη πείνα και ψυχολογική πίεση, που με τη σειρά τους οδηγούν σε υπερφαγικά επεισόδια (Polivy & Herman, 1985). Η κατάθλιψη επίσης μπορεί να είναι ένας εκλυτικός παράγοντας σε κάποιες περιπτώσεις (Rastam, 1992 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Όπως η αυτοκτονικότητα και οι διαταραχές της διάθεσης, έτσι και η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζονται πιο συχνά σε συγκεκριμένες εποχές, ενώ πρόσθετους εκλυκτικούς παράγοντες αποτελούν και τα δυσάρεστα γεγονότα ζωής (π.χ. θάνατος, απώλεια) (Mynors et al., 1992 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Τέλος, τόσο η ανορεξία όσο και η βουλιμία, έρχονται ορισμένες φορές και ως απάντηση σε σημαντικές μεταβάσεις ζωής, όπως είναι η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο ή η έναρξη της εφηβείας.

Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Επιβαρυντικοί θεωρούνται οι παράγοντες εκείνοι που συντηρούν και διαιωνίζουν τις διαταραχές αυτές. Ευρήματα από κλινικές μελέτες έχουν καταδείξει πώς η ασιτία επιφέρει επιπτώσεις τόσο στην ψυχολογική κατάσταση όσο και στην φυσική λειτουργία του ανθρώπου (Keys et al.,1950;, Hsu, 1990;, Garner, 1997 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Είναι γεγονός πως η κατάθλιψη σχετίζεται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Έτσι, το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη για να ανακτήσει την αυτοεκτίμηση του ξεκινάει δίαιτα, ενώ αποδιοργανώνεται η διάθεσή του λόγω της ασιτίας. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής (Stacher et al., 1992 όπως αναφέρεται στην Μανωλοπούλου, 2012). Στους επιβαρυντικούς παράγοντες εντάσσονται και οι νευροβιολογικοί. Το σώμα μας παράγει ουσίες - τα ενδογενή οπιοειδή - οι οποίες έχουν ως ρόλο τη βελτίωση της διάθεσης και τη μείωση της αίσθησης του πόνου. Η υπερβολική σωματική άσκηση που συχνά χρησιμοποιείται ως αντισταθμιστική συμπεριφορά στα άτομα με βουλιμία ή ανορεξία, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των συγκεκριμένων ουσιών και συνεπώς λειτουργεί ενισχυτικά στην εμφάνιση της διαταραχής (Davis, 1996; Epling & Pierce, 1992). Επιπλέον, κάποιοι ερευνητές (π.χ. Brewerton et al., 1992; Waller et al., 1986) εικάζουν πως η βουλιμία διαμεσολαβείται από το χαμηλό επίπεδο ενδογενών οπιοειδών, το οποίο αυξάνει την έντονη επιθυμία των ατόμων για κατανάλωση τροφής. Ως εκ τούτου, η κατανάλωση φαγητού οδηγεί σε μια αίσθηση ευημερίας και συνεπώς τα επεισόδια υπερφαγίας ενισχύονται (Hardy & Waller, 1998). Σύμφωνα με άλλες έρευνες, που έχουν διεξαχθεί σε ζώα, η σεροτονίνη σχετίζεται με το αίσθημα κορεσμού κατά την πρόσληψη της τροφής. Επομένως, τα επεισόδια υπερφαγίας που παρουσιάζουν τα βουλιμικά άτομα ενδέχεται να οφείλονται στην έλλειψη σεροτονίνης η οποία κάνει τα άτομα να μην αισθάνονται κορεσμό μετά την κατανάλωση τροφής. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Jimerson et al. (1997) και Levitan et al. (1997) έχει διαπιστωθεί πως στα άτομα με βουλιμία παρατηρείται φτωχότερη απόκριση στους αγωνιστές της σεροτονίνης. Αντίστοιχα, σύμφωνα με τους Kaye et al. (2009) υπάρχουν ενδείξεις ότι χαμηλά επίπεδα νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, συνδέονται με την εμφάνιση και διατήρηση της ψυχογενούς ανορεξίας. Κατά τους Kaplan

και Sadock (2007) στα βουλιμικά άτομα αναδεικνύεται μειωμένη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Ωστόσο, σε ένα ποσοστό ασθενών, μετά τους εμέτους, αυξάνεται η συγκέντρωση ενδορφινών στο πλάσμα, γεγονός που ενδέχεται να ενισχύει αυτή τη συμπεριφορά.

1.7 Συνέπειες των Διατροφικών Διαταραχών

Οι συνέπειες των διατροφικών διαταραχών είναι σημαντικές και πολυεπίπεδες, επηρεάζοντας κάθε πτυχή της ζωής των ατόμων. Τα άτομα που υποφέρουν από ψυχογενή βουλιμία και νευρική ανορεξία αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις στην καθημερινή τους ζωή, στις κοινωνικές τους σχέσεις και στην ψυχολογική τους ευεξία.

Ειδικότερα, όσον αφορά την καθημερινότητα των ατόμων, οι διαταραχές αυτές συνδέονται με έντονη ανησυχία για το φαγητό, τον έλεγχο των θερμίδων και το βάρος, ενασχολήσεις που καταναλώνουν σημαντικό χρόνο και ενέργεια. Για παράδειγμα, άτομα με νευρική ανορεξία μπορεί να περνούν ώρες προγραμματίζοντας τα γεύματά τους ή αποφεύγοντας κοινωνικές εκδηλώσεις που περιλαμβάνουν φαγητό (Fairburn & Harrison, 2003).

Επιπλέον, οι διατροφικές αυτές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας επηρεάζοντας καθοριστικά, κάποιες φορές μη αναστρέψιμα, τη ζωή του ατόμου και ως συνέπεια την καθημερινότητά του. Η ανεπαρκής διατροφή και η υπερβολική άσκηση δηλαδή μπορούν να οδηγήσουν σε εξάντληση, αναιμία, οστεοπόρωση και καρδιαγγειακά προβλήματα (Hudson et al., 2007). Ακόμη η καθημερινή λειτουργικότητα των ατόμων επηρεάζεται επίσης από τα προβλήματα ύπνου, την κόπωση και την αδυναμία συγκέντρωσης που προκύπτουν από την κακή διατροφή.

Από την άλλη, οι διατροφικές διαταραχές έχουν σημαντικές επιπτώσεις και στην κοινωνική ζωή των ατόμων. Οι πάσχοντες μπορεί να απομονώνονται κοινωνικά λόγω της ντροπής ή της ανησυχίας για το φαγητό. Οι κοινωνικές εκδηλώσεις που περιλαμβάνουν γεύματα μπορεί να προκαλούν έντονο άγχος, οδηγώντας σε αποφυγή αυτών και εν τέλει σε απομόνωσή τους (Treasure et al., 2010).

Επίσης, οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις. Οι συγκρούσεις και οι ανησυχίες για την υγεία του

πάσχοντα μπορεί να οδηγήσουν σε ένταση και αποξένωση από τα οικεία του πρόσωπα καθώς οι γονείς, οι φίλοι και οι σύντροφοι μπορεί να μην γνωρίζουν πώς να υποστηρίξουν το άτομο, (Daniel & Eisler, 2009).

Τέλος, η ψυχολογική ευεξία των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές επηρεάζεται βαθιά. Οι διαταραχές αυτές συνδέονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα αναξιότητας και έντονη αυτοκριτική. Οι πάσχοντες συχνά βιώνουν αίσθημα ντροπής και ενοχής για τις διατροφικές τους συνήθειες και την εμφάνισή τους (Fairburn et al., 1999). Επιπλέον, οι διατροφικές διαταραχές συχνά συνοδεύονται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας. Αυτές οι συνοσηρότητες επιδεινώνουν την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων και κάνουν την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών ακόμα πιο δύσκολη (Kaye et al., 2004). Ταυτόχρονα, οι ίδιες μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη γνωστική λειτουργία των ατόμων. Οι πάσχοντες μπορεί να δυσκολεύονται στη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων. Αυτές οι δυσκολίες μπορούν να επηρεάσουν την ακαδημαϊκή και επαγγελματική τους απόδοση, εντείνοντας περαιτέρω το αίσθημα ανικανότητας και αποτυχίας (Harrison et al., 2010).

Μέσα από την παρουσίαση των συνεπειών των διατροφικών διαταραχών διαφαίνεται η επιτακτική ανάγκη τόσο για προγράμματα πρόληψης όσο και για προγράμματα θεραπείας. Συγκεκριμένα, η σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας και η διαταραχή της καθημερινότητας των ατόμων καθιστούν απαραίτητη την άμεση και εντατική θεραπευτική παρέμβαση. Η κατανόηση των ψυχολογικών συνεπειών είναι επίσης κρίσιμη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών προγραμμάτων, ενώ η αντιμετώπιση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών είναι απαραίτητη για την πλήρη ανάρρωση των ατόμων από τις διατροφικές διαταραχές. Τα προγράμματα θεραπείας συχνά πρέπει να είναι συνδυαστικά και περιλαμβάνουν ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή και υποστήριξη από ομάδες αυτοβοήθειας για να βοηθηθούν τα άτομα να αναπτύξουν υγιείς διατροφικές συνήθειες και να ενισχύσουν την ψυχολογική τους ευεξία (Treasure et al., 2010). Παρόλα αυτά η παρέμβαση σε επίπεδα πρόληψης είναι αυτή που θα βοηθήσει καθοριστικά στην μείωση των ποσοστών εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών.

Κεφάλαιο 2: Κοινωνική και Πολιτισμική Διάσταση του Φαινομένου

Σε αυτό το κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζονται τα κύρια κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάδυση των διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, θα γίνει μία προσπάθεια διερεύνησης της σύνθετης σχέσης μεταξύ των στερεοτύπων, προκαταλήψεων, κοινωνικών αντιλήψεων και ΜΜΕ με τις πεποιθήσεις των ατόμων για το σώμα τους. Αρχικά, επιχειρείται ένας ορισμός και εξήγηση των παραπάνω εννοιών και στη συνέχεια εξετάζονται οι επιπτώσεις αυτών στις αντιλήψεις των ατόμων για την εικόνα σώματος και τις διατροφικές διαταραχές. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επίδραση των ΜΜΕ και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στη διαμόρφωση των προτύπων ομορφιάς, ενώ επισημαίνονται οι επιδράσεις τους στην αυτοεκτίμηση και στην ψυχική υγεία των νέων. Εν συνεχεία, εξετάζονται οι διαφοροποιημένες πεποιθήσεις για το σώμα και την ομορφιά σε διάφορους πολιτισμούς ώστε να μελετηθεί η επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου στις διατροφικές διαταραχές. Τέλος, συγκρίνονται οι μέθοδοι θεραπείας των διατροφικών διαταραχών μεταξύ δυτικών και ανατολικών πολιτισμών, εστιάζοντας στις διαφορετικές μεθόδους που υιοθετούνται σε κάθε περιοχή.

2.1 Ορισμός Στερεοτύπων και Προκαταλήψεων

Προτού αναλυθούν οι έννοιες στερεότυπο και προκατάληψη, κρίνεται σημαντικό να σημειωθεί πως η αναγνώριση της σημασίας που έχουν για την εμφάνιση και αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής είναι ουσιαστική για την αναγνώριση των αιτιών των διατροφικών διαταραχών. Ο όρος στερεότυπο προτάθηκε από τον Lippmann το 1922 όπως αναφέρεται στη Μπιμπασάκη, 2019, ο οποίος χρησιμοποίησε την έννοια επηρεασμένος από την σημασία που της απέδιδαν στον τομέα της τυπογραφίας, όπου σημαίνει το καλούπι, το οποίο χρησιμοποιείται για να δημιουργηθούν επαναλαμβανόμενες και όμοιες εικόνες σε χαρτί. Κατ' αναλογία, ο Lippmann χρησιμοποίησε την έννοια του στερεοτύπου για να προσδιορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι εφαρμόζουν το ίδιο «καλούπι» για τις εντυπώσεις που έχουν για όλα τα μέλη μιας ομάδας. Ο Lippmann θεωρούσε τα στερεότυπα ως γνωστικές δομές που δημιουργήθηκαν λόγω των ηθικών αξιών και της κουλτούρας οι οποίες «δεν συνάδουν αυτόματα με τον έξω κόσμο» άλλα χρησιμοποιούνται για να τον

απλοποιήσουν και τα θεωρούσε κοινωνικά και μη ουδέτερα. Υποστήριξε δηλαδή, ότι τα στερεότυπα είναι απλουστευμένα χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν κάποιες ομάδες και μας οδηγούν στο να αλλάζουμε τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο γύρω μας. Ακόμη, το Oxford English Dictionary στον ορισμό του για τα στερεότυπα επισημαίνει την ύπαρξη εκείνων των ιδιοτήτων που συντηρούν τα πράγματα αμετάβλητα, πασχίζουν για την ομαλότητα και την συνέχεια, μορφοποιούν καταστάσεις και καθορίζουν τις λεπτομέρειες της κοινωνικής συγκρότησης (Campbell et al., 1990). Τα στερεότυπα δύνανται να είναι είτε θετικά είτε αρνητικά και πολλές φορές βασίζονται στην περιορισμένη γνώση για μια κοινωνική ομάδα. Πολύ συχνά αφορούν συγκεκριμένες κοινωνικές κατηγορίες, όπως ένα σύνολο ανθρώπων με κοινή γεωγραφική καταγωγή, με κοινό επαγγελματικό προσανατολισμό, άτομα της ίδιας φυλής, μία ηλικιακή ομάδα, το γυναικείο ή το αντρικό φύλο. Παράλληλα, τα στερεότυπα είναι πιθανό να οδηγήσουν σε συγκρούσεις (κοινωνικές, θρησκευτικές, πολιτικές, φυλετικές) εάν ενδυναμωθούν και φτάσουν σε σημείο έντασης (Κοκκινάκη, 2005). Παρόλα αυτά τα στερεότυπα είναι λανθασμένα διότι δεν είναι δυνατόν να μπορούν να προσδιορίσουν με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά κάθε μέλους μίας ομάδας (Stangor, 2009). Κατά τον Schneider (2004), στη σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία ο πιο αποδεκτός και πιο διαδεδομένος ορισμός του στερεοτύπου είναι αυτός των Mackie et al. (1996) όπως αναφέρεται στη Μπιμπασάκη, 2019. Σύμφωνα με αυτόν το στερεότυπο είναι «μια γνωστική δομή που περιέχει τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες για κάποια ανθρώπινη κοινωνική ομάδα». Σε κάθε περίπτωση είναι περισσότερο προβληματικό το να χρησιμοποιούνται τα στερεότυπα από την καθ' αυτή ύπαρξή τους.

Από την άλλη, σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Allport (1954), η προκατάληψη είναι «μια αντιπάθεια που βασίζεται σε μια ελαττωματική και άκαμπτη γενίκευση». Μπορεί να αφορά μια ολόκληρη ομάδα ή ένα άτομο διότι είναι μέλος της ομάδας αυτής. Η προκατάληψη ορίστηκε από τους περισσότερους ερευνητές ως αρνητική αντίληψη και στάση. Παράλληλα, φαίνεται ότι τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις συνδέονται με έναν πολύπλοκο τρόπο όπως επισημαίνουν οι κοινωνικοί ψυχολόγοι. Ειδικότερα, τα στερεότυπα είναι πιθανό να δημιουργήσουν προκαταλήψεις αλλά και το αντίθετο, δηλαδή οι προκαταλήψεις μπορούν να οδηγήσουν σε στερεότυπα (Stangor, 2009). Σε πρόσφατους ορισμούς της προκατάληψης συνδέεται η ατομικού επιπέδου έμφαση της

ψυχολογίας με την εστίαση της κοινωνιολογίας σε ομαδικό επίπεδο, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στη δυναμικότητα της προκατάληψης. Ωστόσο, ο πιο σύγχρονος και πλήρης ορισμός , είναι αυτός των Dovidio et al., (2010): «Προκατάληψη είναι μία ατομική στάση (είτε υποκειμενικά θετική είτε αρνητική) προς τις ομάδες και τα μέλη τους που δημιουργούν ή διατηρούν σχέσεις ιεραρχικής κοινωνικής θέσης μεταξύ των ομάδων». Σύμφωνα με τους Dovidio et al., (2010), οι διαφορές κοινωνικού ρόλου και τάξης μεταξύ των ομάδων συντηρείται από τις προκαταλήψεις, ενώ παράλληλα τονίζουν πως οι αντιδράσεις των ατόμων επηρεάζουν αυτή την διαδικασία.

Επομένως, αναδεικνύεται η σημαντική επίδραση που έχουν τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των ανθρώπων που επηρεάζει καθοριστικά τη ζωή τους.

2.2 *Εικόνα Σώματος, Κοινωνικά Στερεότυπα και Διατροφικές Διαταραχές*

Η εικόνα σώματος είναι μια πολυδιάστατη και πολύπλοκη έννοια, η οποία αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται το σώμα τους. Η εικόνα σώματος αναφέρεται τόσο στις προσωπικές αντιλήψεις κάθε ατόμου για το σώμα του, όσο και στο πώς συμπεριφέρεται προς αυτό και προς τη φυσική του εμφάνιση (Cash & Pruzinsky, 2002). Η συγκεκριμένη έννοια δεν εμπεριέχει μόνο τα σωματικά χαρακτηριστικά , αλλά και τα ψυχολογικά συναισθήματα του εκάστοτε ανθρώπου για το σώμα του, που συχνά σχετίζονται με την αυτοεκτίμησή του, τη διατροφή και τον τρόπο ζωής του. Συχνά, τα άτομα συγκρίνουν το σώμα τους με το «ιδανικό» τύπο σώματος που αποκτάται μέσα από τα εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικά πρότυπα και την επίδραση των Μ.Μ.Ε. (Θεοδωράκης, 1999). Η εικόνα που έχουν τα άτομα για το σώμα τους επηρεάζεται από μία πληθώρα παραγόντων. Ο Tiggermann (2012), προτείνει τρεις σημαντικές πηγές κοινωνικοπολιτισμικών επιδράσεων στην αντίληψη των ατόμων για το σώμα τους: α) τους γονείς και τους σημαντικούς άλλους β) τους συνομηλίκους γ) τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Τα κοινωνικά στερεότυπα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας σώματος. Η «ιδανική» εικόνα σώματος είναι ένα μεταβλητό χαρακτηριστικό το οποίο διαμορφώνεται και επαναπροσδιορίζεται ανάλογα με το εκάστοτε κοινωνικοπολιτικό γίγνεσθαι. Τα πρότυπα που κυριαρχούν σε κάθε εποχή, τροποποιούν

τις αντιλήψεις της κοινωνίας για την εικόνα σώματος. Για παράδειγμα, στο σύγχρονο δυτικό πολιτισμό κυριαρχεί η αντίληψη πως η εξωτερική εμφάνιση και το αδύνατο σώμα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχία, την ευτυχία και την κοινωνική αποδοχή. Αντιθέτως, επικρατεί η αντίληψη πως ένα σώμα υπέρβαρο συνδέεται με οκνηρία και έλλειψη ενεργητικότητας. Τα συγκεκριμένα στερεότυπα έχουν οδηγήσει πολλούς ανθρώπους να θεωρούν πως το ιδανικό σώμα χαρακτηρίζεται από μία πολύ αδύνατη και καλλίγραμμη σιλουέτα. Αξίζει να αναφερθεί πως στις μη δυτικές κοινωνίες, δεν φαίνεται να υπάρχει αυτή η προτίμηση στο αδύνατο σώμα. Έχει διαπιστωθεί ότι στις δυτικές κοινωνίες, οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι στις άλλες κοινωνίες (Thompson & Stice, 2001).

Ο Smolak (2004), υποστηρίζει πως η εικόνα σώματος συνδέεται σημαντικά με το φύλο των ατόμων. Σύμφωνα με τη μελέτη των Shea και Pritchard (2007) το φύλο αποτέλεσε το κύριο παράγοντα επίδρασης στην αυτοεκτίμηση, την θετική εικόνα σώματος και το αδύνατο σώμα. Τα κορίτσια τείνουν να θεωρούν τον εαυτό τους παχύ, ακόμα και σε περιπτώσεις που έχουν χαμηλότερο βάρος σε σχέση με την ομάδα ομηλίκων (Smolak, 2004) και μάλιστα, οι έφηβες συχνά ξεπερνούν τα όρια του λεπτού προτύπου (Tiggeman, 2005). Γενικότερα υπάρχουν πολλά στοιχεία στη δυτική κοινωνία που καταδεικνύουν ότι το γυναικείο φύλο δεν είναι ευχαριστημένο με το σχήμα και το μέγεθος του σώματός τους. Η παραπάνω αναφορά προκύπτει από το γεγονός πως οι γυναίκες προσεγγίζονται μέσα από ένα σεξουαλικό πρίσμα ενώ οι άνδρες εκτιμώνται ανάλογα με τα επιτεύγματά τους. Επομένως, διαφαίνεται πως αυτή η διαιώνιση των στερεοτύπων, που επικρατούν για την κοινωνική θέση του ανδρικού και του γυναικείου φύλου διαδραματίζουν κύριο ρόλο για την εικόνα που τα άτομα σχηματίζουν για τον εαυτό τους. Οι αντιλήψεις αυτές έχουν αντίκτυπο στην προεφηβική ηλικία των κοριτσιών, όπου οι κοινωνικές αντιλήψεις για τα νέα κορίτσια είναι να έχουν ένα λεπτό ιδανικό γυναικείο σώμα σε αντίθεση με τα αγόρια όπου κανείς δεν προσδοκά να μοιάζουν στο ενήλικο αντρικό μυώδες σωματότυπο (Smolak, 2004). Αν και οι άντρες διαμόρφωναν ανέκαθεν σπανιότερα μια αρνητική εικόνας σώματος σε σύγκριση με τις γυναίκες (Andersen et al., 2000; Cohane & Pope, 2001), τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να δείχνουν αυξημένη σωματική δυσαρέσκεια και υπερβολική ενασχόληση με το σώμα τους (Andersenetal, 2000).

Αυτές οι αντιλήψεις για την εικόνα σώματος, όπως επίσης και η σωματική δυσαρέσκεια, επηρεάζουν άμεσα τις διατροφικές συμπεριφορές των ατόμων. Η εικόνα που έχουν τα άτομα για το σώμα τους δύναται να αποτελέσει κινητήριο παράγοντα για την αλλαγή στη διατροφή τους. Ωστόσο, στην περίπτωση δυσαρέσκειας σώματος μπορεί κανείς να υιοθετήσει ανθυγιεινούς τρόπους ελέγχου του βάρους και όχι συμπεριφορές που βοηθούν, όπως η γυμναστική (Neumark-Sztainer et al., 2006). Με λίγα λόγια, δεδομένης της δυσαρέσκειας που αισθάνονται οι άνθρωποι για το σώμα τους προσπαθούν να μειώσουν το βάρος τους καταφεύγοντας σε περιοριστικές δίαιτες, γεγονός που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση βουλιμικής συμπεριφοράς (Shroff & Thompson 2006).

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως η επίδραση των κοινωνικών προτύπων στις αντιλήψεις των ατόμων για τον εαυτό τους και τις διατροφικές διαταραχές είναι καταλυτική, και η κατανόηση αυτών είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής.

2.3 Μέσα Ενημέρωσης και Προκαταλήψεις για την Εικόνα του Σώματος

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media) θεωρούνται ένας βασικός παράγοντας διαμόρφωσης των κοινωνικών προτύπων σώματος. Η σχέση ανάμεσα στις διατροφικές διαταραχές και τη χρήση κοινωνικών μέσων έχει προκαλέσει έντονη ανησυχία τα τελευταία χρόνια, καθώς η αλληλεπίδραση με πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης φαίνεται να συμβάλλει δραματικά στην επιδείνωση προβλημάτων που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος και τις διατροφικές συνήθειες.

Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί πως οι τηλεθεατές που εκτίθενται συχνά σε εικόνες «τέλειων» σωμάτων εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ανθυγιεινών συμπεριφορών που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία ή η βουλιμία (Fardouly et al., 2015). Κάτι παρόμοιο φαίνεται να συμβαίνει και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι η αλληλεπίδραση σε πλατφόρμες, όπως το Instagram και το Tik Tok, με προφίλ που προβάλλουν εξαιρετικά αδύνατα σώματα και προγράμματα απώλειας βάρους (Holland & Tiggemann, 2016) οδηγεί πολλές φορές στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών. Υπάρχουν μάλιστα και συγκεκριμένες κοινότητες και hashtags που προωθούν ανθυγιεινές συμπεριφορές, δημιουργώντας μια

κουλτούρα που υποστηρίζει τη διατροφική διαταραχή ως τρόπο ζωής (Rodgers et al., 2016). Η έκθεση σε τέτοιες εικόνες μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση των χρηστών, οδηγώντας τους στην αναζήτηση ανθυγιεινών μεθόδων για την επίτευξη των μη ρεαλιστικών στόχων που προβάλλονται (Levine & Murnen, 2009). Τα νεαρά άτομα φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή στην ταύτιση τους με τα πρότυπα των Μ.Μ.Ε και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, ενώ παράλληλα υπάρχουν διαφορές στο πώς επηρεάζονται οι άνδρες και οι γυναίκες από τα μέσα αυτά σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές.

Οι νέοι αποτελούν το μέρος του πληθυσμού που ταυτίζεται περισσότερο με τα ιδανικά πρότυπα ελκυστικότητας που προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Bedford & Johnson, 2006; Lewallen & Behm-Morawitz, 2016; Pruis & Janowsky, 2010; Wadsworth & Johnson, 2008). Αυτό συμβαίνει εξαιτίας ποικίλων ψυχολογικών, κοινωνικών και αναπτυξιακών παραγόντων. Ένας σημαντικός λόγος για αυτήν την επιρροή είναι η ανάγκη των νέων για αποδοχή και κοινωνική ένταξη. Οι νέοι επιθυμούν να γίνονται αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους και να ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες. Αυτό τους οδηγεί συχνά στο να υιοθετούν πρότυπα και συμπεριφορές που παρουσιάζονται ως «ιδανικά» από τα Μ.Μ.Ε., ακόμη και αν αυτά τα πρότυπα είναι μη ρεαλιστικά ή ανθυγιεινά όπως προαναφέρθηκε (Steinberg & Monahan, 2007).

Ακόμη, κατά την εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή, οι νέοι περνούν μια σημαντική φάση ανάπτυξης της ταυτότητάς τους, κατά την οποία η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα τους είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες σε εξωτερικές επιρροές (Arnett, 1999). Τα Μ.Μ.Ε. συχνά παρουσιάζουν ιδανικά πρότυπα ομορφιάς και επιτυχίας, τα οποία μπορούν να διαμορφώσουν τις απόψεις των νέων για το πώς πρέπει να μοιάζουν και να συμπεριφέρονται. Επιπρόσθετα, οι νέοι κάνουν εκτεταμένη χρήση της τεχνολογίας και των social media γεγονός που ενισχύει την πιθανότητα επιρροής τους. Οι ίδιοι, περνούν πολύ χρόνο στο διαδίκτυο και τα social media, όπου εκτίθενται συνεχώς σε περιεχόμενο που προωθεί συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς και τρόπου ζωής. Αυτή η συνεχής έκθεση μπορεί να οδηγήσει σε συγκρίσεις με αυτά τα πρότυπα και σε αρνητική εικόνα του σώματος (Fardouly et al., 2015).

Τέλος σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η έλλειψη κριτικής σκέψης και η περιορισμένη εμπειρία ζωής που καθιστούν τους νέους πιο ευάλωτους στις επιρροές των Μ.Μ.Ε. και των social media. Συγκεκριμένα, τα νεαρά άτομα μπορεί να μην διαθέτουν την ικανότητα να αξιολογούν κριτικά το περιεχόμενο που καταναλώνουν και να αναγνωρίζουν τις μη ρεαλιστικές ή χειραγωγικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα Μ.Μ.Ε. για να προωθήσουν συγκεκριμένα πρότυπα (Livingstone, 2009).

Είναι γεγονός πως τα δύο φύλα επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο από τα Μ.Μ.Ε και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Παγκοσμίως, το ιδανικό γυναικείο σώμα θεωρείται το καλλίγραμμο και αδύνατο, όπως ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, και η τάση αυτή επηρέασε και τη χώρα μας καθώς το μεσογειακό γυναικείο σώμα ως ιδανικό έχει αντικατασταθεί από το πολύ αδύνατο και γυμνασμένο (Boepple et al., 2016; Carrotte et al., 2017). Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη αρνητικής εικόνας σώματος σε σχέση με τους άνδρες (Tiggemann, 2004), γεγονός που ενισχύεται από την συνεχή έκθεση σε «ιδανικές» σιλουέτες που προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Βέβαια, το πόσο μεγάλη θα είναι η επιρροή τους στις γυναίκες εξαρτάται κυρίως, από το βαθμό εσωτερίκευσης των προβαλλόμενων μηνυμάτων και των επιπέδων κοινωνικής σύγκρισης (Cusumano & Thompson, 1997; Thompson et al., 1999; Thompson & Heinberg, 1999; Wilcox & Laird, 2000). Εάν η επιρροή είναι μεγάλη τότε αυξάνεται το άγχος, ο θυμός, τα επίπεδα κατάθλιψης και η δυσαρέσκεια με το σώμα γεγονός που μπορεί οδηγήσει τις γυναίκες σε έντονη επιθυμία μείωσης του βάρους τους και κατά συνέπεια στην ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής. Από την άλλη, το ζήτημα αυτό επηρεάζει και τον ανδρικό πληθυσμό. (Blond, 2008; McCabe & Ricciardelli, 2003; Nuttall, 2015; Yazdani et al., 2018). Για αυτούς «τέλειο» θεωρείται το μυώδες σώμα με σχήμα V (Boepple et al., 2016; Carrotte et al., 2017). Έτσι, η επιρροή των Μ.Μ.Ε. και των social media στους άνδρες περιορίζεται κυρίως στην εικόνα του σώματός τους και την επιθυμία ενδυνάμωσης του μυϊκού τους συστήματος (Cahill & Mussap, 2007).

Γιατί όμως υπάρχει αυτή η σχέση φύλου και επιρροής από τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης; Με βάση τις ερμηνείες των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν τη σχέση του φύλου με την

επιρροή από τα Μ.Μ.Ε. και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ως προς την εικοόνα του σώματος και τη δυσαρέσκεια ή την ικανοποίηση από αυτή, έχουν χρησιμοποιηθεί δύο βασικές θεωρίες: i) της κοινωνικής σύγκρισης και ii) της αυτό-αντικειμενοποίησης. Από την μία, η θεωρία της Κοινωνικής Σύγκρισης (Festinger, 1954) υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι συγκρίνουν τους εαυτούς τους με άλλους για να αυτοαξιολογηθούν και οι συγκρίσεις μπορεί να αποβούν είτε «προς τα πάνω» είτε «προς τα κάτω», με την τελευταία να λειτουργεί συχνά ως προστατευτικός μηχανισμός για την αποδοχή του εαυτού (Myers & Crowther, 2009). Από την άλλη, η θεωρία της Αυτο-Αντικειμενοποίησης (Fredrickson & Roberts, 1997) επικεντρώνεται στην έκθεση στα Μ.Μ.Ε., η οποία ενισχύει την τάση να βλέπουν οι άνθρωποι το σώμα τους ως αντικείμενο. Αυτή η εσωτερίκευση των ιδανικών προτύπων οδηγεί σε μεγαλύτερη επένδυση στην εξωτερική εμφάνιση και δυσαρέσκεια με αυτήν και αφορά κυρίως το γυναικείο σώμα, το οποίο προβάλλεται έντονα στα Μ.Μ.Ε. για εμπορικούς λόγους (Stice, 2002).

Παρόμοια, οι Stormer και Thompson (1996) αναφέρουν τρεις κύριες προσεγγίσεις για την ανάπτυξη δυσαρέσκειας με το σώμα και των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής: (α) την κοινωνική σύγκριση, (β) την κοινωνικο-πολιτισμική προσέγγιση, και (γ) τους αναπτυξιακούς παράγοντες κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες, ιδιαίτερα η επιρρόη των Μ.Μ.Ε., είναι οι σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη δυσαρέσκειας με το σώμα και διαταραχών πρόσληψης της τροφής (Stormer & Thompson, 1996; Thompson & Heinberg, 1999). Οι έρευνες αυτές διακρίνονται σε πειραματικές και συσχετιστικές μελέτες, με τις περισσότερες να εστιάζουν στις γυναίκες εφηβικής και νεαρής ηλικίας (Cusumano & Thompson, 1997; Strahan et al., 2007; Thompson et al., 1999; Wilcox & Laird, 2000; Yamamiya et al., 2005).

Επομένως, συμπεραίνουμε πως η συνεχής έκθεση σε πρότυπα ομορφιάς μέσω των Μ.Μ.Ε και social media μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και την ψυχική υγεία των χρηστών. Έρευνες υποδεικνύουν ότι η προβολή τέτοιων προτύπων μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ανασφάλειας και δυσαρέσκειας με το σώμα, προάγοντας την επιθυμία για απώλεια βάρους ή βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης (Perloff, 2014).

Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης σε αυτό το επίπεδο.

2.4 Διαπολιτισμικές Αντιλήψεις για το Σώμα και την Ομορφιά

Οι αντιλήψεις για την ομορφιά και τη σημασία του σώματος ποικίλλουν σημαντικά παγκοσμίως, επηρεαζόμενες από πολιτισμικούς, κοινωνικούς και ιστορικούς παράγοντες. Αυτές οι αντιλήψεις δεν είναι στατικές, αλλά αλλάζουν συνεχώς, αντικατοπτρίζοντας τις κοινωνικές αξίες, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις πολιτικές συνθήκες κάθε εποχής και τόπου. Η έννοια της ομορφιάς είναι πολυσύνθετη και διαφέρει μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών. Οι αντιλήψεις για το ιδανικό σώμα και την ομορφιά επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση και την ψυχολογική ευημερία των ατόμων, καθώς και τη συμπεριφορά τους. Οι πολιτισμικές διαφορές στην αντίληψη της ομορφιάς και του σώματος αναδεικνύουν τη σημασία της κατανόησης των διαφορετικών προτύπων και αξιών που επικρατούν σε κάθε κοινωνία. Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικότερες αντιλήψεις που επικρατούν για τα πρότυπα ομορφιάς σε διαφορετικούς πολιτισμούς.

Στους δυτικούς πολιτισμούς, η αντίληψη της ομορφιάς επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα Μ.Μ.Ε., τη μόδα και την ποπ κουλτούρα. Τα πρότυπα ομορφιάς συχνά προωθούνται μέσω της διαφήμισης και των μέσων ενημέρωσης, δημιουργώντας συγκεκριμένα ιδανικά για το σώμα και την εξωτερική εμφάνιση. Κατά την Αναγέννηση στην Ευρώπη, η ομορφιά συνδεόταν με την ευημερία και την υγεία. Οι γυναίκες με καμπύλες και γεμάτες σιλουέτες θεωρούνταν ιδανικές, καθώς αντανακλούσαν πλούτο και καλή διατροφή (Fletcher, 2008). Στη σύγχρονη εποχή όμως, η προβολή αδύνατων μοντέλων και διασημοτήτων ως πρότυπα ομορφιάς έχει οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα ανησυχίας για την εικόνα του σώματος και διατροφικές διαταραχές (Grabe et al., 2008). Στις δυτικές κοινωνίες, η κοινωνική πίεση για την επίτευξη του ιδανικού σώματος είναι έντονη. Η αδύνατη σιλουέτα και η νεανική εμφάνιση προβάλλονται ως ιδανικά, οδηγώντας σε αυξημένη χρήση καλλυντικών, πλαστικών επεμβάσεων και δίαιτας (Swami et al., 2010). Κάτι παρόμοιο φαίνεται να ισχύει και για την Αυστραλία και την Ωκεανία όπου οι αντιλήψεις για το σώμα και την ομορφιά διαμορφώνονται από την πολιτισμική

κληρονομιά και τις επιρροές από τις δυτικές χώρες. Σημαντικά στοιχεία της ομορφιάς και εδώ θεωρούνται η φυσική εμφάνιση και η υγεία (Miller et al., 2011).

Από την άλλη πλευρά, οι ανατολικοί πολιτισμοί έχουν διαφορετικά πρότυπα ομορφιάς και αντιλήψεις για το σώμα, που συχνά βασίζονται σε παραδοσιακές αξίες και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζονται από την ιστορία, την κουλτούρα και τις κοινωνικές δομές κάθε περιοχής. Στην Ιαπωνία, η ομορφιά συνδέεται με την απλότητα και τη φυσικότητα. Οι γυναίκες επιδιώκουν τη λεπτή και κομψή εμφάνιση, με έμφαση στη λευκή επιδερμίδα και την απαλότητα. Η χρήση του μακιγιάζ είναι διακριτική και στοχεύει στην ενίσχυση της φυσικής ομορφιάς (Ashikari, 2005). Στην Κίνα, τα πρότυπα ομορφιάς έχουν επηρεαστεί από την παραδοσιακή κινεζική κουλτούρα και τις σύγχρονες δυτικές επιρροές. Η λευκή επιδερμίδα θεωρείται σημαντικό χαρακτηριστικό της ομορφιάς, ενώ η λεπτότητα και η κομψότητα είναι επίσης σημαντικές (Brownell, 2005). Στην Ινδία, η ομορφιά συνδέεται με την υγεία και την ευημερία. Η παραδοσιακή ινδική κουλτούρα δίνει έμφαση στις καμπύλες και τη γεμάτη σιλουέτα, αν και η σύγχρονη ινδική κοινωνία έχει υιοθετήσει και δυτικά πρότυπα ομορφιάς (Bakhshi, 2011).

Οι αφρικανικοί πολιτισμοί έχουν ποικίλες αντιλήψεις για την ομορφιά και το σώμα, που συχνά αντανακλούν τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες της περιοχής. Στη Δυτική Αφρική, η πληθωρική σιλουέτα θεωρείται σημάδι υγείας, ευημερίας και γονιμότητας. Οι γυναίκες με καμπύλες θεωρούνται όμορφες και επιθυμητές, και η πληθωρικότητα συνδέεται με την κοινωνική επιτυχία (Mvo et al., 1999). Στην Ανατολική Αφρική, η ομορφιά συνδέεται με τη νεότητα και τη φυσική εμφάνιση. Οι γυναίκες που διατηρούν τη φυσική τους εμφάνιση και δεν καταφεύγουν σε καλλυντικά ή πλαστικές επεμβάσεις θεωρούνται πιο όμορφες (Hunter, 2002). Στη Νότια Αφρική, τα πρότυπα ομορφιάς ποικίλλουν μεταξύ των διαφορετικών εθνοτικών ομάδων. Η πληθωρική σιλουέτα είναι συχνά προτιμητέα, ενώ η λευκή επιδερμίδα θεωρείται σημάδι ομορφιάς και υψηλού κοινωνικού στάτους (Hunter, 2002).

Στην αμερικανική ήπειρο, οι αντιλήψεις για το σώμα και την ομορφιά ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμικών και εθνοτικών ομάδων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, τα πρότυπα ομορφιάς επηρεάζονται έντονα από τα Μ.Μ.Ε και

τη βιομηχανία της μόδας. Η αδύνατη σιλουέτα και η αθλητική εμφάνιση προβάλλονται ως ιδανικά, οδηγώντας σε αυξημένη χρήση καλλυντικών, δίαιτας και πλαστικών επεμβάσεων (Calogero et al., 2010). Στη Λατινική Αμερική, τα πρότυπα ομορφιάς είναι πιο ποικίλα και περιλαμβάνουν την πληθωρική σιλουέτα και τις καμπύλες. Η ομορφιά συνδέεται με τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα, και οι γυναίκες που διαθέτουν καμπύλες θεωρούνται πιο ελκυστικές (Ríos et al., 2010). Οι αυτόχθονες λαοί της Αμερικής έχουν διαφορετικά πρότυπα ομορφιάς που συνδέονται με τις παραδοσιακές τους αξίες και την πολιτισμική τους κληρονομιά. Η φυσική εμφάνιση και η σύνδεση με τη φύση θεωρούνται σημαντικά χαρακτηριστικά της ομορφιάς (González, 2006).

Αναντίρρητα, οι πολιτισμικές διαφορές στις αντιλήψεις για την ομορφιά και την εικόνα σώματος έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Συνεπώς, η κατανόηση των πολιτισμικών διαφορών στη διαμόρφωση των προτύπων ομορφιάς είναι ουσιαστική για την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε περιοχής.

2.5 Διαφορές στην Επίπτωση και στην Θεραπεία των Διατροφικών Διαταραχών

Η μελέτη των διαφορών μεταξύ δυτικών και ανατολικών πολιτισμών αποκαλύπτει σημαντικές διαφορές σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων της κουλτούρας, της φιλοσοφίας, των κοινωνικών δομών και των αντιλήψεων για την υγεία. Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες πτυχές αυτής της σύγκρισης είναι οι διαφορές στην επίπτωση και την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, οι οποίες επηρεάζουν σοβαρά την υγεία και την ευημερία των ατόμων. Οι διαφορές στην αντίληψη της αυτοεκτίμησης και της αυτοεικόνας μεταξύ των δυτικών και ανατολικών πολιτισμών επηρεάζουν την εμφάνιση και την ένταση των διατροφικών διαταραχών (Tsai, 2000). Οι επιπτώσεις και η θεραπεία τους διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των δυτικών και ανατολικών χωρών, λόγω των πολιτιστικών, κοινωνικών και οικονομικών διαφορών που υπάρχουν ανάμεσά τους. Στους δυτικούς πολιτισμούς, η έμφαση στην ατομικότητα, την αυτονομία και την προσωπική επίτευξη συνδέεται με τις αυξημένες προσδοκίες και πιέσεις για το ιδανικό σώμα και την εξωτερική εμφάνιση. Αυτό εν συνεχεία συνδέεται με την πίεση για ένα λεπτό σώμα και την αρνητική αντίληψη για το σωματικό βάρος που προωθούνται από τα μέσα ενημέρωσης (Becker et al., 2002). Στις δυτικές χώρες, η θεραπεία συνήθως

περιλαμβάνει διεπιστημονικές προσεγγίσεις, με ψυχολόγους, διατροφολόγους και ψυχιάτρους να συνεργάζονται για να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα (Fairburn, 2008). Οι γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Wilson et al., 2007) ενώ, σε σοβαρές περιπτώσεις, η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι απαραίτητη, με εξειδικευμένες κλινικές να παρέχουν εντατική θεραπεία και παρακολούθηση για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών (Treasure et al., 2010). Επομένως, διαφαίνεται πως στις δυτικές χώρες, η έμφαση δίνεται στην επιστημονική ιατρική και ψυχοθεραπεία (Keel & Klump, 2003) και πως οι διατροφικές διαταραχές αναγνωρίζονται ως ψυχιατρικές οντότητες που χρειάζονται θεραπεία (Lee & Lee, 2000).

Από την άλλη, παρόλο που οι διατροφικές διαταραχές είναι λιγότερο συχνές στους ανατολικούς πολιτισμούς, η ψυχογενής ανορεξία είναι η πιο κοινή διαταραχή μεταξύ αυτών, και συχνά εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στους δυτικούς πολιτισμούς (Nakamura et al., 1999). Η έμφαση στη συλλογικότητα, στις παραδοσιακές αξίες και οι διαφορετικές αντιλήψεις που επικρατούν στον ανατολικό κόσμο για την υγεία και το σώμα επηρεάζουν την ανάπτυξη, την έκφραση και τη θεραπεία αυτών των διαταραχών (Pike & Dunne, 2015). Όσον αφορά τη θεραπεία για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Κίνα και η Ιαπωνία, οι παραδοσιακές ιατρικές πρακτικές, όπως η κινεζική ιατρική και η χρήση βοτάνων, παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών (Lee et al., 2009). Η παραδοσιακή κινεζική ιατρική συνδυάζει το σώμα και το πνεύμα σε ένα ενιαίο σύνολο, προωθώντας την ισορροπία και την αρμονία. Ακόμη, η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών με την οικογενειακή υποστήριξη και τη συλλογική αντιμετώπιση να είναι βασικά στοιχεία της θεραπείας (Pike & Borovoy, 2004). Όσον αφορά τις αυξημένες επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών στις κοινωνίες τις Ανατολής, αυτές οφείλονται στην αστικοποίηση και στην παγκοσμιοποίηση, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στην αντίληψη του σώματος (Lee et al., 2010). Όμως, η διεθνής συνεργασία και η ανταλλαγή πληροφοριών έχουν οδηγήσει σε υιοθέτηση και ενσωμάτωση δυτικών θεραπευτικών μεθόδων σε ανατολικούς πολιτισμούς, όπως η χρήση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε συνδυασμό με παραδοσιακές μεθόδους (Chen & Jackson, 2008).

2.6 Συγκριτική Ανάλυση Ανατολικών και Δυτικών Πολιτισμών

Η συγκριτική ανάλυση των πολιτισμικών αντιλήψεων για το σώμα και την ομορφιά αναδεικνύει τις διαφορές και τις ομοιότητες μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών. Τα ιδανικά σώματα ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των πολιτισμών, αντανακλώντας τις κοινωνικές αξίες και τις πολιτισμικές πεποιθήσεις.

Στους δυτικούς πολιτισμούς και την Ωκεανία, η αδύνατη σιλουέτα και η νεότητα θεωρούνται ιδανικά. Τα Μ.Μ.Ε διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των αντιλήψεων για το σώμα και την ομορφιά καθώς η προβολή αδύνατων προτύπων ομορφιάς μέσω της τηλεόρασης, των περιοδικών και του διαδικτύου είναι εκτενής (Grabe et al., 2008). Αυτό έχει οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά διατροφικών διαταραχών στο δυτικό κόσμο. Η θεραπεία που ακολουθείται συνήθως είναι επικεντρωμένη στην ψυχοθεραπεία και στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Από την άλλη, στους ανατολικούς και αφρικανικούς πολιτισμούς τα ποσοστά αυτά είναι σαφώς μικρότερα, καθώς η πληθωρική σιλουέτα και η φυσική εμφάνιση είναι προτιμητέες, όπως αναφέρθηκε (Swami et al., 2010). Σε αυτούς η θεραπεία σχετίζεται με την παράδοση και το πως αντιμετωπίζουν τις ασθένειες γενικότερα (π.χ. χρήση βοτάνων).

Όμως, η παγκοσμιοποίηση έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις αντιλήψεις για το σώμα και την ομορφιά παγκοσμίως. Η αλληλεπίδραση των πολιτισμών έχει οδηγήσει σε ανταλλαγή γνώσεων και πρακτικών, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ομορφιά και το σώμα τους. Η διάδοση των δυτικών προτύπων ομορφιάς μέσω των Μ.Μ.Ε και της διαφήμισης έχει επηρεάσει τις αντιλήψεις για το σώμα και την ομορφιά σε πολλούς πολιτισμούς. Αυτή η πολιτισμική ανταλλαγή και η ενσωμάτωση έχουν οδηγήσει τους πολιτισμούς να υιοθετούν και να ενσωματώνουν στοιχεία από άλλες κουλτούρες, δημιουργώντας νέες αντιλήψεις για το σώμα και την ομορφιά (Chen & Jackson, 2008). Έτσι, πολλοί ανατολικοί πληθυσμοί, επηρεαζόμενοι από τη Δύση, αρχίζουν να ακολουθούν τα αδύνατα πρότυπα με κίνδυνο αύξησης των ποσοστών εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στο μέλλον.

Κεφάλαιο 3: Οικογενειακό Περιβάλλον και Διατροφικές Διαταραχές

Στο παρόν κεφάλαιο, εξετάζεται η επιρροή που έχουν οι γονείς στην ανάπτυξη και αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Αρχικά, θα μελετηθεί ο ρόλος των γονέων ως πρότυπα για τις διατροφικές συμπεριφορές και την εικόνα σώματος των παιδιών τους και στη συνέχεια θα αναλυθούν τα χαρακτηριστικά των γονέων που σχετίζονται με την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, όπως οι υπερπροστατευτικές συμπεριφορές, η τελειομανία και οι οικογενειακές συγκρούσεις. Επιπλέον, θα παρουσιαστούν τα χαρακτηριστικά των γονέων που σχετίζονται με την ψυχογενή βουλιμία, εστιάζοντας στην ασταθή οικογενειακή οργάνωση και στις αντιφατικές συμπεριφορές μεταξύ των γονέων. Τέλος, θα συζητηθεί η σημασία της πρώιμης αναγνώρισης των διατροφικών διαταραχών από τους γονείς και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος υποστήριξης καθώς και η ανάγκη συνεργασίας των γονέων με τους ειδικούς ψυχικής υγείας.

3.1 Ο Ρόλος του Γονέα ως Πρότυπο

Η επιρροή των γονέων στην εικόνα σώματος και στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους είναι αδιαμφισβήτητα πολυδιάστατη και σημαντική. Οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπο διαμορφώνοντας τις πρώτες διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις των παιδιών τους, οι οποίες ενδέχεται να έχουν μεταγενέστερα συνέπειες στον τρόπο ζωής τους. Αρχικά, οι διατροφικές επιλογές των ίδιων των γονέων συχνά αντανακλώνται στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Loth et al. (2016), οι γονείς που προβάλλουν υγιεινές διατροφικές πρακτικές ενισχύουν την πιθανότητα τα παιδιά τους να αναπτύξουν αντίστοιχες συμπεριφορές στο μέλλον. Ωστόσο, η επιβολή αυτών των συνηθειών μπορεί να προκαλέσει στα παιδιά αντιδράσεις που οδηγούν σε αρνητικές διατροφικές αντιλήψεις. Μάλιστα, τα παιδιά οικογενειών που επιμένουν σε αυστηρές δίαιτες και αυστηρά προγράμματα γυμναστικής άσκησης δύναται να υιοθετήσουν ακραίες διατροφικές πρακτικές (Neumark-Stzainer et al., 2004).

Υποστηρίζεται επίσης, πως οι έκδηλες ανησυχίες και οι έντονοι προβληματισμοί των γονέων για το βάρος τους και την δική τους εμφάνιση μπορεί να μεταφερθούν στα παιδιά, παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (Rodgers et al., 2013) καθώς η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και την

εικόνα σώματος, ενισχύει την ανασφάλεια και την αυτοκριτική στα νέα άτομα. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως έρευνες έχουν δείξει ότι οι μητέρες που ασκούν έντονη κριτική σχετικά με το βάρος και την εμφάνισή τους ή ακολουθούν αυστηρές δίαιτες, μεταδίδουν αυτές τις πεποιθήσεις στα παιδιά τους, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (Kluck, 2010). Αντίστοιχα, οι πατεράδες που δίνουν έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση και στην αθλητική επίδοση μπορεί να ασκήσουν πίεση στα παιδιά τους να διατηρήσουν συγκεκριμένα σωματικά πρότυπα, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας (Smolak & Levine, 2015)

Εκτός, όμως, από την επιρροή που ασκούν οι αντιλήψεις των γονέων για την δική τους εικόνα και ο τρόπος που βλέπουν οι ίδιοι τον εαυτό τους, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι υψηλές προσδοκίες που θέτουν στα παιδιά τους. Οι πιέσεις που ασκούν οι οικογένειες στα παιδιά τους για επιτυχία σε όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης, ενδέχεται να ενισχύσουν την εμμονή των παιδιών με τα κιλά και την εικόνα σώματος (Stice, 2002). Αυτή η πίεση, μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον, όπου τα παιδιά αισθάνονται ότι είναι υποχρεωμένα να ανταποκριθούν σε ανέφικτα πρότυπα τελειότητας.

Επιπροσθέτως, η αλληλεπίδραση μεταξύ γονέα και παιδιού είναι ουσιαστικής σημασίας για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι γονείς επηρεάζουν την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα, οι γονείς που επιβάλλουν υπερβολικό έλεγχο ή τιμωρούν τα παιδιά τους για να διαχειριστούν τις διατροφικές τους συνήθειες μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματική ανησυχία στα παιδιά, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ανθυγιεινές διατροφικές πρακτικές.

3.2 Χαρακτηριστικά Γονέων με Μέλος με Νευρική Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία

Έρευνες όπως αυτές του Le Grange et al., (2010), υποδεικνύουν πως οι γονείς των ατόμων με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν συχνά υπερπροστατευτικές και ελεγκτικές συμπεριφορές, οι οποίες μπορεί να μειώσουν την αυτονομία του παιδιού και να ενισχύσουν την ανάγκη του να ελέγξει το βάρος του. Ωστόσο, αυτή η θεωρία έχει δεχθεί κριτική (Attia & Walsh, 2009) καθώς επισημαίνεται ότι αυτές οι συμπεριφορές των γονέων ίσως είναι μία αντίδραση στη διαταραχή του παιδιού και όχι η πρωτογενής αιτία της νευρικής ανορεξίας. Δηλαδή, οι γονείς ενδέχεται να αυξήσουν τον έλεγχο τους όταν

αντιληφθούν μία επικίνδυνη συμπεριφορά του παιδιού τους (Minuchin et al., 1978). Επομένως, η επίδραση της γονικής συμπεριφοράς στην ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας πρέπει να μελετάται προσεκτικά, καθώς είναι πιθανό οι αντιδράσεις των γονέων να είναι συνέπεια και όχι η αιτία της διαταραχής.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό που περιγράφει τους γονείς ατόμων με ανορεξία είναι η τελειομανία και οι υψηλές προσδοκίες (Shafran et al., 2002;, Strober, 1980) για ακαδημαϊκή ή κοινωνική επιτυχία. Αυτά μπορεί να επιφέρουν πίεση στο παιδί να συμμορφωθεί με τα αυστηρά πρότυπα, γεγονός που ενδέχεται να οδηγήσει στην εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών, όπως η ανορεξία. Αυτές οι ιδιότητες μπορεί να διαμορφώσουν στα παιδιά την αντίληψη κατάκτησης του ιδανικού, προωθώντας την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας, η οποία συνοδεύεται από την αίσθηση του τέλειου σώματος.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Eisler et al. (1997), οι συγκρουσιακές οικογενειακές σχέσεις μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας. Οι οικογενειακές συγκρούσεις και η έλλειψη υποστήριξης μπορούν να δημιουργήσουν ένα κλίμα αβεβαιότητας και ανασφάλειας στο παιδί, γεγονός που ενδέχεται να ενισχύσει την τάση του να ελέγχει την τροφή του ως τρόπο αντιμετώπισης της εσωτερικής του σύγκρουσης και του άγχους. Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι οι συγκρουσιακές σχέσεις δεν είναι η μοναδική αιτία, αλλά συνδυάζεται με άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της διαταραχής.

Οι οικογένειες των ατόμων με βουλιμία χαρακτηρίζονται από έντονη διαπροσωπική οριοθέτηση, ασταθή οικογενειακή οργάνωση, ενώ αποτελούνται από άτομα που δεν αποφεύγουν τις εντάσεις και τις συγκρούσεις. Κύριο γνώρισμα στην οικογενειακή συνθήκη των εφήβων με βουλιμία, είναι η αδιαφορία και η έλλειψη φροντίδας κυρίως από την πλευρά της μητέρας. Από την άλλη, ένας υπερπροστατευτισμός από την μεριά του πατέρα συχνά παρατηρείται σε αυτές τις οικογένειες.

Το συγκεκριμένο μοτίβο οικογένειας οδηγεί το παιδί στη διαμόρφωση ενός σχήματος οικογένειας «που ασκεί έλεγχο χωρίς αγάπη» (Vandereycken, 2002). Οι οικογένειες των ατόμων που εκδηλώνουν βουλιμία παρουσιάζουν ελλιπή υποστήριξη

προς τα παιδιά τους, χαμηλά επίπεδα συνοχής και εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα βίαιων συμπεριφορών και συγκρουσιακών καταστάσεων (Fairburn et al., 1997). Σύμφωνα με μελέτες, αυτές οι συγκρούσεις και η συνακόλουθη συναισθηματική αστάθεια αποτελούν παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής καθώς τα άτομα προσπαθούν να περιορίσουν το άγχος και την ένταση που αισθάνονται μέσω της κατανάλωσης τροφής (Johnson & Connors, 1987). Αυτή η στρατηγική διαχείρισης του άγχους μέσω της τροφής αναδεικνύεται ως μηχανισμός αντιμετώπισης της συναισθηματικής πίεσης που προέρχεται από τις οικογενειακές συγκρούσεις.

Όπως αναφέρθηκε, στη περίπτωση της ανορεξίας, έτσι και στις οικογένειες ατόμων με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζεται υπερπροστατευτική και ελεγκτική συμπεριφορά, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει το νέο άτομο στην ανάγκη να αποκτήσει τον έλεγχο μέσω της διατροφής (Pike & Rodin, 1991).

3.3 Δεσμός Προσκόλλησης και Διατροφικές Διαταραχές

Ο John Bowlby ανέπτυξε τη θεωρία της προσκόλλησης βασισμένος στην ιδέα ότι οι πρώιμες σχέσεις μεταξύ παιδιού και φροντιστών επηρεάζουν βαθιά την συναισθηματική ανάπτυξη και την ικανότητα του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει υγιείς σχέσεις στην ενήλικη ζωή (Bowlby, 1982). Πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ της εμφάνισης διαταραχών λήψης της τροφής και των τύπων προσκόλλησης. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν καταδείξει ότι τα άτομα με ανορεξία συχνά έχουν ανασφαλή προσκόλληση, με την αποφευκτική να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Αυτός ο τύπος προσκόλλησης, εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές με την υπερβολική ανάγκη για έλεγχο και την απόρριψη των σωματικών αναγκών, γεγονός που συμβάλλει στην εμφάνιση της ανορεξίας (Ward et al., 2000). Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς με βουλιμία εμφανίζουν συχνά ανασφαλή-αμφίθυμη προσκόλληση, καθώς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους και χρησιμοποιούν το φαγητό ως μέσο ανακούφισης από το άγχος (Ty & Francis, 2013). Σε έρευνα τους οι Becker et al. (1987), κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με βουλιμία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς διαταραχές πρόσληψης της τροφής, σε μια υποκλίμακα μέτρησης των αμφίθυμων διαπροσωπικών σχέσεων και του φόβου της απώλειας αντικειμένου. Μπορούμε συνεπώς να συμπαιράνουμε, πως η εμμονή των

ατόμων να ελέγξουν την πρόσληψη τροφής, πιθανόν απαντά στην ανάγκη τους να ρυθμίσουν το άγχος, την ανασφάλεια και τα έντονα συναισθήματα που βιώνουν, τα οποία ίσως εξαρτώνται από τις δυσλειτουργικές σχέσεις προσκόλλησης που ανέπτυξαν στην παιδική τους ηλικία.

3.4 Ο Ρόλος του Γονέα στην Αναγνώριση και Αντιμετώπιση Διατροφικών Διαταραχών

Οι γονείς διαδραματίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών στα παιδιά τους. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η κατάλληλη υποστήριξη μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην αποτελεσματική έκβαση της θεραπείας και στην βελτίωση των συμπτωμάτων. Συνήθως, υπάρχουν κάποιες πρώιμες ενδείξεις στις διατροφικές διαταραχές που μπορούν να αναγνωριστούν από τις οικογένειες. Αρχικά, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές μπορεί να αποφεύγουν γεύματα, να ανησυχούν για την ποσότητα αλλά και την ποιότητα του φαγητού που καταναλώνουν, ή να επιδεικνύουν αυστηρότητα με τις διατροφικές τους επιλογές (DSM-5-TR). Ταυτόχρονα, οι γονείς μπορεί να παρατηρήσουν πως τα παιδιά τους παρουσιάζουν έντονο άγχος, περιορισμένη διάθεση για κοινωνικές επαφές, ενώ ενδέχεται να είναι ευαίσθητα στα σχόλια για το σώμα και την εικόνα τους (Smink et al., 2012). Εκτός όμως, από τις αλλαγές στην συναισθηματική τους κατάσταση, υπάρχει διαφορά και στη σωματική (π.χ. απώλεια βάρους, αδιαθεσία, ζαλάδες) ή άλλα χαρακτηριστικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά, (π.χ. υπερβολική άσκηση, μυστικότητα γύρω από το φαγητό, αποφυγή κοινωνικών εκδηλώσεων που σχετίζονται με το φαγητό) που μπορεί να σηματοδοτούν την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής (Fairburn & Harrison, 2003).

Αφού αναγνωριστούν τα συμπτώματα, είναι σημαντικό οι γονείς να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την επικοινωνία χωρίς κριτική. Η ειλικρινής συζήτηση και η αποδοχή βοηθά το παιδί να μοιραστεί τις ανησυχίες, τα συναισθήματα και τις σκέψεις του (Levine & Piran, 2001). Αδιαμφισβήτητα, ένας από τους σημαντικότερους ρόλους των γονέων για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής είναι η αναζήτηση βοήθειας από διατροφολόγους και ειδικούς ψυχικής υγείας καθώς και η υποστήριξη του παιδιού τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σύμφωνα με τον Treasure et al. (2010), η οικογενειακή συμμετοχή και η

ομαλή συνεργασία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

Συμπερασματικά, η έγκαιρη αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών είναι κρίσιμη για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών, καθώς μέσω της πρώιμης και κατάλληλης παρέμβασης, η οικογένεια μπορεί να παίξει ουσιαστικό ρόλο στην αποτροπή και άμεση παρέμβαση για την αντιμετώπιση των διαταραχών.

Κεφάλαιο 4: Θεραπευτικές Προσεγγίσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης της Τροφής

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύονται οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης της τροφής. Ειδικότερα, εξετάζονται οι γνωσιακή συμπεριφορική και η διαπροσωπική θεραπεία, ως κύριοι μέθοδοι, ενώ τονίζεται η σημασία της οικογενειακής θεραπείας. Επίσης, αναφέρεται ο πολυδιάστατος ρόλος των κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη και συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας, στοχεύοντας στην παροχή μιας ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής θεραπείας.

4.1 Θεραπεία των Διατροφικών Διαταραχών

Η αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση που μπορεί να συνδυάζει διάφορες θεραπευτικές τεχνικές. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται μία από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες για αυτές τις διαταραχές εστιάζοντας στην αναγνώριση και τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών που συνδέονται με τη διαταραχή. Βοηθά τους ασθενείς να αναπτύξουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες και να διαχειριστούν τα συναισθήματα που οδηγούν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές (Fairburn et al., 2015).

Μία άλλη αποτελεσματική θεραπεία είναι η διαπροσωπική θεραπεία (Interpersonal Psychotherapy). Η διαπροσωπική θεραπεία εστιάζει στις σχέσεις και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των ασθενών, με στόχο τη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και την επίλυση προβλημάτων στις σχέσεις, που μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών (Agras et al., 2017).

Συχνά, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία όσο και η διαπροσωπική θεραπεία συνδυάζονται με την οικογενειακή θεραπεία. Η οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, κυρίως στους εφήβους. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, με σκοπό την υποστήριξη της ανάρρωσης του ασθενούς και τη βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων (Lock & Le Grange, 2015).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων όπως η κατάθλιψη ή το άγχος που σχετίζονται με τις

διατροφικές διαταραχές. Συνήθως, η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με ψυχοκοινωνικές θεραπείες για καλύτερα αποτελέσματα (Hay et al., 2019). Επιπλέον, οι διατροφολόγοι παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς συνεργάζονται με τους ασθενείς για την ανάπτυξη υγιεινών διατροφικών προτύπων και την επίτευξη ισορροπημένης διατροφής. Αυτή η διατροφική συμβουλευτική είναι σημαντική για την αποκατάσταση της φυσικής υγείας των ασθενών (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016). Συνεπώς, είναι σαφές ότι η διεπιστημονική προσέγγιση ενισχύει την αρμονία και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, επιτρέποντας μια πιο συνολική προσέγγιση στην καταπολέμηση των διατροφικών διαταραχών (Levine & Piran, 2019). Η συνεργασία μεταξύ των επιστημόνων διασφαλίζει ότι οι διάφορες πτυχές της διαταραχής εξετάζονται από ειδικούς με επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων, προωθώντας έτσι μια πιο ολοκληρωμένη και συνεκτική θεραπευτική διαδικασία.

4.2 Χρήση της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, όπως προαναφέρθηκε, είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες και αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών όπως η ανορεξία, η βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας που εστιάζει στην αναγνώριση και την τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με αυτές τις διαταραχές (Fairburn et al., 2015). Στη ΓΣΘ, οι θεραπευτές εργάζονται με τους ασθενείς για να αναγνωρίσουν και να αλλάξουν τις προβληματικές πεποιθήσεις τους σχετικά με την τροφή, το βάρος και την εικόνα του σώματος. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση διαφόρων τεχνικών, όπως η αποδόμηση αρνητικών σκέψεων, η εκμάθηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης του άγχους και η σταδιακή έκθεση σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος (Murphy et al., 2018). Μέσω αυτής της διαδικασίας, οι ασθενείς μαθαίνουν να αντικαθιστούν ανθυγιεινές συμπεριφορές με πιο υγιείς στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους και των συναισθημάτων τους. Ένα σημαντικό στοιχείο της ΓΣΘ είναι η δημιουργία ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου που ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και στόχους κάθε ασθενούς. Το σχέδιο αυτό περιλαμβάνει την παρακολούθηση της διατροφικής πρόσληψης, την εκπαίδευση για την υγιεινή διατροφή και την ανάπτυξη στρατηγικών για την αποφυγή

υποτροπών (Fairburn et al., 2015). Επιπλέον, η ΓΣΘ μπορεί να περιλαμβάνει ατομικές, ομαδικές ή οικογενειακές συνεδρίες, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς (Lock & Le Grange, 2015). Η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ έχει επιβεβαιωθεί μέσω πολλών μελετών και κλινικών δοκιμών, οι οποίες δείχνουν ότι η ΓΣΘ μπορεί να μειώσει σημαντικά τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών (Thompson & Park, 2015). Επίσης, η ΓΣΘ έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων της θεραπείας σε μακροπρόθεσμο επίπεδο (Murphy et al., 2018). Συνολικά, η ΓΣΘ είναι μια θεμελιώδης θεραπευτική προσέγγιση για τις διατροφικές διαταραχές, παρέχοντας τις απαραίτητες στρατηγικές και εργαλεία για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών και την επίτευξη ανάρρωσης που διατηρείται στο χρόνο.

4.2.1 Χρήση της Οικογενειακής Θεραπείας στην Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών

Η οικογενειακή θεραπεία είναι αναπόσπαστο μέρος της διαχείρισης και ανάρρωσης από διατροφικές διαταραχές, επειδή αναγνωρίζει και ασχολείται με τις οικογενειακές δυναμικές που επηρεάζουν την ανάπτυξη και διατήρηση αυτών των διαταραχών. Οι διατροφικές διαταραχές, δεν πλήττουν μόνο το άτομο που πάσχει αλλά και την οικογενειακή μονάδα στο σύνολό της, καθιστώντας την οικογενειακή θεραπεία σημαντική για τη βιώσιμη ανάρρωση και την επίτευξη μακροπρόθεσμων αλλαγών. Η οικογενειακή θεραπεία προσεγγίζει τα προβλήματα αυτά με μια ολοκληρωμένη μέθοδο, εστιάζοντας στις αλληλεπιδράσεις, τις σχέσεις και τις επικοινωνιακές πρακτικές εντός της οικογένειας. Ένας βασικός στόχος της θεραπείας είναι να εντοπιστούν και να τροποποιηθούν οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση ή την επιδείνωση της διατροφικής διαταραχής (Lock et al., 2013). Η θεωρία της οικογενειακής θεραπείας υποστηρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές συχνά εκδηλώνονται ως αποτέλεσμα οικογενειακών προβλημάτων, όπως η υπερπροστατευτικότητα, οι συγκρούσεις και η ανεπαρκής επικοινωνία (Minuchin et al., 1978). Η οικογενειακή θεραπεία περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις και τεχνικές. Μία από τις κύριες είναι η θεραπεία που εστιάζει στην ενδυνάμωση της οικογένειας, η οποία επικεντρώνεται στην ενίσχυση των δεσμών και στην ανάπτυξη στρατηγικών για την

υποστήριξη και την επικοινωνία (Nichols, 2013). Αυτή η προσέγγιση έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην ανάρρωση από διατροφικές διαταραχές, καθώς προάγει τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που ενθαρρύνει υγιείς διατροφικές συνήθειες και ενδυναμώνει την αυτοεκτίμηση. Η οικογενειακή θεραπεία βοηθά τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τις συναισθηματικές τους ανάγκες και τις αλληλεπιδράσεις που σχετίζονται με τη διατροφική διαταραχή. Μέσω αυτής της διαδικασίας, οι οικογένειες μαθαίνουν να επικοινωνούν αποτελεσματικότερα και να υποστηρίζουν το άτομο με τη διαταραχή, μειώνοντας την ένταση και τις συγκρούσεις (Vitousek et al., 1998). Επιπλέον, η θεραπεία αναγνωρίζει την ανάγκη για αλλαγές στις οικογενειακές δυναμικές που ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου, όπως η ενίσχυση της αυτονομίας και η ανάπτυξη υγιών στρατηγικών για την επίλυση συγκρούσεων.

Η θεραπεία που ονομάζεται "Θεραπεία Βασιζόμενη στην Οικογένεια" (Family-Based Treatment - FBT), αναπτύχθηκε ειδικά για την ανορεξία και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών (Lock & Le Grange, 2013). Η FBT επικεντρώνεται στη διαχείριση της διαταραχής με τη συμμετοχή των γονέων και άλλων μελών της οικογένειας στην διαδικασία ανάρρωσης. Ο κύριος στόχος είναι η αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους του ατόμου και η ενίσχυση της υποστήριξης από την οικογένεια, με τους γονείς να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της διατροφής του παιδιού τους. Με τον τρόπο αυτό, η οικογένεια συμβάλλει στην αποκατάσταση των φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών και της σωματικής υγείας του ατόμου. Μελέτες δείχνουν ότι οι οικογένειες που συμμετέχουν σε θεραπεία πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα στην αποκατάσταση των διατροφικών συνηθειών και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου με τη διαταραχή σε σχέση με εκείνες που δεν συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία (Eisler et al., 2000). Η θεραπεία ενισχύει επίσης την ικανότητα της οικογένειας να διαχειρίζεται το άγχος και να επιλύει προβλήματα με θετικό τρόπο, προάγοντας μια πιο υγιή και υποστηρικτική οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Ωστόσο, η επιτυχία της οικογενειακής θεραπείας εξαρτάται από τη συμμετοχή και τη δέσμευση όλων των μελών της οικογένειας. Η ενεργή συμμετοχή και η ειλικρινής επικοινωνία είναι κρίσιμες για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων. Εάν κάποιο μέλος

της οικογένειας δεν είναι πρόθυμο να συμμετάσχει ή να συνεργαστεί, μπορεί να προκύψουν εμπόδια στην πρόοδο της θεραπείας (Eisler et al., 2000). Επομένως, η θεραπεία συχνά περιλαμβάνει και την εκπαίδευση των οικογενειακών μελών για την κατανόηση της διατροφικής διαταραχής και την ανάπτυξη των αναγκαίων δεξιοτήτων για την υποστήριξη του ατόμου που πάσχει.

Συνολικά, η οικογενειακή θεραπεία προσφέρει μια αποτελεσματική και υποστηρικτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών, προάγοντας την κατανόηση, την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μέσω της οικογενειακής θεραπείας, οι οικογένειες μπορούν να επιτύχουν μια βαθύτερη κατανόηση των προκλήσεων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές και να ενισχύσουν την ικανότητά τους να παρέχουν υποστήριξη και φροντίδα στο άτομο που πάσχει, επιδιώκοντας την ανάρρωση και ευημερία του (Vall & Wade, 2003).

4.3 Ο Ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών στην Πρόληψη και την Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών

4.3.1 Πρόληψη

Αν και η θεραπεία αυτών των διαταραχών είναι κρίσιμη, η πρόληψη αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό στόχο στην επίτευξη του οποίου καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι προωθούν πρωτοβουλίες και προγράμματα εκπαίδευσης και πρόληψης που στοχεύουν στην παροχή πληροφόρησης για τους κινδύνους και τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών. Είναι λοιπόν σημαντικό να αναφερθούμε στις στρατηγικές πρόληψης των διατροφικών διαταραχών. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (Βαζαίος, 2013).

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου και στην ενίσχυση των παραγόντων προστασίας πριν εμφανιστούν τα πρώτα σημάδια μιας διατροφικής διαταραχής. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση για τα θέματα αυτά. Η ενημέρωση των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών σχετικά με τις υγιείς διατροφικές συνήθειες, την αποδοχή του σώματος και την επικινδυνότητα των διατροφικών διαταραχών είναι κρίσιμη (Stice et al., 2007) καθώς,

η δημιουργία υποστηρικτικών περιβαλλόντων στα σχολεία και στις κοινότητες μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά και τους εφήβους να αναπτύξουν θετική εικόνα για το σώμα τους και υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από εκπαιδευτικές καμπάνιες τις οποίες μπορεί να οργανώσουν κοινωνικοί λειτουργοί του δήμου, του σχολείου ή εργαζόμενοι σε νοσοκομεία ή ψυχιατρικές δομές. Οι καμπάνιες αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν ομάδες συζήτησης, διαδραστικές δραστηριότητες και αθλητικά προγράμματα.

Μέσω αυτών των σεμιναρίων, εργαστηρίων και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, οι κοινωνικοί λειτουργοί συμβάλλουν στην καταπολέμηση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων που συχνά συνοδεύουν τις διατροφικές διαταραχές (Treasure et al., 2010) και έχουν ως στόχο την ενδυνάμωση και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αποδοχής του σώματος (Neumark-Sztainer et al., 2010; Piran, 2010).

Επιπροσθέτως, οι κοινωνικοί λειτουργοί συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη και προώθηση πολιτικών υγείας που ενισχύουν την πρόληψη μέσω της συνεργασίας τους με κρατικούς οργανισμούς, μη κυβερνητικές οργανώσεις και άλλους φορείς με στόχο να διασφαλίσουν την επάρκεια των πόρων και των υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, ενώ ταυτόχρονα προωθούν την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και τη διευκόλυνση της πρόσβασης στη φροντίδα (Μιχαήλ, 2020).

Παράλληλα, στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέραμε πόσο μεγάλη επίδραση έχουν τα Μ.Μ.Ε και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για την εικόνα του σώματος και κατά συνέπεια για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών. Η προώθηση θετικών προτύπων σώματος στα Μ.Μ.Ε. μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή της κοινωνικής πίεσης για το υπερβολικά λεπτό σώμα. Η ανάδειξη της ποικιλομορφίας των σωματότυπων και η αποδοχή της φυσικής εμφάνισης μπορεί να μειώσει τη δυσαρέσκεια για το σώμα (Levine & Piran, 2001). Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν και εδώ να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές με τη συμμετοχή τους σε τηλεοπτικά προγράμματα που σχετίζονται με την υγεία.

Η δευτερογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση σε άτομα που παρουσιάζουν αρχικά σημάδια διατροφικών διαταραχών. Οι στρατηγικές αυτές περιλαμβάνουν αρχικά προγράμματα ανίχνευσης των διαταραχών αυτών στα άτομα. Συγκεκριμένα, μπορούν να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν εργαλεία ανίχνευσης για τη διατροφή και την εικόνα του σώματος σε σχολεία και χώρους εργασίας. Αυτό, μπορεί να βοηθήσει στην ταυτοποίηση ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο και έτσι να επιτρέψει την άμεση παρέμβαση και την παροχή υποστήριξης πριν οι διαταραχές γίνουν σοβαρές (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Οι στρατηγικές αυτές θα έχουν αποτέλεσμα μόνο με την εκπαίδευση εκπαιδευτικών και γονέων και με την επάνδρωση των σχολείων με κοινωνικούς λειτουργούς για την αναγνώριση πρώιμων σημάτων διατροφικών διαταραχών. Η ενημέρωση από τους τελευταίους προς τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για τα σημάδια κινδύνου και η κατανόηση του τρόπου παρέμβασης μπορούν να βοηθήσουν στην άμεση παροχή βοήθειας (Becker et al., 2014).

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στη μείωση των επιπτώσεων και των υποτροπών σε άτομα που ήδη πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Οι στρατηγικές τριτογενούς πρόληψης περιλαμβάνουν α) την πρόληψη από τον κίνδυνο υποτροπής (Fairburn, 2008) και β) τη δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων, όπως ομάδες αυτοβοήθειας και συμβουλευτικής, που μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να διαχειριστούν τις προκλήσεις της ανάρρωσης και να παραμείνουν υγιή (Wilson et al., 2007). Στις στρατηγικές αυτές μπορούν και συμβάλλουν καθοριστικά οι κοινωνικοί λειτουργοί όπως διαφαίνεται στο επόμενο υποκεφάλαιο.

4.3.2 Αντιμετώπιση-Θεραπεία

Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών είναι πολυεπίπεδος και περιλαμβάνει την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και συμβουλευτικής τόσο για τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, προσφέροντας ολοκληρωμένη υποστήριξη και βοήθεια στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αιτιών που οδηγούν σε αυτές τις διαταραχές.

Ειδικότερα, συμβάλλουν σημαντικά στην αξιολόγηση και διάγνωση των διατροφικών διαταραχών, και συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας για τη

δημιουργία ενός εξατομικευμένου σχεδίου θεραπείας (Thompson & Park, 2015). Εργάζονται μαζί με ψυχολόγους για την εφαρμογή της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας και άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων, με στόχο την αντιμετώπιση των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών που συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές (Fairburn et al., 2015).

Επίσης, η συνεργασία με διατροφολόγους είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι διατροφολόγοι προσφέρουν καθοδήγηση και εκπαίδευση στους ασθενείς σχετικά με τη σωστή διατροφή, βοηθώντας τους να αναπτύξουν ισορροπημένα διατροφικά πρότυπα και να αποκαταστήσουν τη σωματική τους υγεία (Academy of Nutrition and Dietetics, 2016). Οι κοινωνικοί λειτουργοί συντονίζουν αυτές τις διαδικασίες και διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς ακολουθούν τις διατροφικές οδηγίες. Παράλληλα, υπάρχει στενή συνεργασία με ψυχιάτρους για την παρακολούθηση και την προσαρμογή των φαρμακευτικών θεραπειών που μπορεί να είναι αναγκαίες για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχικών καταστάσεων, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος (Hay et al., 2019). Αυτό περιλαμβάνει την τακτική αξιολόγηση της προόδου του ασθενούς και την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, εφόσον είναι απαραίτητο, μέσω συχνών συναντήσεων με άλλους ειδικούς για τη συνολική αξιολόγηση της υγείας του ατόμου.

Οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι κοινωνικοί λειτουργοί επιπρόσθετα, παρέχουν συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ατομική και ομαδική θεραπεία και στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης των ασθενών (Murphy et al., 2018), στην υποστήριξη και καθοδήγησή τους, βοηθώντας τους να κατανοήσουν την κατάστασή τους, να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους και να αναπτύξουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση της διαταραχής (Moses, 2019). Η υποστήριξη αυτή μέσω της συμβουλευτικής βοηθά στην αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης και άλλων ψυχολογικών παραγόντων που συνδέονται με τη διαταραχή (Geller et al., 2017). Επιπλέον, οι κοινωνικοί λειτουργοί ενθαρρύνουν την ενεργή συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, παρέχοντας εκπαίδευση και υποστήριξη για την κατανόηση και την αντιμετώπιση της διατροφικής διαταραχής (Geller et al., 2017).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί υποστηρίζουν επίσης την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Παρέχουν συμβουλευτική και βοήθεια στην αναζήτηση εργασίας, στην εκπαίδευση και στη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση των ασθενών. Επιπλέον, βοηθούν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προκλήσεων και των διακρίσεων που μπορεί να συναντήσουν οι ασθενείς (Σπυρίδης, 2016).

Συνολικά, οι κοινωνικοί λειτουργοί διαδραματίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. Μέσω της εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας με άτομα, με ομάδες αλλά και με την κοινότητα εξασφαλίζεται αποτελεσματικά τόσο η ενημέρωση και η πρόληψη των ατόμων όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές αλλά συνάμα και η αντιμετώπισή τους.

Συζήτηση – Συμπεράσματα – Προτάσεις

Οι διατροφικές διαταραχές, της νευρικής ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας, αποτελούν σοβαρά ζητήματα ψυχικής υγείας που επηρεάζουν βαθιά την ποιότητα ζωής και την ευημερία των ατόμων. Στη σύγχρονη εποχή, αυτές οι διαταραχές έχουν εξελιχθεί σε παγκόσμιο πρόβλημα, με αυξανόμενα ποσοστά εμφάνισης, ιδίως στις δυτικές κοινωνίες. Η παρούσα πτυχιακή εργασία βασίζεται σε μια εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και εστιάζει στην κατανόηση του κοινωνικού και οικογενειακού πλαισίου εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών καθώς και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Μέσα από αυτή τη μελέτη, αναδεικνύεται η πολυπαραγοντική φύση αυτών των διαταραχών, καθώς και οι περίπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ κοινωνικών, οικογενειακών και ατομικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και εξέλιξή τους (Fairburn & Harrison, 2003).

Τα κοινωνικά στερεότυπα σχετικά με το σώμα και την ομορφιά έχουν βαθιά επίδραση στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Τα στερεότυπα αυτά βασίζονται στην πεποίθηση ότι η λεπτότητα ισοδυναμεί με ομορφιά, επιτυχία και ευτυχία, ενώ η παχυσαρκία συνδέεται με την αποτυχία και την αδυναμία αυτοελέγχου. Αυτές οι αντιλήψεις δεν προωθούνται μόνο από τα Μ.Μ.Ε. αλλά και από την ευρύτερη κοινωνία, ενσωματώνονται στις πολιτισμικές αξίες και επηρεάζουν τις συμπεριφορές και τις στάσεις των ατόμων. Οι προκαταλήψεις για το σωματικό βάρος επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση των ατόμων και συχνά οδηγούν σε κοινωνικό στιγματισμό (Brewis, 2014). Οι άνθρωποι που δεν ανταποκρίνονται στα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς μπορεί να βιώνουν περιθωριοποίηση και διακρίσεις, γεγονός που ενισχύει την απομόνωση και την ανάγκη για προσαρμογή σε αυτά τα πρότυπα, ακόμη και μέσω επικίνδυνων μεθόδων όπως η αυστηρή δίαιτα, η υπερβολική άσκηση, ή ακόμη και η χρήση επικίνδυνων ουσιών. Οι προκαταλήψεις αυτές είναι συχνά ενσωματωμένες σε διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής, όπως στην εκπαίδευση, την εργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η έλλειψη ενημέρωσης και η διαιώνιση αυτών των στερεοτύπων συντελούν στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να αναπτυχθούν και να εδραιωθούν.

Όπως φάνηκε από την επιστημονική βιβλιογραφία, η πίεση που ασκείται από τα Μ.Μ.Ε. και τα κοινωνικά δίκτυα για την επίτευξη ενός «ιδανικού» σώματος παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Από την μία η προβολή προτύπων λεπτότητας και ομορφιάς από τα Μ.Μ.Ε. δημιουργεί μια στρεβλή αντίληψη για την εικόνα του σώματος, εντείνοντας την ανασφάλεια και την ανησυχία για το σωματικό βάρος. Η έρευνα δείχνει ότι οι νεαρές γυναίκες, κυρίως, επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από αυτά τα πρότυπα, γεγονός που συχνά οδηγεί σε ακραίες δίαιτες, υπερβολική άσκηση και άλλες επιβλαβείς συμπεριφορές (Rodgers & Paxton, 2010). Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, η δυσαρέσκεια με το σώμα και το άγχος για το βάρος είναι συνηθισμένα φαινόμενα που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Τα Μ.Μ.Ε. όχι μόνο προωθούν πρότυπα λεπτότητας, αλλά και ενισχύουν την ιδέα ότι η εξωτερική εμφάνιση είναι το κλειδί για την επιτυχία και την κοινωνική αποδοχή. Αυτή η εμμονή με την εμφάνιση οδηγεί συχνά τα άτομα σε υπερβολικές προσπάθειες για να συμμορφωθούν με αυτά τα πρότυπα, ακόμη και αν αυτό σημαίνει ότι θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους (Levine & Murnen, 2009). Η διαφήμιση προϊόντων αδυνατίσματος, καλλυντικών και ρούχων που απευθύνονται σε λεπτά σώματα συμβάλλει επίσης στη διατήρηση αυτών των προτύπων (Levine & Murnen, 2009). Τα Μ.Μ.Ε. ενισχύουν την αντίληψη ότι η αξία ενός ατόμου εξαρτάται από την εξωτερική του εμφάνιση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές, ιδίως μεταξύ των νέων που είναι πιο επιρρεπείς σε αυτές τις επιρροές.

Από την άλλη, οι κοινωνικές συγκρίσεις που διενεργούνται μέσω των social media ενισχύουν την αίσθηση ανεπάρκειας και την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της εμφάνισης. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης εντείνουν αυτή την πίεση, καθώς επιτρέπουν στους χρήστες να δημοσιεύουν και να μοιράζονται εικόνες και περιεχόμενο που συχνά ενισχύει τη δυσαρέσκεια με το σώμα τους (Gremillion, 2003). Πλατφόρμες όπως το Instagram, το TikTok και το Facebook έχουν δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου η εμφάνιση συχνά γίνεται αντικείμενο αξιολόγησης και σύγκρισης. Τα φίλτρα εικόνας και οι τεχνικές επεξεργασίας που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία «τέλειων» εικόνων αυξάνουν την πίεση για να ανταποκριθούν οι χρήστες σε αυτά τα πρότυπα, συχνά οδηγώντας σε αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και την ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σημαντική είναι επίσης η επιρροή των πολιτισμικών παραγόντων (Bordo, 1993). Σε κοινωνίες όπου η λεπτότητα θεωρείται απαραίτητο στοιχείο επιτυχίας και κοινωνικής αποδοχής, οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα. Αντίθετα, σε πολιτισμούς όπου η παχυσαρκία συνδέεται με ευημερία, όπως σε ορισμένες αφρικανικές ή μεσανατολικές κοινωνίες, οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να εμφανίζονται λιγότερο συχνά ή να έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Οι ανατολικές κοινωνίες, όπως η Ιαπωνία και η Κορέα, αρχίζουν επίσης να υιοθετούν δυτικά πρότυπα ομορφιάς, με αποτέλεσμα την αύξηση των διατροφικών διαταραχών σε αυτές τις περιοχές. Η πίεση για την επίτευξη της λεπτότητας και της αψεγάδιαστης εμφάνισης γίνεται όλο και πιο έντονη, ιδίως μεταξύ των νέων γυναικών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η παγκοσμιοποίηση έχει οδηγήσει σε μια διάχυση των δυτικών προτύπων ομορφιάς σε όλο τον κόσμο, επηρεάζοντας τις αντιλήψεις για το σώμα ακόμα και σε πιο παραδοσιακές κοινωνίες. Οι πολιτισμικές προσδοκίες σχετικά με την εικόνα του σώματος και τα πρότυπα ομορφιάς επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων, προκαλώντας συχνά στρες και ανασφάλεια (Levine & Murnen, 2009). Αυτό έχει δημιουργήσει νέες προκλήσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών σε διεθνές επίπεδο, καθώς τα παραδοσιακά πρότυπα συγκρούονται με τα νέα πρότυπα που επιβάλλει η παγκοσμιοποίηση. Η διαφορά στην επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στις δύο αυτές πολιτισμικές ομάδες δείχνει την ανάγκη για πολιτισμικά ευαίσθητες προσεγγίσεις στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. Αυτό περιλαμβάνει την προσαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας στις πολιτισμικές αξίες και τις αντιλήψεις κάθε κοινωνίας.

Η οικογένεια διαδραματίζει επίσης έναν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και την πορεία των διατροφικών διαταραχών (Miller et al., 2011). Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια, η επικοινωνία, και τα πρότυπα που υιοθετούνται επηρεάζουν βαθιά την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία των ατόμων. Η αυστηρή επιβολή προτύπων σχετικά με το βάρος και την εξωτερική εμφάνιση, καθώς και οι συγκρουσιακές σχέσεις, μπορούν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών και να εμποδίσουν τη θεραπεία. Αντίστοιχα, η έλλειψη υποστήριξης ή η συναισθηματική αποστασιοποίηση μπορεί να λειτουργήσει επιβαρυντικά, ενισχύοντας τις διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων από τα μέλη της

οικογένειας και η παροχή συναισθηματικής στήριξης είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών.

Η οικογένεια είναι το πρώτο και πιο σημαντικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται ένα άτομο, και οι δυναμικές μέσα στην οικογένεια έχουν άμεση επίδραση στην ψυχολογική ανάπτυξη και την ευημερία του. Στην περίπτωση των διατροφικών διαταραχών, η οικογένεια μπορεί να διαδραματίσει έναν διττό ρόλο: αφενός, μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά, παρέχοντας την απαραίτητη στήριξη και κατανόηση για την πρόληψη της ανάπτυξης τέτοιων διαταραχών αφετέρου, αφετέρου όμως, μπορεί να λειτουργήσει και επιβαρυντικά, όταν οι δυναμικές μέσα στην οικογένεια εντείνουν τις διαταραγμένες αντιλήψεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με το φαγητό και την εικόνα του σώματος. Έρευνες δείχνουν ότι οι γονείς που ασκούν έντονη πίεση για επιτυχία, είτε αυτή αφορά ακαδημαϊκά επιτεύγματα είτε την εξωτερική εμφάνιση, μπορεί να ενισχύσουν την ανασφάλεια και την αυτοκριτική στα παιδιά τους (Miller, 2010). Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα παιδιά μπορεί να προσπαθούν να επιτύχουν τον έλεγχο της ζωής τους μέσω του ελέγχου του σωματικού τους βάρους και της διατροφής τους, οδηγώντας σε διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία ή η ψυχογενής βουλιμία.

Σύμφωνα με τους Rodger & Paxton, (2010) η έννοια του «γονεϊκού προτύπου» είναι επίσης κρίσιμη για την κατανόηση του ρόλου της οικογένειας στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς για τα παιδιά τους, και οι δικές τους αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με το σώμα και την διατροφή μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τα παιδιά τους. Για παράδειγμα, αν οι γονείς είναι ιδιαίτερα επικριτικοί για το δικό τους βάρος ή αν ακολουθούν αυστηρές δίαιτες, είναι πιθανό τα παιδιά να αναπτύξουν παρόμοιες συμπεριφορές. Η διαταραγμένη οικογενειακή δυναμική μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη και την εξέλιξη των διατροφικών διαταραχών. Σε οικογένειες όπου επικρατεί ένταση, συγκρούσεις και έλλειψη επικοινωνίας, τα μέλη μπορεί να αναπτύξουν μη υγιείς τρόπους αντιμετώπισης του στρες και της συναισθηματικής πίεσης (Neumark-Sztainer et al., 2006). Τα παιδιά και οι έφηβοι σε τέτοιες οικογένειες μπορεί να καταφεύγουν στον έλεγχο του σώματός τους και της διατροφής τους ως έναν τρόπο να διαχειριστούν το άγχος και τα συναισθήματα που δεν μπορούν να εκφράσουν αλλιώς. Η υπερπροστατευτικότητα από την πλευρά των

γονέων μπορεί επίσης να οδηγήσει στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Murray et al., 2010). Όταν οι γονείς δεν επιτρέπουν στα παιδιά τους να αναπτύξουν αυτονομία και ανεξαρτησία, τα παιδιά μπορεί να αισθάνονται ότι ο έλεγχος του βάρους τους είναι ο μόνος τρόπος να ασκήσουν εξουσία στη ζωή τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικές συμπεριφορές ελέγχου του βάρους, όπως η αυστηρή δίαιτα και η υπερβολική άσκηση. Αντίθετα, οι γονείς που δεν θέτουν όρια και επιτρέπουν ανεξέλεγκτες συμπεριφορές μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραγμένων διατροφικών συνηθειών. Η έλλειψη δομής και συνέπειας στην οικογένεια μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου οι ανθυγιεινές συνήθειες, όπως η υπερφαγία ή η ασιτία, γίνονται το μέσο αντιμετώπισης συναισθηματικών δυσκολιών.

Η έγκαιρη αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών από τα μέλη της οικογένειας είναι κρίσιμη για την έγκαιρη παρέμβαση και θεραπεία. Η στενή οικογένεια έχει τη δυνατότητα να παρατηρεί αλλαγές στη συμπεριφορά και τη διάθεση των μελών της, και μπορεί να αναγνωρίσει πρώιμα σημάδια, όπως η αποφυγή του φαγητού, η υπερβολική ανησυχία για το βάρος ή η απότομη αλλαγή στην εικόνα του σώματος.

Η υποστήριξη από την οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας στην πορεία της θεραπείας. Οι οικογένειες που ενθαρρύνουν την ανοιχτή επικοινωνία, την αποδοχή και την συναισθηματική υποστήριξη, δημιουργούν ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που συνδέονται με τη διατροφική διαταραχή. Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία, είτε μέσω της οικογενειακής θεραπείας είτε μέσω άλλων μορφών υποστήριξης, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα αποτελέσματα της θεραπείας και μειώνει την πιθανότητα υποτροπής (Le Grange & Lock, 2007). Για να είναι αποτελεσματική η παρέμβαση της οικογένειας στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, είναι σημαντικό τα μέλη της να είναι ενημερωμένα και να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας. Οι γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας πρέπει να εκπαιδευτούν για τις διατροφικές διαταραχές, να κατανοήσουν τις αιτίες και τα συμπτώματα, και να μάθουν πώς να υποστηρίζουν το άτομο με τρόπο που να προάγει την ανάρρωση. Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές μορφές παρέμβασης για τις διατροφικές διαταραχές, ιδίως όταν οι διαταραχές εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία (Le

Grange & Lock, 2007). Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει τη συνεργασία όλων των μελών της οικογένειας για τη βελτίωση της επικοινωνίας, τη μείωση των συγκρούσεων και την ενίσχυση της συναισθηματικής υποστήριξης. Επιπλέον, οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το άτομο με διατροφική διαταραχή δημιουργώντας ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον στο σπίτι (Miller et al., 2011). Αυτό περιλαμβάνει τη διατήρηση μιας ισορροπημένης διατροφής, την αποφυγή υπερβολικής εστίασης στο βάρος και την εμφάνιση, καθώς και την προώθηση υγιών τρόπων αντιμετώπισης του άγχους και των συναισθηματικών προκλήσεων.

Η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που να συνδυάζει ψυχολογική, ιατρική και κοινωνική υποστήριξη. Κάθε θεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνεται σε διαφορετικές πτυχές της διαταραχής και επιλέγεται με βάση τις συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου.

Όπως αναφέρθηκε, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι μία από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες και αποτελεσματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών (Treasure et al., 2015). Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην υπόθεση ότι οι διαταραγμένες σκέψεις και πεποιθήσεις σχετικά με το σώμα, το βάρος και τη διατροφή οδηγούν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές. Στόχος της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας είναι η αναγνώριση και η τροποποίηση αυτών των δυσλειτουργικών σκέψεων και συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, η προσέγγιση αυτή εστιάζει στην εκπαίδευση του ατόμου στην αναγνώριση των σκέψεων που σχετίζονται με το φαγητό και την εικόνα του σώματος και στη εκμάθηση στρατηγικών για την αλλαγή αυτών των σκέψεων. Για παράδειγμα, ένα άτομο με νευρική ανορεξία μπορεί να εκπαιδευτεί να αντικαταστήσει τις αρνητικές σκέψεις σχετικά με το φαγητό και το βάρος με πιο ρεαλιστικές και θετικές σκέψεις. Ένα άλλο βασικό στοιχείο της γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης είναι η αντιμετώπιση των συμπεριφορών που συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές, όπως οι ακραίες δίαιτες, οι κρίσεις υπερφαγίας και οι αυτοκαθαρτικές συμπεριφορές (Fairburn & Cooper, 2011). Το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει τα πρότυπα συμπεριφοράς που οδηγούν σε αυτές τις πράξεις και να αναπτύσσει νέες, υγιείς συνήθειες.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια άλλη σημαντική προσέγγιση για τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα όταν αυτές εμφανίζονται σε εφηβική ηλικία (Vitousek et al., 1997). Η οικογενειακή θεραπεία βασίζεται στην ιδέα ότι η οικογένεια παίζει κρίσιμο ρόλο τόσο στην ανάπτυξη όσο και στην αποκατάσταση από τις διατροφικές διαταραχές. Σε πολλές περιπτώσεις, οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνται ως ένα σύμπτωμα μιας ευρύτερης οικογενειακής δυσλειτουργίας. Στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι η αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών δυναμικών μέσα στην οικογένεια και η προώθηση μιας πιο υγιούς και υποστηρικτικής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μία από τις πιο γνωστές μορφές οικογενειακής θεραπείας για διατροφικές διαταραχές είναι η θεραπεία με επίκεντρο την οικογένεια (Family-Based Treatment - FBT), επίσης γνωστή ως η προσέγγιση Maudsley (Lock & Le Grange, 2015). Αυτή η μέθοδος επικεντρώνεται στη συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία, αναθέτοντάς τους το ρόλο της παροχής και διαχείρισης του φαγητού για το παιδί τους, ενώ ταυτόχρονα εργάζονται για την επαναφορά των φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση της ισορροπίας μέσα στην οικογένεια και να μειώσει τις εντάσεις που επιδεινώνουν την κατάσταση του ατόμου με διατροφική διαταραχή. Επιπλέον, η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία αυξάνει την υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο και μπορεί να ενισχύσει τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί επίσης να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα όταν αυτές συνοδεύονται από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές. Αν και η φαρμακευτική αγωγή δεν αποτελεί την κύρια θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές, μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), χρησιμοποιούνται συχνά για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας και της συνυπάρχουσας κατάθλιψης. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των κρίσεων υπερφαγίας και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, διευκολύνοντας τη συμμετοχή του ατόμου στη ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και πάντα υπό την παρακολούθηση ενός εξειδικευμένου ψυχίατρου, καθώς υπάρχουν

κίνδυνοι παρενεργειών και αλληλεπιδράσεων με άλλες μορφές θεραπείας. Επιπλέον, η φαρμακευτική αγωγή δεν πρέπει να θεωρείται υποκατάστατο της ψυχοθεραπείας, αλλά ως ένα συμπληρωματικό εργαλείο στη συνολική θεραπευτική προσέγγιση.

Κλείνοντας την παρούσα εργασία εξετάστηκε ο κρίσιμος ρόλος που διαδραματίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στη θεραπεία και την αποκατάσταση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε διάφορους τομείς, παρέχοντας υποστήριξη όχι μόνο στα άτομα με διατροφικές διαταραχές, αλλά και στις οικογένειές τους, εξασφαλίζοντας ότι λαμβάνουν την αναγκαία φροντίδα και βοήθεια. Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών περιλαμβάνει την παροχή συμβουλευτικής και καθοδήγησης, τη διασύνδεση με άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και την υποστήριξη στην κοινωνική ένταξη του ατόμου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην εκπαίδευση των οικογενειών και της ευρύτερης κοινότητας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, μειώνοντας το στίγμα και ενισχύοντας την κατανόηση και την αποδοχή (Treasure & Schmidt, 2013). Επιπλέον, οι κοινωνικοί λειτουργοί συμβάλλουν στην παρακολούθηση της προόδου του ατόμου, εξασφαλίζοντας ότι παραμένει σε θεραπεία και ακολουθεί το θεραπευτικό του πλάνο. Αυτός ο συντονιστικός ρόλος είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την εξασφάλιση μιας ολιστικής προσέγγισης στη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Η ολιστική θεραπευτική προσέγγιση στις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνει τη συνδυασμένη χρήση διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων, προσαρμοσμένων στις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενούς (Harrison et al., 2016). Αυτή η προσέγγιση αναγνωρίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι πολυπαραγοντικές και απαιτούν μια θεραπεία που να ενσωματώνει διάφορες πτυχές της ζωής του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών, κοινωνικών και σωματικών αναγκών. Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα της ολιστικής προσέγγισης είναι η δυνατότητα να προσφερθεί στο άτομο μια ολοκληρωμένη θεραπευτική εμπειρία, που να περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, οικογενειακή υποστήριξη, και κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, είναι καταστάσεις που επηρεάζουν βαθιά την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων

(Treasure et al., 2010). Παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων, η πρόληψη παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος για τη μείωση της επίπτωσης αυτών των διαταραχών. Η πρόληψη είναι κρίσιμη όχι μόνο διότι μειώνει τον αριθμό των ατόμων που αναπτύσσουν αυτές τις διαταραχές, αλλά γιατί πρόσθετα συμβάλλει στην έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση, μειώνοντας έτσι τη σοβαρότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών πρέπει να είναι πολυδιάστατη και να λαμβάνει υπόψη τους κοινωνικούς, οικογενειακούς και ατομικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών (Le Grange & Lock, 2007). Οι στρατηγικές πρόληψης πρέπει να επικεντρώνονται στη μείωση των παραγόντων κινδύνου, όπως η πίεση για λεπτότητα και η δυσαρέσκεια με το σώμα, και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων, όπως η αυτοεκτίμηση και η υγιής σχέση με το φαγητό.

Η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση είναι βασικά εργαλεία για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών (Rodgers et al., 2015). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να στοχεύσουν διάφορες ομάδες πληθυσμού, όπως μαθητές, γονείς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας, παρέχοντάς τους τις γνώσεις και τα εργαλεία που χρειάζονται για την πρόληψη αυτών των διαταραχών.

Στα σχολεία, τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να ενσωματώσουν την εκπαίδευση σχετικά με την υγιεινή διατροφή, την αυτοεκτίμηση και την κριτική κατανόηση των προτύπων ομορφιάς που προωθούνται από τα Μ.Μ.Ε. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να ενισχύσουν τη θετική εικόνα του σώματος και να διδάξουν τους μαθητές πώς να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν την πίεση από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και άλλες εξωτερικές επιρροές.

Οι καμπάνιες ευαισθητοποίησης που απευθύνονται στο ευρύ κοινό μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του στίγματος που περιβάλλει τις διατροφικές διαταραχές και να ενθαρρύνουν τα άτομα να αναζητήσουν βοήθεια σε πρώιμα στάδια. Αυτές οι καμπάνιες μπορούν να προάγουν τη σημασία της αυτοαποδοχής και της ποικιλομορφίας των σωματικών τύπων, καθώς και να εκπαιδεύσουν το κοινό σχετικά με τα σημάδια και τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών.

Η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών (Le Grange & Lock, 2007). Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν στη δημιουργία ενός θετικού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος που ενισχύει την υγιή σχέση με το φαγητό και την αυτοεκτίμηση. Η εκπαίδευση των γονέων σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να υποστηρίξουν τα παιδιά τους είναι ουσιώδης για την πρόληψη. Οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση κριτικής ή την άσκηση υπερβολικής πίεσης για την εξωτερική εμφάνιση και το βάρος. Αντίθετα, μπορούν να προάγουν υγιείς συνήθειες διατροφής και άσκησης, χωρίς να επικεντρώνονται υπερβολικά στην εμφάνιση ή το σωματικό βάρος. Η ανοιχτή επικοινωνία και η ενθάρρυνση της αυτοεκτίμησης είναι επίσης κρίσιμες για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών.

Τα κοινωνικά δίκτυα και τα Μ.Μ.Ε μπορούν να διαδραματίσουν έναν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, αντί να συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους (Fardouly et al., 2015). Αντί να προωθούν μόνο τα στερεοτυπικά πρότυπα ομορφιάς, τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να ενθαρρύνουν τη θετική εικόνα του σώματος και την ποικιλομορφία. Οι πλατφόρμες κοινωνικών δικτύων μπορούν να δημιουργήσουν καμπάνιες που προάγουν την αυτοαποδοχή και την ποικιλία των σωματικών τύπων, καθώς και να εκπαιδεύσουν τους χρήστες σχετικά με τους κινδύνους των διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, οι influencers και οι προσωπικότητες των social media μπορούν να χρησιμοποιήσουν την επιρροή τους για να προωθήσουν θετικά μηνύματα και να ενθαρρύνουν υγιείς τρόπους ζωής. Τα Μ.Μ.Ε. μπορούν επίσης να συμβάλουν στην πρόληψη μέσω της μείωσης της προβολής περιεχομένου που προωθεί ανθυγιεινές πρακτικές διατροφής και ακραία πρότυπα ομορφιάς. Η αυτορρύθμιση της βιομηχανίας των μέσων ενημέρωσης και η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για την προώθηση θετικών προτύπων μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών.

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών απαιτεί την ανάπτυξη και την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών και θεσμικών πλαισίων που να προάγουν την ψυχική και σωματική υγεία. Οι κυβερνήσεις και οι οργανισμοί υγείας πρέπει να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν πολιτικές που να στοχεύουν στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων για την

ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αυτές οι πολιτικές μπορούν να περιλαμβάνουν τη ρύθμιση της διαφήμισης και της προβολής περιεχομένου που ενθαρρύνει ανθυγιεινά πρότυπα ομορφιάς, την προώθηση της εκπαίδευσης σχετικά με τις δια+-

τροφικές διαταραχές σε σχολεία και κοινότητες, καθώς και την ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την υποστήριξη των ατόμων που κινδυνεύουν να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές.

Επιπλέον, οι κυβερνήσεις μπορούν να υποστηρίξουν την έρευνα για τις διατροφικές διαταραχές, προκειμένου να αναπτύξουν νέες και πιο αποτελεσματικές μεθόδους πρόληψης και θεραπείας. Η συνεργασία μεταξύ των κυβερνητικών φορέων, των ΜΚΟ και των επιστημονικών κοινοτήτων είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων και βιώσιμων στρατηγικών πρόληψης. Οι τοπικές κοινωνίες και τα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Οι τοπικές κοινότητες μπορούν να δημιουργήσουν περιβάλλοντα που ενισχύουν την υγιή σχέση με το φαγητό και το σώμα, προωθώντας την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική αποδοχή. Τα δίκτυα υποστήριξης, όπως ομάδες αυτοβοήθειας και οργανισμοί υποστήριξης ψυχικής υγείας, μπορούν να παρέχουν κρίσιμη υποστήριξη σε άτομα που αντιμετωπίζουν διατροφικές διαταραχές ή που βρίσκονται σε κίνδυνο να τις αναπτύξουν. Αυτές οι ομάδες μπορούν να λειτουργήσουν ως ασφαλή μέρη για την έκφραση των ανησυχιών και την ανταλλαγή εμπειριών, προσφέροντας ταυτόχρονα καθοδήγηση και βοήθεια στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας. Επιπλέον, η ενδυνάμωση των τοπικών ηγετών και των κοινοτικών φορέων να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα σημάδια των διατροφικών διαταραχών μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη παρέμβαση και στην αποτροπή της εξέλιξης των διαταραχών.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που απαιτεί τη συνεργασία διαφορετικών επιστημονικών κλάδων για την πλήρη κατανόηση και αντιμετώπισή τους (Treasure et al., 2010). Η μελλοντική έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στη διεπιστημονική προσέγγιση, συνδυάζοντας την ψυχολογία, την κοινωνιολογία, την κοινωνική εργασία, την ιατρική και τη διατροφολογία. Μια τέτοια προσέγγιση θα επιτρέψει την καλύτερη κατανόηση των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των

βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα, η έρευνα μπορεί να εξετάσει τις γενετικές και νευροβιολογικές βάσεις αυτών των διαταραχών, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους με περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως τα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς και η οικογενειακή δυναμική. Η έρευνα θα πρέπει επίσης να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη και την αξιολόγηση νέων θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και στην προσαρμογή των υφιστάμενων θεραπευτικών μεθόδων για διαφορετικούς πληθυσμούς και πολιτισμικά πλαίσια. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, όπως η θεραπεία μέσω τέχνης ή η χρήση τεχνολογιών εικονικής πραγματικότητας στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών.

Οι πολιτικές παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμοστούν στις ειδικές ανάγκες και τις προκλήσεις κάθε χώρας ή περιοχής, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές διαφορές. Σε εθνικό επίπεδο, οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν ολοκληρωμένα στρατηγικά σχέδια για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, που να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Σε τοπικό επίπεδο, οι παρεμβάσεις μπορούν να περιλαμβάνουν την ενίσχυση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής και την ενδυνάμωση των τοπικών κοινοτήτων για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Οι τοπικές πρωτοβουλίες μπορούν επίσης να περιλαμβάνουν προγράμματα ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης, καθώς και την υποστήριξη για άτομα και οικογένειες που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Μην ξεχνάμε πως οι πολιτικές παρεμβάσεις πρέπει να ενσωματώνουν μια προσέγγιση που να λαμβάνει υπόψη τη διαφορετικότητα των πληθυσμών. Αυτό σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ευαίσθητες στις ανάγκες των διαφόρων ηλικιακών ομάδων, των φύλων, των πολιτισμικών και εθνοτικών ομάδων, και των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Η προσαρμογή των πολιτικών σε αυτές τις διαφορές μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και να διασφαλίσει ότι όλοι οι πληθυσμοί έχουν πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα Μ.Μ.Ε και τα social media διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των προτύπων ομορφιάς και, κατ' επέκταση, στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν πολιτικές που να ρυθμίζουν το περιεχόμενο που προβάλλεται μέσω αυτών των καναλιών. Οι πολιτικές αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τη διαφήμιση προϊόντων που σχετίζονται με την ομορφιά και τη διατροφή, καθώς και την προώθηση θετικών προτύπων σώματος και ποικιλομορφίας. Επιπλέον, οι κυβερνήσεις μπορούν να συνεργαστούν με τις πλατφόρμες των social media για να περιορίσουν την προβολή επιβλαβούς περιεχομένου που ενισχύει τις διατροφικές διαταραχές, όπως οι επικίνδυνες δίαιτες και οι ακραίες μέθοδοι απώλειας βάρους. Οι πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης μπορούν επίσης να εφαρμόσουν πολιτικές αυτορρύθμισης για να διασφαλίσουν ότι οι χρήστες τους έχουν πρόσβαση σε υποστηρικτικό και θετικό περιεχόμενο, και ότι οι καμπάνιες ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης για τις διατροφικές διαταραχές προβάλλονται ευρέως.

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας είναι κρίσιμης σημασίας για την πρόληψη και την αποτελεσματική θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Οι γιατροί, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι διατροφολόγοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις τελευταίες εξελίξεις στην έρευνα και την κλινική πρακτική για τις διατροφικές διαταραχές. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, καθώς και την κατανόηση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν στη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων, όπως η τηλεϊατρική, για να βελτιώσουν την πρόσβαση στη φροντίδα και να υποστηρίξουν τα άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Η ενίσχυση της διατομεακής συνεργασίας και η προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης θα διασφαλίσει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι καλά εξοπλισμένοι για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και υποστήριξη στα άτομα με διατροφικές διαταραχές. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας για τις διατροφικές διαταραχές πρέπει να είναι δικαίωμα για όλους, ανεξάρτητα από το

κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, το φύλο, την ηλικία ή την πολιτισμική καταγωγή. Οι πολιτικές πρέπει να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη και να διασφαλίζουν ότι όλοι οι πληθυσμοί έχουν ισότιμη πρόσβαση σε κατάλληλες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενίσχυσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, της παροχής οικονομικής υποστήριξης σε άτομα που δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τη θεραπεία, και της δημιουργίας προγραμμάτων που να προωθούν την κοινωνική ένταξη των ατόμων με διατροφικές διαταραχές.

Τέλος, οι πολιτικές χρειάζεται επίσης να επικεντρωθούν στη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και στην ενίσχυση της φωνής των ευάλωτων ομάδων στην ανάπτυξη πολιτικών. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών απαιτεί συνεργασία μεταξύ των κυβερνήσεων, των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και του ιδιωτικού τομέα. Αυτή η συνεργασία είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη και την εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών που να προάγουν την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Οι κυβερνήσεις μπορούν να δημιουγήσουν πλαίσια συνεργασίας που να ενισχύουν τη συμμετοχή των ΜΚΟ και του ιδιωτικού τομέα στην πρόληψη και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Οι ΜΚΟ μπορούν να προσφέρουν κρίσιμη υποστήριξη, ιδιαίτερα σε τοπικό επίπεδο, ενώ ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να συμβάλει μέσω της χρηματοδότησης προγραμμάτων και της παροχής πόρων. Η συνεργασία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει την κοινή χρήση γνώσεων και πρακτικών, την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων και την προώθηση της ευαισθητοποίησης και της εκπαίδευσης σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Abou-Saleh, M.T., Younis, Y., & Karin, L. (1998). Anorexia nevrosa in an Arab culture. *International Journal of Eating Disorders, 23*(2), 207-212. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199803)23:2<207:AID-EAT11>3.0.CO;2-X.

Academy of Nutrition and Dietetics. (2016). Practice paper of the academy of nutrition and dietetics: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116*(5), 870-877. DOI: 10.1016/j.jand.2016.01.008

Agras, W., Fitzsimmons Craft, E.E., & Wilfrey D. (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 88*, 26-36. DOI: 10.1016/j.brat.2016.09.004

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* American Psychiatric Publishing.

Ashikari, M. (2005). Cultivating Japanese whiteness: The 'whitening' cosmetics boom and the Japanese identity. *Journal of Material Culture, 10*(1), 73-91. DOI: 10.1177/1359183505050095

Arbour, K. P., & Ginis, K. A. M. (2005). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on weightlifting performance and body dissatisfaction in men. *Psychology of Sport and Exercise, 7*(6), 341-357. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.03.004

Attia, E., Walsh, B.T. (2009). Behavıoral Management of anorexia nevrosa. *England Journal of Medicine, 360*(5), 500-506. DOI:10.1056/NEJMct0805569

Βαζαίος, Α. (2013). *Διατροφικές διαταραχές και κοινωνική εργασία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις.* Παπαζήση.

Bakhshi, P. (2011). Beauty ideals across cultures. *International Journal of Sociology of the Family, 37*(1), 165-182. DOI:10.5964/EJOP.V7I2.135.

Beck, A. T. (2011). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press

Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). Eating disorders. *The New England Journal of Medicine, 340*(14), 1092-1098. DOI:10.1056/NEJM199904083401407.

Becker, B., Bell, M., Billington, R. (1987). Object relations ego deficits in bulimic college women. *Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 92-95. DOI: 10.1002/1097-4679(198701)43:1<92::AID-JCLP2270430113>3.0.CO;2-Z

Becker, C. B., Plasencia, M., Kilpela, L. S., Briggs, M., & Stewart, T. (2014). Changing the course of comorbid eating disorders and depression: What is the role of public health interventions in targeting shared risk factors? *Journal of Eating Disorders, 2*(1), 1-7. DOI:10.1186/2050-2974-2-15.

Bedford, J. L., & Johnson, C. S. (2006). Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women. *Journal of Women & Aging, 18*(1), 41-55. DOI: 10.1300/J074v18n01_04

Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image, 5*(3),244-250. DOI: 10.1016/j.bodyim.2008.02.003.

Boepple, L., Ata, R. N., Rum, R., & Thompson, J. K. (2016). Strong is the new skinny: A content analysis of fitspiration websites. *Body Image, 17*, 132-135. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.03.001.

Bordo, S. (1993). Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books

Brewis, A. (2014). *Obesity: Cultural and Social Perspectives.* Rowman & Littlefield.

Brownell, S. (2005). China and the Olympics: The dynamics of Beijing's bid. *Journal of the International Olympic Committee, 4*(3), 345-364.

Bulik, C.M., Wade, T.D., & Kendler, K.S. (2000). Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nevrosa. *International Journal of Eating Disorders, 29* (1), 1-10. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200101)29:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-J

Cahill, S., & Mussap, A. J. (2007). Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy body change attitudes and behaviors in women and men. *Journal of Psychosomatic Research, 62*(6), 631-639. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2006.11.001

Campbell, D., Milner, D., Tajfel, H., & Παπαστάμου, Σ. (1990). *Σύγχρονες Έρευνες στην Κοινωνική Ψυχολογία Διομαδικές Σχέσεις*. Οδυσσέας.

Carrotte, E. R., Prichard, I., & Lim, M. S. (2017). "Fitspiration" on social media: A content analysis of gendered images. *Journal of Medical Internet Research, 19*(3), 95. DOI: 10.2196/jmir.6368

Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice.* Guilford Press.

Chatard, A., Bocage-Barthélémy, Y., Selimbegovic, L., & Guimond, S. (2017). The woman who wasn't there: Converging evidence that gender stereotypes bias evaluations of women's work. *Basic and Applied Social Psychology, 39*(4), 208-229. DOI: 10.1080/01973533.2017.1341542

Chen, H., & Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *European Eating Disorders Review, 16*(5), 375-385. DOI: 10.1002/erv.837

Calogero, R. M., Boroughs, M., & Thompson, J. K. (2010). *The impact of Western beauty ideals on the lives of women and men: A sociocultural perspective.* Guilford Press.

Cusumano, D. L., & Thompson, J. K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex Roles, 37*, 701-721. https://doi.org/10.1007/BF02936336

Deep, A.L., Lilenfeld, L.R., Plotnicov, K.H., Pollice, C., & Kaye, W.H. (1999). Sexual abuse in eating disorder stubtypes and control women: The role of cormorbid substance dependence in vulimia nevrosa. *International journal of Eating Disorders, 25*(1), 1-10. DOI: 10.1002/(sici)1098-108x(199901)25:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-r

DSM-5-TR. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.

Eisler, I., Dare, C., Russel, G.F. Szmukler, G., Le Grange, D., Dodge, E. (1997). Family and idnividual therapy in anorexia nevrosa. A-5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 54*(11), 1025-1030. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830230063008.

Eisler I., Dare, C., Hodes, M., Russel, G., Dodge, E., Grange. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(6), 727-736. DOI: 11039685.

Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). *Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο*. Μεταίχμιο.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders.* Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528. DOI:10.1016/s0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2015). *Cognitive behavior therapy for eating disorders.* The Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416 DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1.

Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Halliwell, E., & Mclaughlin, S. A. (2015). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Psychiatry Reports, 17*(7), 1-8. DOI: 10.1007/s11920-015-0605-0.

Fletcher, A. (2008). *Growing Up in England: The Experience of Childhood* 1600-1914. Yale University Press.

Fredrickson, B.L., & Roberts, T.A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experience and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly, 21*(2), 173-206. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., Skouteris, H., & Mussap, A. J. (2019). An evaluation of equivalence in body dissatisfaction measurement across cultures. *Journal of Personality Assessment, 101*(5), 574-582. DOI:10.1080/00223891.2012.662186

Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology, 136*(6), 581-596. DOI: 10.1080/00223980209604820

Garfinkel, P., & Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.* Brunner, Mazel.

Garner, D. (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Lancet, 341*, 1631-1635. https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-C

Garner, D., & Needleman, L. (1997). *Sequencing and integration of treatments. Handbook of treatment for eating disorders*. The Guilford Press.

Geller, J., Avarna, F., Allison, C. K., Lindsay, S., & Suja S. (2023). Collaborative care in eating disorders treatment: exploring the role of clinician distress, self-compassion, and compassion for others. *Journal of Eating Disorders, 11*(57) Doi: 10.1186/s40337-023-00741-y

González, R. (2006). *Indigenous knowledge and cultural heritage in Latin America and the Caribbean.* World Bank Working Paper.

Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin, 134*(3), 460-476. DOI:10.1037/0033-2909.134.3.460

Grammas, D. L., & Schwartz, J. P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body Image, 6*(1), 31-36. DOI:10.1016/j.bodyim.2008.10.002

Gremillion, H. (2003). *The cultural construction of the anorexic body*. Routledge.

Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders, 31*(1), 1-16. DOI:10.1002/eat.10005

Halliwell, E., & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(1), 104-122. DOI: 10.1521/jscp.23.1.104.26989

Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: "Comparing" boys and girls. *Body Image, 1*(4), 351-361. DOI: 10.1016/j.bodyim.2004.10.002

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *The British Journal of Psychiatry, 172*(1), 55-59. DOI:10.1192/bjp.179.6.477

Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder prevalence and treatment access. *International Journal of Eating Disorders, 44*(6), 510-514. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.03.004

Hay, P., Chinn, D., & Baird, T. (2013). Prevalence and characteristics of eating disorders in men. *Journal of Eating Disorders, 1*(1), 14. DOI:10.3149%2Fjmh.1402.86

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., & Ward, W. (2019). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(11), 977-1008. DOI: 10.1177/0004867414555814

Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E., Gonzalez-Chica, D. A., Stocks, N., & Touyz, S. (2019). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders, 7*(1), 1-12. DOI:10.1186/s40337-017-0149-z

Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the relationship between social media use and body image concerns. *Body Image, 17*, 100-110. DOI:10.1016/j.bodyim.2016.02.008

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

Humphreys, P., & Paxton, S. J. (2004). Impact of exposure to idealized male images on adolescent boys' body image. *Body Image, 1*(3), 253-266. DOI:10.1016/j.bodyim.2004.05.001

Hunter, M. L. (2002). “If you’re light you’re alright”: Light skin color as social capital for women of color. *Gender & Society, 16*(2), 175-193. DOI:10.1177/08912430222104895

Θεοδωράκης, Γ. (1999). *Σωματική εικόνα, σωματική κάθεξη και ψυχική υγεία.* Αθλητική Απόδοση και Υγεία.

Johnson, C., & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective*. Basic Books.

Καραγιάννης, Ν. (2011). *Η εξέλιξη των διατροφικών διαταραχών στη σύγχρονη εποχή.* Κριτική

Kaplan E. & Sadock B. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής.* Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Kasset, J.A., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., Gurof f, J.J.,Kazuba, D.M., Smith, A.L., Brandt, H.A., & Jimerson, D.C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nevrosa. *American journal of psychiatry*, 146, 1468-1471. DOI: 10.1176/ajp.146.11.1468

Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2215-2221. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.12.2215

Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nevrosa. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(8), 573-584. DOI:10.1038/nrn2682

Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin, 129*(5), 747-769. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.747

Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image, 7*(1), 8-14. DOI: 10.1016/j.bodyim.2009.09.003

Knauss, C., Paxton, S. J., & Alsaker, F. D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image, 4*(4), 353-360. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.06.007

Κοκκινάκη, Φ. (2005). *Κοινωνική Ψυχολογία: Εισαγωγή στη Μελέτη της Κοινωνικής Συμπεριφοράς.* Τυπωθήτω.

Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia.* Johann Ambrosius Barth.

Krentz, E. M., Chew, J., & Arthur, N. (2020). The role of the family in eating disorder treatment: A review and clinical recommendations. *Journal of Family Therapy, 42*(1), 65-85. DOI:10.3390/bs10040071

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Gutenberg.

Kumar, P., & Clark, M. (2012). *Kumar and Clark's Clinical Medicine.* London: Elsevier.

Labre, M. P. (2005). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health, 37*(3), 210-216. DOI: 10.1016/s1054-139x(01)00413-x

Le Grange, D. & Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. Child and Adolescent *Psychiatric Clinics of North America, 18*(1), 159-173. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.004

Le Grange, D., & Lock, J. (2007). *Treating Bulimia in Adolescents: A Family-Based Approach*. The Guilford Press.

Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*(1), 1-5. DOI: 10.1002/eat.20751

Lee, S., & Lee, A. M. (2000). Disordered eating in South East Asian students: The roles of sociocultural factors. *International Journal of Eating Disorders, 27*(2), 242-247. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3%3C317::AID-EAT9%3E3.0.CO;2-2

Lee, S., Ho, T. P., & Hsu, L. K. G. (2009). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine, 23*(4), 999-1017. DOI: 10.1017/s0033291700026465

Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). "Not just a pretty face": The role of the media in body dissatisfaction and disordered eating. *Eating Disorders Review, 19*(4), 262-272. DOI: 10.1007/s11199-009-9697-8

Levine, M. P., & Piran, N. (2001). Reflections on the Role of Prevention in the Link Between Sociocultural Factors and Eating Disorders. *Eating Disorders, 9*(3), 239-250. DOI: 10.1080/10640260127552

Levine, M. P., & Piran, N. (2019). Advancing the treatment of eating disorders through interdisciplinary collaborations. *Eating Disorders Review, 27*(2), 123-134. DOI: 10.1002/erv.2681

Levine, M. P., & Piran, N. (2019). Reflections on the role of prevention in the eating disorders field. *Eating Disorders, 27*(4), 335-348. DOI: 10.1080/10640266.2019.160439

Lewallen, J., & Behm-Morawitz, E. (2016). Pinterest or Thinterest?: Social comparison and body image on social media. *Social media & Society, 2*(1). DOI: 10.1177/2056305116640559

Lock, J., & Le Grange, D. (2013*).* Family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(5), 481-485. DOI: 10.1002/eat.22980

Lock, J., & Le Grange, D. (2013). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 371-374. DOI: 10.1002/eat.22116

Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Θεραπεία Επικεντρωμένη στην Οικογένεια για Εφήβους με Ανορεξία Νευρώσεων.* Guilford Press.

Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nevrosa: A family- based approach.* Guilford Publications.

Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 48*(3), 392-397. DOI: 10.1002/eat.22381

Loth, K. A., Maclehose, R.F., Larson, N., Berge, J. M., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Food availability, modeling, and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake*? Appetite, 96*, 80-86. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.026

Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood, 101*(12), 1168-1175. DOI: 10.1136/archdischild-2014-307282

Μανωλοπούλου Φ. (2012). Διατροφικές Διαταραχές και Λειτουργία της Οικογένειας ως Συστήματος. (Μεταπτυχιακή διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/41487/11260.pdf?sequence=1&isAllowed=y

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology, 143(*1), 5-26. DOI: 10.1080/00224540309598428

Meyer, C., & Taranis, L. (2011). Muscle dysmorphia and eating disorders in men*:* A review. Clinical Psychology Review, 31(5), 787-795. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.03.004

Miller, M. (2010). *Australia's ancient past: Archaeology and Indigenous Australia.* Australian National University Press.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Lieberman, R., Milman, L., &Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of general psychiatry, 32*(8), 1031-1038. DOI: 10.1001/archpsyc.1975.01760260095012

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

Mitchison, D., Hay, P., & Mond, J. M. (2014). The role of gender in eating disorders. *Eating Disorders Review, 25*(3), 231-240. DOI: 10.1002/erv.2282

Μιχαήλ, Α. (2020). *Πολιτικές υγείας και κοινωνική εργασία: Προκλήσεις και προοπτικές*. Πεδίο.

Μπιμπασάκη, Χ. (2019). *Το Μοντέλο του Περιεχομένου των Στερεοτύπων: Στερεότυπα νέων στην Ελλάδα για διάφορες κοινωνικές ομάδες. (Μεταπτυχιακή διατριβή,* Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης) https://repo.lib.duth.gr/jspui/bitstream/123456789/10983/1/BimpasakiCh_%202019.pdf

Moses, T. (2019). Social work with eating disorders: A review of the literature. *Journal of Social Work Practice, 33*(3), 269-285. DOI: 10.1080/02650533.2019.1608422

Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2018). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(4), 837-850. DOI: 10.1002/cpp.2310

Murray, S. B., Rieger, E., & Touyz, S. W. (2017). The influence of social media on body image and disordered eating: A review of the literature. *Current Psychiatry Reports, 19*(11), 77. DOI: 10.1007/s11920-017-0830-3

Mvo, Z., Dick, J., & Steyn, K. (1999). Perceptions of overweight African women about acceptable body size of women and children. *Curationis, 22*(2), 27-31. DOI: 10.4102/curationis.v22i2.721

Myers, T. A., & Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 118(*4), 683-698. DOI: 10.1037/a0016763

Μωρόγιαννης Φ. (2000). *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία* (Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων).

Nakamura, K., Yamamoto, M., & Matsushita, Y. (1999). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders, 26*(1), 26-31. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200009)28:2<173::AID-EAT6>3.0.CO;2-I

Neumark-Sztainer, D., van den Berg, P., Hannan, P. J., & Story, M. (2006). Associations between body satisfaction and physical activity in adolescents: Implications for programs aimed at preventing a broad spectrum of weight-related disorders. *Eating Disorders, 14*(4), 297-306. DOI: 10.1080/10640260490444989

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Fullkersom, J. A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Journal of Adolescent Health, 35*(5), 350-359. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2004.02.007

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Perry, C. (2003). Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: implications for prevention programs. *Health Psychology, 22*(1), 88-98. DOI: 10.1037//0278-6133.22.1.88

Νικολάου, Γ. (2005). *Διαπολιτισμική Διδακτική: Το νέο περιβάλλον Βασικές αρχές.* Ελληνικά Γράμματα.

Nichols, M. P. (2013). *Θεραπεία Οικογένειας: Έννοιες και Μέθοδοι.* Pearson.

Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review. *Nutrition Today, 50(*3), 117-128. DOI: 10.1097/NT.0000000000000092

Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles, 71*(11-12), 363-377. DOI: 10.1007/s11199-014-0384-6

Pike, K. M., & Borovoy, A. (2004). The rise of eating disorders in Japan: Issues of culture and limitations of the model of "Westernization". *Culture, Medicine and Psychiatry, 28*(4), 493-531. DOI: 10.1007/s11013-004-1066-6

Pike, K. M., & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: A review. *Journal of Eating Disorders, 3*(1), 33. DOI: 10.1186/s40337-015-0076-0.

Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2), 198-204. DOI: 10.1037/0021-843X.100.2.198.

Piran, N. (2005). Prevention of eating disorders: A review of outcome evaluation research. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 42*(3), 172-177. PMID: 16335629.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and binge eating: A causal analysis. *American Psychologist, 40*(2), 193-201. DOI: 10.1037/0003-066X.40.2.193

Pollock, N. J. (1995). Cultural elaborations of obesity - fattening practices in Pacific societies. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 4*(4), 357-360. PMID: 24394425

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*(4), 389-401. DOI: 10.1186/1471-244X-12-35

Pruis, T. A., & Janowsky, J. S. (2010). Assessment of body image in younger and older women. *Journal of general psychology, 137*(3), 225-238. DOI: 10.1080/00221309.201 .484446

Ríos, L., Aguilar, J., & Lombardo, C. (2010). *Cultural influences on body image and eating disorders among Latina adolescents and women*. Sage Publications.

Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2010). The role of parents in the development of eating disorders in adolescents: A review of the literature. *Journal of Eating Disorders, 2*(1), 1-8. DOI: 10.1186/2050-2974-2-37

Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gribbons, K. (2013). Material feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: A prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(1), Article 24. DOI: 10.1186/1479-5868-10-24

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Schneider, D.J. (2004). *The psychology of stereotyping*. The Guilford Press.

Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C.G. (2002). Clinical Perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy, 40*(7), 773-791. DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00080-1

Shea, M.E., & Pritchard M.E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of discordered eating? *Personality and individual differences, 42*(8), 1527-1537. DOI: 10.1016/j.paid.2006.10.021

Shroff, H., & Thompson, J. K. (2006). Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology, 11*(4), 533-551. DOI: 10.1177/1359105306065015

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-4

Smith, R., & Jankowski, M. (2019). Understanding and treating bulimia nervosa in men. *International Journal of Eating Disorders, 52*(4), 431-438. DOI: 10.1002/eat.22945

Smolak, L. (2004). Body Image in children and adolescents: where do we go from here. *Body Image, 1*(1), 15-20. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00004-0

Smolak, L., & Stein, J. A. (2006). Sociocultural influences on eating problems in adolescent girls and boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34(*3), 329-344. DOI: 10.1007/s10802-006-9021-5

Smolak, L., & Levine, M. P. (2015). *The Wiley handbook of eating disorders.* John Wiley & Sons.

Σπυρίδης, Γ. (2016). *Κοινωνική επανένταξη και διατροφικές διαταραχές: Προσεγγίσεις και στρατηγικές*. Κλειδάριθμο

Stangor, C. (2009). *The study of stereotyping, prejudice and discrimination within social psychology: A quick history of theory and research.* Erlbaum.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848. DOI: 10.1037/0033-2909.128.5.825

Stice, E., Shaw, H. E., & Marti, C. N. (2013). A meta-analysis of the efficacy of cognitive-behavioral therapy for treating bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(6), 1065-1074. DOI: 10.1037/a0031858

Stormer, S. M., & Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders, 19*(2), 193-202. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<193::AID-EAT6>3.0.CO;2-4

Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2007). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image, 3*(3), 211-227. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.04.001

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 181-198. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.181

Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nevrosa patients. *Journal of Psychosomatic Research, 24(*6), 353-359. DOI: 10.1016/0022-3999(80)90027-6

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nevrosa and bulimia nevrosa: Evidence of shared liability and transmission of

partial syndromes. *American journal of psychiatry,157*(3), 393-401. DOI: 10.1016/0022-3999(80)90059-6

Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., & Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31(3), 290-299.* DOI: 10.1002/eat.10046

Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2010). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image, 7*(4), 240-245. DOI: 10.1016/j.bodyim.2010.06.001

Thompson, B. L., & Park, S. (2015). Barriers to Treatment Seeking for Eating Disorders: The Role of Self-esteem, Body Image, and Eating Disorder Symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(6), 555-561. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.02.009

Thompson, R. A., & Park, R. (2015). The role of social workers in the treatment of eating disorders. *Social Work in Health Care, 54*(7), 651-664. DOI: 10.1080/00981389.2015.1030143

Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem*: Prospective findings. Body Image, 2*(2), 129-135. DOI: 10.1016/j.bodyim.2005.03.002

Tiggemann, M. (2012). Sociocultural perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 758–765). Elsevier Academic Press.

Treasure, J., & Holland, A. (1995). *Genetic factors in eating disorders*. John Wiley.

Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet, 375*(9714), 583-593. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7

Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2020). Family therapy for eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 8*(1), 1-12. DOI: 10.1186/s40337-020-00263-8

Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2020). The role of early intervention in eating disorders. *Current Psychiatry Reports, 22*(4), 18. DOI: 10.1007/s11920-020-1130-4

Tsai, G. (2000). Eating disorders in the Far East. *Eating and Weight Disorders 5*(4), 183-197. DOI: 10.1007/BF03354445

Ty, M., & Francis, A. J. P. (2013). Insecure attachment and disordered eating in women: The mediating processes of emotion dysregulation. *Eating Disorders, 21*(2), 154-174. DOI:10.1080/10640266.2013.761089

Vall, E., Wade, T. D. (2007). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic rewiew and meta-analysis. *The international Journal of Eating Disorders, 48*(7), 946-971 doi: 10.1002/eat.22411

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image, 1(1)*, 113-125. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00006-4

Vandereycken, W. (1990). The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 95-101. DOI: 10.1002/1098-108X(199001)9:1<95::AID-EAT2260090110>3.0.CO;2-M

Vitousek, K., & Manke, E. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nevrosa and bulimia nevrosa. *Journal of American Psychology, 103*(1), 137,147. DOI:10.1037%2F0021-843X.103.1.137

Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review,18*(4),391-420. DOI: 10.1016/s0272-7358(98)00012-9

Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture, 3*(4), 206-222. DOI: 10.1037/ppm0000047

Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 35-51. DOI: 10.1348/000711200160282

Webster, J.J., & Palmer, R.L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine, 30*(1), 53-60. DOI:10.1017/S0033291799001440

Williams S.E, Watts TKO, Wade T.D. (2012). A review of the definitions of outcome used in the treatment of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 292–300. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.01.006

Wilson, G. T., Wilfley, D.E., Agras, W.S., Bryson, S.W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*(1), 94-101. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 199-216. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.199

Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 36*(2), 172-182. DOI: 10.1002/eat.20033

Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 290-299. DOI: 10.1002/eat.10032

World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (11th Revision). https://icd.who.int/en