

Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Παράρτημα Σητείας

Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας

Όνοματεπώνυμο: Κκολού Ανδρούλλα

Θέμα πτυχιακής εργασίας:

*Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ
ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ!!*

Εισηγήτρια: κ. Χαρωνιτάκη Κατερίνα



NOEMBΡΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 5
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	σελ. 6
1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 8
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 10
1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 13
1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	σελ. 15
1.6.α ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 16
1.6.β ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

2.1 ΜΟΡΦΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	σελ. 23
2.1.α ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ	σελ. 23
2.1.β ΠΥΡΗΝΙΚΗ	σελ. 24
2.1.γ ΜΟΝΟΓΟΝΙΚΗ	σελ. 26
2.2 ΕΙΔΗ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ	σελ. 26
2.2.α ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟΙ/ ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	σελ. 27
2.2.β ΑΥΤΑΡΧΙΚΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	σελ. 27
2.2.γ ΠΑΡΑΧΩΡΗΤΙΚΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	σελ. 27
2.2.δ ΑΔΙΑΦΟΡΟΙ ΓΟΝΕΙΣ	σελ. 28
2.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΑΣΤΕΡΙΣΜΟΣ	σελ. 29
2.3.α ΠΡΩΤΟ ΠΑΙΔΙ	σελ. 31
2.3.β ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΙΔΙ	σελ. 33
2.3.γ ΤΡΙΤΟ ΠΑΙΔΙ...	σελ. 34
2.3.δ ΜΟΝΑΧΟΠΑΙΔΙ	σελ. 34
2.4 ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	σελ. 36
2.5 ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΠΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	σελ. 51
3.2 ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ	σελ. 54
3.3 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΓΟΝΕΩΝ	σελ. 60
3.4 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	σελ. 64
3.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	σελ. 66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	σελ. 70
4.1.α ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	σελ. 71
4.1.β ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	σελ. 74
4.1.γ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	σελ. 75
4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	σελ. 76
4.2.α ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ - ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ. 76
4.2.β ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ. 84
4.2.γ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ. 85
4.3 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	σελ. 92

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ. 95

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΤΗΝ κ. ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ!!

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ!!

Σκοπός:

Είναι πλέον αναμφισβήτητο σήμερα ότι το σημείο αφετηρίας των διατροφικών διαταραχών είναι η σχέση της ανορεκτικής με την οικογένεια της. Γι' αυτό το λόγο επέλεξα να ασχοληθώ με τον προσδιορισμό της σχέσης της οικογένειας με τη νευρική ανορεξία στην εφηβική ηλικία και στην αντιμετώπιση της (διαιτητική και ψυχολογική).

Εισαγωγή:

Η νευρική ανορεξία είναι η πιο θανατηφόρα όλων των αναταραχών διανοητικής υγείας και μέχρι και τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ήταν σπάνια. Χαρακτηρισμένη από τον ανώμαλο φόβο της παχυσαρκίας και την έμμονη νηστεία σημείωσε σημαντική έξαρση μετά το 1960, καθώς από τότε και μέχρι τις μέρες μας πρωταγωνιστεί στο κοινωνικό status η εικόνα του αδύνατου, σχεδόν σκελετωμένου σώματος. Η ψυχογενής ανορεξία συχνά ξεκινά με δίαιτα αδυνατίσματος, παρά το φυσιολογικό βάρος ή τα 3-4 παραπανίσια κιλά.

Ταυτόχρονα παρατηρούνται συγκεχυμένη και ασταθής ψυχοσυναισθηματική κατάσταση, συνοδευόμενη από έντονες ψυχολογικές διαταραχές. Η διαταραχή σχετίζεται με διαστρεβλωμένη άποψη για την εικόνα του σώματος του ατόμου που θεωρεί ότι έχει μια αντιαισθητική παρουσία. Ο φόβος της δυσάρεστης «κοινωνικής» κριτικής και η συστηματική εφαρμογή αυστηρών διαίτων θεωρούνται προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία.

Η έναρξη των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς παρατηρείται σε ηλικία μεταξύ 14 και 17 ετών.

Η οικογένεια ευθύνεται, συχνά, για την κατάσταση αυτή. Οι πιέσεις που δέχεται από την μητέρα, για να είναι μια τέλεια κόρη, η αδιαφορία του πατέρα και η υπερβολική

φροντίδα της γιαγιάς όταν ζει μαζί τους ωθούν την έφηβη στη νευρική ανορεξία. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα «δεύτερα» παιδιά πάσχουν από νευρική ανορεξία, κι αυτό γιατί συγκρίνονται με τα πρώτα. Η σύγκριση αυτή οδηγεί πολλές φορές σε διατροφικές διαταραχές που δύσκολα αντιμετωπίζονται, είτε γιατί η οικογένεια δεν το αντιλαμβάνεται γρήγορα είτε γιατί αρνείται να το δει. Δεν είναι εύκολο γι' αυτούς να το αποδεχτούν, πόσο μάλλον να πείσουν το παιδί τους να επισκεφθεί έναν ειδικό. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο οι πάσχοντες ασθενείς είναι σε προχωρημένο στάδιο όταν αποφασίζουν να απευθυνθούν σε ειδικούς ιατρούς.

Τα προβλήματα υγείας που δημιουργούνται από αυτή τη διαταραχή είναι: υπόταση, υπογλυκαιμία, αναιμία, υποθερμία, γαστρεντερικά προβλήματα, αρρυθμίες, καρδιακή υπόταση, ωχρή όψη, πρόβλημα εστίασης στην όραση, διαταραχές στις εγκεφαλικές λειτουργίες, τριχόπτωση, μείωση της οστικής μάζας, κακή διάθεση.

Η αποκατάσταση της φυσιολογικής συμπεριφοράς στο φαγητό, η αναζήτηση επαρκούς ψυχοσωματικής ισορροπίας μέσω βελτίωσης της ποιότητας ζωής (life – style changes) και η γνωστικο-συμπεριφορική εκπαίδευση (behavioral therapy) του ασθενούς αποτελούν τις θεμελιώδεις αρχές για την επιτυχία της απόλυτα εξατομικευμένης θεραπείας κάθε ασθενούς.

Ο ύμνος του έθνους των Ανορεκτικών:

« Η πείνα είναι αίσθημα πληρότητας. Τα χρώματα γίνονται φωτεινότερα, ο ήχος πιο οξύς, οι μυρωδιές πολύ αρωματικές και διαπερνούν την εισπνοή και πλημμυρίζουν κάθε ίνα και πόρο του σώματος μας. Η μέγιστη απόλαυση των τροφίμων βρίσκεται πραγματικά όταν κανένα ίχνος φαγητού, ούτε μπουκιά δεν περνά ποτέ από τα χείλη.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται μήπως πάρει βάρος. Χαρακτηρίζεται από το φόβο μήπως παχύνει και αλλάξει η εικόνα του σώματος του.

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να αιτιολογήσουν τη Νευρογενή Ανορεξία. «*Η ανορεξία σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου για την διεκδίκηση της αυτονομίας του*» (Hilda Bruch, 1973). Η Bruch συσχέτισε αυτή την προσπάθεια με την αποτυχία του γονέα να αναγνωρίσει την ανάγκη του παιδιού του για αυτονομία και να ενθαρρύνει την εκδήλωση του. Η έφηβος παύει να αποδέχεται τα σεξουαλικά της ένστικτα. Κυριαρχεί ένας συνεχής φόβος απόρριψης από τους άντρες, εξαιτίας του «υποτιθέμενου» παραπανίσιου βάρους της. Παρόλο που δεν τρώει, συλλέγει συνταγές και ανακατεύεται στη κουζίνα. Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες, στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και επίσης, στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος.

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου, που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως η όρεξη, το βάρος, η θερμοκρασία και γενικότερα η ομοιόσταση του οργανισμού. Φαίνεται ότι στην Νευρογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης.



1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι η πιο θανατηφόρα όλων των διαταραχών διανοητικής υγείας και μέχρι και τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ήταν σπάνια. Το 1764, ο White είχε κάνει λόγο για «νευρική ατροφία», ενώ το 1860, ο Marse είχε μιλήσει για «υποχονδριακό ντελίριουμ». Το 19^ο αιώνα, η ανορεξία -ο ιατρικός όρος για την απώλεια της όρεξης- θεωρείτο ως σύμπτωμα αρκετών φυσικών και συναισθηματικών διαταραχών. Για αιώνες, η εθελοντική απουσία από το φαγητό δεν ήταν ένα παθολογικό φαινόμενο, αλλά ένα μέρος της ασκητικής πράξης και μετάνοιας των ευσεβών Χριστιανών. Αργότερα όμως, οι συμπεριφορές μακροπρόθεσμης άρνησης φαγητού δεν συνοδεύονταν από συμπτώματα γνωστών ασθενειών, αλλά περισσότερο από διαταραγμένες υποθέσεις σχετικά με υπερφυσικές δυνάμεις ή δαιμονικές επιρροές. Η αποχή από το φαγητό και το αδυνάτισμα θεωρούνταν όμοια συμπτώματα πασίγνωστων τότε ασθενειών όπως ήταν η υστερία, η τρέλα, η μελαγχολία και όλες οι άλλες ψυχωτικές ασθένειες. Στα τέλη του 17^{ου} αιώνα, ο Άγγλος γιατρός Richard Morton περιέγραψε την διαταραχή ως «νευρική κατανάλωση». Ακολούθησε ο Pierre Janet (1911-1929) διαχωρίζοντας την Ανορεξία σε δύο τύπους, της υστερίας και της εμμονής, χαρακτηρίζοντας την ως ψυχολογική διαταραχή. Ο Άγγλος γιατρός William Gull ήταν ο

πρώτος που αναγνώρισε τη Νευρογενή Ανορεξία το 1873 και τη χαρακτήρισε ως ειδική νόσο. Ο Γάλλος ψυχίατρος Charles Laseque την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική πλευρά. Παρατηρήθηκε ότι η ασθένεια αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε εύπορες οικογένειες. Έτσι, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι η διαταραχή αυτή συνδέεται με την απουσία της συναισθηματικής στήριξης από τους ίδιους τους γονείς καθώς και των συγκρούσεων τους με τα παιδιά, συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι έφηβοι για να εκφράσουν το αίσθημα απόρριψης που νιώθουν, συχνά καταφεύγουν στην Ανορεξία. Το 1940, οι Waller, Kaufman και Deutsch περιέγραψαν τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας ως αποτελέσματα συμβολικών ή ασυναίσθητων φαντασιώσεων ωθούμενων από το φόβο των ατόμων που έπασχαν από αυτήν μήπως με την κατανάλωση τροφής, παχύνουν. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, οι ενδοκρινολογικές εξετάσεις που έγιναν από πολλούς ψυχολόγους σχετικά με τη Νευρογενή Ανορεξία απεφάνθη ένα γρήγορο και ομαλό θάνατο, όταν ο ασθενής δεν αποδεχτεί ιατρική βοήθεια. Μέχρι το 1960, το ενδιαφέρον για τη Νευρογενή Ανορεξία δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλο. Έκτοτε, αυτό άλλαξε δραστικά, εξαιτίας της πρωτοποριακής δουλειάς της Αμερικανίδας ψυχιάτρου Hilde Bruch (1973), της οποίας επίκεντρο της προσοχής ήταν η έλλειψη της αυτοεκτίμησης και η διαταραχή της εικόνας του σώματος που ένοιωθαν οι ασθενείς.

Στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας, προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο. Πριν το 1970, η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών συνήθως εστιαζόταν αποκλειστικά στο άτομο που έπασχε από κάποια διαταραχή. Σήμερα η θεραπεία γίνεται σε πολλά επίπεδα, τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω.

1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Κατά το DSM-IV	Κατά το ICD-10
Α) άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αδυναμία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο)	Α) το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά QUATELET είναι 17,5 ή λιγότερο σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους
Β) έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.	Β) η απώλεια βάρους αυτοπροκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών» είναι δυνατό επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: Α) αυτοπροκαλούμενοι έμετοι Β) αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες Γ) υπερβολική σωματική άσκηση Δ) χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών
Γ) διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτοεκτίμηση ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους	Γ) υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιάρκει ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους
Δ) σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή	Δ) υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του

<p>απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών. Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνον μετά από χορήγηση ορμονών, π.χ οιστρογόνων.</p>	<p>υποθαλαμοϋποφυσιογοναδικού άξονα, εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άντρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, υπό τη μορφή αντισυλληπτικού χαπιού). Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης</p>
	<p>Ε) εάν η έναρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση συχνά η ήβη συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.</p>

Πίνακας 1: Μάνος Ν. (1997), «Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής», Αθήνα, σελ.340

Υπάρχουν δύο τύποι, σύμφωνα με το DSM-IV:

Ο Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης, δηλαδή προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Ο Τύπος υπερφαγίας/ Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης, δηλαδή προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Παρά το γεγονός της έλλειψης επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για τη Νευρογενή Ανορεξία, φαίνεται πως η διαταραχή αυτή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες.

Η συχνότητα εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 0,2 – 0,8% (Hoek, 1993). Τα ποσοστά αυτά όμως, φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά, ανάλογα με το συγκεκριμένο πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται. Στην περίπτωση που μελετάται πληθυσμός υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, τότε τα ποσοστά αυτά είναι μεγαλύτερα, γιατί η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται συχνότερα σε έφηβες που προέρχονται από εύπορες οικογένειες.

Μελέτες σε κλινικούς και γενικούς πληθυσμούς έχουν βρει ότι πάνω από το 90% των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε γυναίκες κυρίως όψιμης εφηβείας και πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% έως 1%. Ο επιπολασμός είναι πολύ μεγαλύτερος σε περιπτώσεις που δεν πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής (Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς). Η συχνότητα της Νευρογενούς Ανορεξίας φαίνεται να αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία. Υπολογίζεται πως η Νευρογενής Ανορεξία εκδηλώνεται ανά ένα σε εκατό άτομα. Όπως τονίζει η διδάκτωρ Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου του Λονδίνου, δρ. Εύα Σαλαμινίου (1997), «οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ενώ επηρεάζουν κυρίως τα κορίτσια. Στα εκατό κορίτσια με Νευρογενή Ανορεξία αντιστοιχεί

ένα αγόρι. Η Νευρογενής Ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος: η θνησιμότητα της χρόνιας Νευρικής Ανορεξίας φθάνει το 25%, το υψηλότερο ποσοστό από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις».

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής είναι από τις λίγες περιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας που εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια.

Επιδημιολογία:

- Επίπτωση 0,5 – 1%
- Κορίτσια/ αγόρια: 20/1
- Υψηλή κοινωνικο-οικονομική θέση
- Λευκή φυλή
- Υψηλό μορφωτικό επίπεδο, πολύ καλή σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση
- Ηλικία: δεύτερη δεκαετία ζωής
 - ➔ 13-20 ετών: 85%
 - ➔ έναρξη στην παιδική ηλικία: 3%
 - ➔ δύσκολη καμπύλη εμφάνισης της νόσου: 14 και 18 ετών
- Σημαντική αύξηση επίπτωσης της νόσου (1930-1980)
- Αύξηση της επίπτωσης στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα
- Αύξηση της επίπτωσης σε άλλες φυλές
- Αύξηση της επίπτωσης σε αναπτυσσόμενες χώρες

(Lucas AR, Beard CM, O' Fallon WM, Kurland LT, 1991, pp. 917-922)



Το μοντέλο Kate Moss

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η αιτιολογία της Νευρογενούς Ανορεξίας κατανοείται καλύτερα όταν διερευνηθούν τα κίνητρα του εφήβου, ο οποίος υποβάλλει τον εαυτό του σε μια οδυνηρή και επικίνδυνη διαδικασία ανατρέποντας τους ρυθμούς του οργανισμού του, προκειμένου να επιτύχει την απόκτηση του βάρους, που ο ίδιος θεωρεί «ιδανικό». Οι επιθυμητές αναλογίες σώματος είναι αυτές που διαθέτουν τα ελλιποβαρή μοντέλα. Κυριαρχεί φόβος στην ιδέα της ανάπτυξης του σώματος του σε ενήλικα, με αποτέλεσμα να σταματάει να τρέφεται.

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Νευρογενούς Ανορεξίας. Οι ψυχολογικές θεωρίες προτείνουν ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης που επικρατεί κατά την εφηβική ηλικία. Οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις, κυρίως, τονίζουν τον ασυνείδητο φόβο της ανορεκτικής να «μείνει έγκυος από το στόμα». Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητας). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη της τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι η άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή. Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες σχετικά με την ομορφιά, με την εικόνα του σώματος τους και με τη συνεχή διατήρηση του αδύνατου σώματος. Μελέτες σε οικογένειες και διδύμους έχουν δείξει τη γενετική, κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Βρέθηκε ότι η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται συχνότερα σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή και ότι οι μονοζυγωτές δίδυμοι εκδηλώνουν πολύ πιο συχνά να έχουν τη διαταραχή αυτή από τους διζυγωτές (Μάνος Ν., 1997).

Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει διάφορες ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με τη μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει

ασυνείδητα τη σχέση με τη μητέρα που ανάγεται στην περίοδο του θηλασμού από το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης.

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου, όπου εκεί ρυθμίζονται οι βασικές λειτουργίες του σώματος όπως είναι η όρεξη, το βάρος, η θερμοκρασία και η ομοιόσταση. Φαίνεται ότι στη Νευρογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις, όπως η αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης.

Τα αίτια της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά πολύπλοκα και διαφορετικά σε κάθε περίπτωση. Για το ξεκίνημα της αρρώστιας, είναι δυνατό να συμβάλουν ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου, κοροϊδία λόγω παχυσαρκίας ή μια άλλη τραυματική εμπειρία.

Η θεωρία της Hilde Bruche (1974) προτείνει μία νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό του και το σώμα του. Κατά την συμπεριφοριστική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλλάξουν οι συνεξαρτήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό.

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό. Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, διαισθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται", εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα

παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων.

1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι διατροφικές διαταραχές προκαλούν πολυάριθμα φυσιολογικά σημάδια και συμπτώματα. Η μεγάλη ελάττωση του βάρους, συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα κατάθλιψης, όπως καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ελαττωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Έχει σημασία ότι η έναρξη της διαταραχής συχνά συνδέεται με κάποιο στρεσογόνο γεγονός όπως το να φύγει η έφηβος από το σπίτι και να πάει να σπουδάσει.

Οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι: υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, lanugo (το λεπτό στρώμα χνουδιού, που εξαφανίζεται συνήθως με τη γέννηση του παιδιού ή και νωρίτερα), βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος λόγω της υπερκαροτιναιμίας, πετέχιες, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων ιδιαίτερα της παρωτίδας. Ασθενείς που προκαλούν συχνά έμετο μπορεί να παρουσιάσουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών τους. Γενικές ιατρικές παθήσεις που μπορεί να εμφανισθούν στις ανορεξικές ασθενείς είναι η νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (λόγω της χρόνιας αφυδάτωσης και της υποκαλιαιμίας), καρδιαγγειακά προβλήματα όπως σοβαρή υπόταση και αρρυθμίες, προβλήματα στα δόντια και οστεοπόρωση (λόγω ελαττωμένης έκκρισης οιστρογόνων και αυξημένης έκκρισης κορτιζόλης). Επιπλέον, οι σοβαρές και αυστηρές αλλαγές βάρους παράλληλα με τις διατροφικές διαταραχές, πιθανόν να είναι μια ασταθής δοκιμασία με ηλεκτρολυτικές διαταραχές, γαστρεντερικές και ενδοκρινικές διαταραχές, και άλλες ανωμαλίες. Η χειρότερη, βέβαια, επιπλοκή είναι ο θάνατος, ο οποίος προέρχεται από ασιτία, αυτοκτονία ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Δυσοίωνοι παράγοντες που συντείνουν στην εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου,

προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες, φτωχή προ-νοσηρή προσαρμοστικότητα, παρουσία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας και κακές ενδο-οικογενειακές σχέσεις.

Η πορεία της διαταραχής ποικίλει. Μερικές ασθενείς αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα και μοναδικό επεισόδιο. Ορισμένες κερδίζουν βάρος που όμως, παρουσιάζει διακυμάνσεις και μετά υποτροπιάζουν, ενώ ορισμένες έφηβες ασθενείς παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια.

1.6.α ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Αλλαγές βάρους:

Οι ατομικές διαγνώσεις που έγιναν για τη Νευρογενή Ανορεξία προκαλούν έντονη ανησυχία για το σωματικό βάρος των ασθενών. Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να εμφανίσει πολυάριθμες συμπεριφορές εστιάζοντας στον έλεγχο του σωματικού τους βάρους, όπως με περιορισμό της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης, με εξαντλητική άσκηση και χρησιμοποιώντας είτε καθαρτικά είτε διουρητικά, ή ακόμα και προκαλώντας έμετο. Το σωματικό βάρος του ανορεξικού ασθενή εκφράζει, γενικά, την απόφαση του να περιορίσει την ημερήσια θερμιδική πρόσληψη και να υποβάλλει τον εαυτό του σε εξαντλητική άσκηση. Φυσικά, το πιο φανερό σημείο είναι η απίσχνανση του ασθενούς.

Η οστική πυκνότητα είναι μειωμένη και υπάρχουν αρκετά παθολογικά χαρακτηριστικά στους ασθενείς με αυτή τη διαταραχή (Rigotti, Nussbaum, Herzog, & Neer, 1984; Salisbury & Mitchell, 1991). Τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων εμφανίζονται να είναι σημαντικά, ως απόδειξη της ανάπτυξης προβλήματος στην οστική πυκνότητα.

Ασταθείς και Ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες:

Τα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία συχνά αναπτύσσουν διαταραχές στα υγρά του σώματος και τα ηλεκτρολυτικά επίπεδα που σχετίζονται με την παράταση της κακής θρέψης και της αφυδάτωσης. Οι ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες συνδέονται με τη φτωχή και

ασταθή πρόσληψη τροφής, τον εμετό, την κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών. Οι ασταθείς ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες είναι περισσότερο σοβαρές όταν το ανορεξικό άτομο ανήκει στον τύπο της υπερφαγίας/ κάθαρσης, όταν δηλαδή το άτομο εμπλέκεται συστηματικά στην πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. Η αφυδάτωση είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς πρόσληψης υγρών και της απώλειας υγρών μέσω της κάθαρσης που οδηγεί στην αύξηση των επιπέδων της ουρίας στο αίμα με αποτέλεσμα να μειωθούν τα επίπεδα κρεατινίνης των ούρων, καθώς και να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια. Ένα χτύπημα από περιφερειακό οίδημα είναι πιθανόν να λάβει χώρα και να συμβάλει στην δραματική μείωση του σωματικού βάρους (5-20 Kg).

Ωστόσο, προκαλείται και μεταβολική αλκάλωση, δηλαδή χαμηλά επίπεδα χλωρίου Cl και καλίου K στο αίμα. Προκαλούνται φυσικά συμπτώματα όπως αδυναμία, λήθαργος και κατά καιρούς καρδιακές αρρυθμίες. Ως αποτέλεσμα της φτωχής θρεπτικής πρόσληψης τροφής είναι και η μείωση των επιπέδων μαγνησίου και φωσφόρου στον οργανισμό. Η υποκαλιαιμία συνδέεται με τις καρδιακές αρρυθμίες. Επίσης παρατηρούνται μειωμένα επίπεδα ασβεστίου, μαγνησίου και φωσφόρου. Τα πολύ χαμηλά επίπεδα φωσφόρου στο αίμα οδηγούν σε σοβαρές καρδιακές δυσλειτουργίες και επιπλοκές στο νευρολογικό σύστημα (Wada, Nagase, Koike, Kugai & Nagata, 1992).

Γαστρικό-εντερικές ανωμαλίες:

Η ασθενής που υποφέρει από αυτή τη διαταραχή περιγράφει την ώρα του γεύματος σαν μια δυσάρεστη εμπειρία που συνδέεται με συμπτώματα άγχους, όπως είναι ο ιδρώτας, η ταχυκαρδία και τα αναπνευστικά προβλήματα. Η καθυστέρηση έκκρισης των γαστρικών υγρών είναι κοινό συμβάν το οποίο λαμβάνει χώρα στο 80% περίπου των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία. Όσο συνεχίζεται η φτωχή θρέψη τόσο αναπτύσσονται γαστρικό-εντερικές ενοχλήσεις, υποθερμία και παρουσιάζονται προβλήματα υπομεταβολισμού. Επίσης, παρουσιάζονται προβλήματα χρόνιας δυσκοιλιότητας και κοιλόπονοι.

Στη Νευρογενή Ανορεξία, η καθυστερημένη γαστρική κένωση παρομοιάζεται με το αίσθημα της πληρότητας και του φουσκώματος. Οι ασθενείς που εμπλέκονται σε

επεισόδιο κάθαρσης θέτουν τον εαυτό τους στο ρίσκο έντονης διαστολής του στομάχου, που συνήθως συνοδεύεται από σοκ.

Η κακή διατροφή και η πρόκληση εμετών προκαλούν γαστρικο-εντερικές αιμορραγίες, οι οποίες συχνά αναπτύσσονται στους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία (Ceuller & VanThiel, 1986).

Ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος:

Σημειώθηκε μεγάλο ενδιαφέρον για τα νευροπεπτίδια που δρουν ως διεγερτικά ή ανασταλτικά της όρεξης. Οι διαταραχές της συγκέντρωσης των νευροπεπτιδίων ενδέχεται να ευθύνονται για τις υποτροπές των ασθενών.

Πολύ συχνές είναι οι συσπάσεις στο νευρο-ενδοκρινικό και νευρο-μεταφορικό σύστημα. Η αυστηρή πείνα συνδέεται με την κατάθλιψη μειώνοντας την ικανότητα συγκέντρωσης και παρουσιάζεται απώλεια μνήμης. Οι οργανικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο είναι καταστροφικές. Οι αλλαγές αυτές συμπεριλαμβάνουν την αδυναμία και την αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων. Δεν έχει ακόμη γίνει γνωστό εάν η αναπλήρωση της θρεπτικής απώλειας μπορεί να διορθώσει αυτή την κατάσταση.

Παρουσιάζεται διάταση των κοιλιών και αυλακών του εγκεφάλου, σε οξεία φάση της νόσου, λόγω αυξημένου εγκεφαλονωτιαίου υγρού και μείωση τόσο της λευκής όσο και της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου. Επίσης παρατηρείται μείωση στην έκκριση της λεπτίνης – πρωτεΐνη που παράγεται από τον λιπώδη ιστό, τα λιποκύτταρα, και δρα στον υποθάλαμο και έτσι ελέγχει την πρόσληψη τροφής για διατήρηση σχετικά σταθερού βάρους σώματος. Στο περιφερικό νευρικό σύστημα παρουσιάζεται περιφερική νευρίτιδα. (Χατζηγεωργίου, Χ. 2004, σελ. 12-18).

Αιματολογικές ανωμαλίες:

Η φτωχή διατροφή και η σοβαρή απώλεια βάρους έχει ως αποτέλεσμα την δραματική μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων. Οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία έχουν λευκοπενία και στις ακραίες περιπτώσεις απώλειας βάρους παρατηρείται ατροφία στα κόκαλα (Howard, Leggat &

Chaudhry, 1992; Smith & Sprivak, 1985). Οι συνέπειες αυτές διορθώνονται με βελτίωση της θρέψης.

Ανωμαλίες στον καταμήνιο κύκλο:

Η αμηνόρροια συχνά, προηγείται μεγάλης απώλειας βάρους και παραμένει σταθερή ακόμα και μετά την ανάκτηση βάρους. Χαρακτηρίζει τη Νευρογενή Ανορεξία (Devlin et al., 1989). Δημιουργείται πρόβλημα στις ωοθήκες και χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων. Σε ελλιποβαρείς ασθενείς τα βασικά επίπεδα των ορμονών LH και FSH καθώς και των οιστρογόνων μειώνονται.

Δέρμα:

Πολλοί ασθενείς με αυτή τη διαταραχή αναπτύσσουν lanugo που χαρακτηρίζεται από τριχοφυΐα στο πρόσωπο και άλλα προβλήματα στο πρόσωπο (Gupta & Haberman, 1987). Επίσης υπάρχει απώλεια μαλλιών, ξηρότητα στο δέρμα και αδύναμα νύχια, τα οποία σπάνε εύκολα.

Ορμονικές επιπλοκές:

Φλοιοτρόπος ορμόνη (ACTH): Παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα της ορμόνης αυτής στο αίμα. Θεωρείται ανορεξιογόνος ορμόνη και πιθανόν η αύξηση της να παίζει ρόλο στη διατήρηση των ανορεκτικών συμπεριφορών (Stone M., Briady J., Kohn MR., and others, 2006 Dec).

Κορτιζόλη: Η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης συνοδεύεται από την αύξηση του ρυθμού διούρησης και εμφανίζεται σε ελλιποβαρείς ανορεξικούς. Θεωρείται αποτέλεσμα της υπερέκκρισης της ενδογενούς φλοιοτρόπου ορμόνης. Επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την αποκατάσταση βάρους (Stone M., Briady J., Kohn MR., and others, 2006 Dec).

Υπερκαροτιναιμία: στην περίπτωση της ανορεξίας, οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα καροτινειδών ή άλλων παραγώγων της Βιταμίνης Α ή απλούστατα σε δυσανάλογη πρόσληψη τροφίμων που περιέχουν καροτίνη (Marion Nestle, 1987).



1.6.β ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ένας αριθμός μακροπρόθεσμων επιπλοκών είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης και σοβαρής κακής θρέψης, που συχνά συνοδεύεται από διατροφικές διαταραχές. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ποσοστά θνησιμότητας που φθάνουν στο 18% και η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σε φαρμακευτικές επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας εμπλέκουν αρκετά συστήματα του οργανισμού. Αφορούν, επίσης, σημαντικές βλάβες στα δόντια και τα κόκαλα. Αυτό γίνεται γιατί η εφηβεία είναι η περίοδος στη ζωή του ανθρώπου όπου αναπτύσσεται σκελετικά και το αποτέλεσμα είναι η παρεμπόδιση της ανάπτυξης της οστικής μάζας. Η μείωση της οστικής πυκνότητας είναι γνωστή ως η επικρατέστερη συνέπεια στις ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. Έχουν αναφερθεί κατάγματα των μεγάλων οστών, της σπονδυλικής στήλης και του στέρνου στις ασθενείς με αμηνόρροια

σε διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Επίσης, σε αμηνόρροια οδηγούν και η οστική απώλεια, η οστεοπενία, καθώς και κατάγματα τα οποία αλλάζουν τον ορμονικό μηχανισμό. Οι οδοντικές επιπλοκές εμφανίζονται στις ασθενείς που προκαλούν πολλαπλούς εμετούς ως μέθοδο κάθαρσης των ανεπιθύμητων θερμίδων.

Καρδιαγγειακές ανωμαλίες:

Οι πιο σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή, επιπλοκές από τις συνέπειες της Νευρογενούς Ανορεξίας πλήττουν το καρδιαγγειακό σύστημα. Τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, συχνά αναπτύσσουν πλήθος σοβαρών καρδιακών αρρυθμιών, που εάν δε διαγνωσθούν και θεραπευτούν, είναι πιθανόν να επιφέρουν το θάνατο. Συχνά, τα ανορεξικά άτομα παρουσιάζουν μια ποικιλοχρωμία ή κυανά χέρια ή πόδια και κάνουν συχνά παράπονα για ταχυκαρδίες. Η παρατεταμένη πείνα οδηγεί σε υπολειτουργία της καρδιάς και μείωση των αιμοφόρων αγγείων. Η ικανότητα της καρδιάς να λειτουργεί χωρίς επιπλοκές και των αγγείων να μεταφέρουν αίμα μπορεί να αλλάξει, έχοντας ως αποτέλεσμα την πρόκληση βραδυκαρδίας ή ταχυκαρδίας. Η ταχυκαρδία είναι πιθανόν να προκύψει όταν ο όγκος των υγρών μειώνεται και αυτό είναι αποτέλεσμα της αφυδάτωσης και η καρδιά είναι υποχρεωμένη να τρομπάρει γρηγορότερα για να αποζημιώσει αυτή τη μείωση. Η βραδυκαρδία και η υπόταση προκύπτουν από τη συνεχή πείνα, όπου μειώνεται ο έλεγχος της κυκλοφορίας των κετοχολαμινών και στην αλλαγή των επιπέδων των θυρεοειδών ορμονών. Μελέτες έδειξαν ότι το 91% των περιπτώσεων Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σφυγμό λιγότερο από 60 χτύπους ανά λεπτό και πάνω από το 85% των ασθενών αντιμετωπίζουν προβλήματα αρτηριακής πίεσης, κάτω από 90/60.

Η συμπεριφορά κάθαρσης οδηγεί στην απώλεια υγρών του σώματος και ηλεκτρολυτών, τα οποία είναι απαραίτητα για τη σύσπαση των μυών και τη μεταβίβασή τους από τις ωθήσεις των νεύρων στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η απώλεια ηλεκτρολυτών συμβάλλει στην ανάπτυξη σοβαρών αρρυθμιών. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή έχουν περισσότερες επιπτώσεις στην κεντρική βαλβίδα και η αριστερή κοιλότητα δυσλειτουργεί. Η χρήση φαρμάκων για την πρόκληση εμετού μπορεί να συντελέσει στην πρόκληση καρδιοπαθειών ή περιφερειακής μυϊκής αδυναμίας, επιταχύνοντας έτσι τον κίνδυνο πρόκλησης των καρδιαγγειακών παθήσεων. Όλοι αυτοί

οι παράγοντες αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο του ξαφνικού θανάτου κατά τη διάρκεια της παρουσίας προβλημάτων της καρδιάς. Συχνά φαινόμενα είναι οι ζαλάδες και οι λιποθυμίες.

Ενδοκρινικές ανωμαλίες:

Οι διατροφικές ανωμαλίες έχουν συνδεθεί με τις πολυάριθμες συνέπειες του ενδοκρινικού συστήματος, που διαταράσσονται σοβαρά με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, (Fichter & Pirke, 1990; Thomas & Rebar, 1990) συμπεριλαμβανομένου και της δυσλειτουργίας του υποθαλάμου, στους αδένες που εκκρίνουν αδρεναλίνη καθώς και της δυσλειτουργίας των γονιδίων. Έχει παρατηρηθεί ότι τα ανορεξικά άτομα έχουν αλλαγές στο νευροενδοκρινικό μηχανισμό και έχουν μια σειρά από ανωμαλίες του καταμήνιου τους κύκλου. Περίπου το 30-50% των κοριτσιών με Νευρογενή Ανορεξία έχουν σοβαρές επιπλοκές στον καταμήνιο κύκλο τους, ξεκινώντας με ολιγομηνόρροια και συνεχίζοντας με αμηνόρροια.

Η ελεύθερη θυροξίνη (free T4) μειώνεται σε χαμηλά φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα τα επίπεδα της τριδοθυροξίνης (T3) μειώνουν ακόμη περισσότερο τα ήδη μη φυσιολογικά επίπεδα αναλόγως με το βαθμό απώλειας βάρους. Τα επίπεδα της TSH είναι συνήθως φυσιολογικά. Η βραδυκαρδία, η υπόταση και η μείωση του Βασικού Μεταβολισμού παρατηρούνται σε κάποιους ασθενείς με νευρική ανορεξία και δηλώνουν τη μείωση της ευμενούς θυρεοειδούς δραστηριότητας.

Επίσης, μειώνονται τα επίπεδα της ινσουλίνης και του σακχάρου στο αίμα (Jacalyn J. Robert - McComb, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΜΟΡΦΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

2.1.α ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ

Η εκτεταμένη οικογένεια περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες γενιές προσώπων που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς καταγωγής, π.χ από τους δύο ή τον ένα γονέα, τα άγαμα τέκνα τους, τα έγγαμα τέκνα τους, και τα παιδιά των τέκνων αυτών(κάθετα εκτεταμένη οικογένεια) και, επίσης τους συγγενείς, τους συζύγους τους και τα τέκνα τους (οριζόντια εκτεταμένη οικογένεια). Είναι η φαμίλια, γνωστή ιδιαίτερα στο μεσογειακό χώρο και με υπολείμματα ακόμα και σήμερα σε μερικές περιοχές. Την εμφάνιση και διατήρηση της προσδιόριζε κυρίως η οικονομική λειτουργία της ως μονάδα παραγωγής, κατανάλωσης, συγκέντρωσης της ιδιοκτησίας της γης, χωρίς να παραλείψουμε την ανάγκη συνασπισμού για αυτοπροστασία.

Στην εκτεταμένη οικογένεια έχουμε αυταρχική δομή στις σχέσεις των μελών. Η απουσία ενός γονέα, για παράδειγμα, δε βιώνεται τόσο έντονα ως απώλεια, καθώς τη θέση που παίρνει αμέσως ένας θείος, ένας παππούς, κλπ. Στη συγκεκριμένη μορφή οικογένειας η γιαγιά συνήθως έχει λόγο για ότι προκύπτει μέσα στην οικογένεια. Είναι το άτομο που καθορίζει το φαγητό, την ανατροφή των παιδιών και προσπαθεί να δώσει λύσεις σε κάποια προβλήματα που προκύπτουν.

Η θεωρία του Parsons προβλέπει ότι με τη μεταβολή της εκτεταμένης οικογένειας στον αγροτικό χώρο στην πυρηνική στον αστικό χώρο, η νεοτοπική οικογένεια είναι απομονωμένη γεωγραφικά αλλά και ψυχολογικά από την εκτεταμένη οικογένεια.

Η πολυγαμική οικογένεια είναι μορφή της εκτεταμένης οικογένειας. Αποτελείται από πολλαπλές και παράλληλες έγκυρες γενετήσιες ενώσεις ενός εκ των συζύγων και από τα τέκνα που προέρχονται από τις ενώσεις αυτές. Οι πολυγαμικές οικογένειες έχουν κατά κανόνα τη μορφή της πολυγυνίας, αποτελούνται, δηλαδή, από δύο ή περισσότερες μητροκεντρικές οικογένειες.

Άλλες μορφές της οικογένειας είναι η πατριαρχική και μητριαρχική. Η πατριαρχική οικογένεια είναι συνήθως κάποιο σχήμα μιας εκτεταμένης οικογένειας και δεν αποτελεί διαφορετικό σχήμα της οικογένειας. Αναφέρεται στην κοινωνική δύναμη που κατέχει το κεντρικό πρόσωπο της οικογένειας, δηλαδή ο πατέρας. Η μεγάλη πλειονότητα των εκτεταμένων οικογενειών σε όλο τον κόσμο είναι πατριαρχικές οικογένειες όπου ο αρχηγός, και φορέας της εξουσίας είναι ο πατέρας. Η μητριαρχική οικογένεια, όπου η μητέρα είναι η αρχηγός της οικογένειας και κατέχει την εξουσία, σπανίζει. Ένα παράδειγμα μητριαρχικής οικογένειας, ωστόσο, είναι η βασίλισσα της Αγγλίας.

2.1.β ΠΥΡΗΝΙΚΗ

Η πυρηνική οικογένεια, που αποτέλεσε την κυρίαρχη μορφή οικογενειακής οργάνωσης μεταπολεμικά στις μητροπόλεις του καπιταλισμού και το βασικό στόχο και φορέα του καταναλωτικού μοντέλου (κυρίως στις ΗΠΑ), γιατί σε χώρες όπως η Ελλάδα επιβίωνε ακόμα η πολυμελής οικογένεια που ήταν πιο συμβατή με την αγροτική οικονομία, δέχτηκε τα πρώτα σοβαρά, ιδεολογικά κυρίως πλήγματα τη δεκαετία του 1960 από τα διάφορα κινήματα αμφισβήτησης ως ένας αστικός, αυταρχικός και εξουσιαστικός μηχανισμός. Αλλά για να ολοκληρωθεί η διάβρωσή του και να μπει σε κρίση, χρειάστηκε να προχωρήσει η οικονομική ανεξαρτησία των γυναικών με τη μαζική τους έξοδο στην αγορά εργασίας και την παραγωγή, να χαλαρώσουν οι δεσμοί με τη θρησκεία, να βγουν στο προσκήνιο τα κινήματα της νεολαίας μαζί με την αλλαγή της νομοθεσίας (Ελλάδα: 1979, 1983). Παράλληλα εξακολουθούν να επιβιώνουν σχετικά κοινωνικά στερεότυπα που αφορούν κυρίως τις γυναίκες όπως ζωντοχήρα/ος, ποιος είναι ο προορισμός του ανθρώπου, κλπ. Από την άλλη πλευρά, βέβαια, σήμερα που ο κίνδυνος της περιθωριοποίησης είναι περισσότερο υπαρκτός παρά ποτέ, η οικογένεια σε πιο παραδοσιακές κοινωνίες (Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία) παίζει το ρόλο μιας ασπίδας προστασίας των νεαρών κυρίως μελών, κάνοντας τα αποτελέσματα αυτής της πολιτικής λιγότερο φανερά.

Η πυρηνική οικογένεια περιλαμβάνει τον πατέρα, την μητέρα και τα παιδιά τους. Ο Mardok επισημαίνει, με βάση τη μελέτη 250 μικρών κοινωνιών σε όλο τον κόσμο, ότι *«η πυρηνική οικογένεια αποτελεί οικουμενικό πυρήνα κοινωνικής ομαδοποίησης. Είτε ως αυτόνομο σχήμα οικογένειας, είτε ως βασική μονάδα με την οποία σχηματίζονται πιο σύνθετες μορφές οικογένειας, η μορφή της πυρηνικής οικογένειας υπάρχει ως σαφής και έντονα λειτουργική ομάδα σε κάθε κοινωνία»*. Οπότε μπορεί η πυρηνική οικογένεια να θεωρηθεί ότι είναι ο «πυρήνας» των διάφορων εκτεταμένων οικογενειών. Η διαμόρφωση της πυρηνικής οικογένειας αρχίζει με τη δημιουργία του ζευγαριού. *«Το ζευγάρι αποτελεί τους αρχιτέκτονες της οικογένειας»* (Burnham, 1986, pp 26).

Οι ρόλοι της πυρηνικής οικογένειας, δηλαδή, η ανατροφή των παιδιών, η οικονομική συνεργασία, οι αλληλεπιδράσεις και άλλες ψυχολογικές σχέσεις ανάμεσα στην πυρηνική οικογένεια και τους παππούδες και άλλους συγγενείς μπορεί να είναι στενότερες, όπως συμβαίνει στην ελληνική οικογένεια. Η αύξηση των πυρηνικών οικογενειών στον τόπο μας, κυρίως στις αστικές περιοχές οφείλεται από τη μια μεριά στην αύξηση της οικονομικής ευρωστίας τα τελευταία χρόνια και από την άλλη μεριά, σε οικογενειακές αξίες, όπως το χρέος που νοιώθουν οι γονείς να αγοράσουν σπίτι για τα παντρεμένα παιδιά τους, η οποία αποτελεί μια νέα μορφή της προίκας.

Ως προς τη λειτουργία της ελληνικής οικογένειας, διαπιστώνουμε ότι τα μέλη της πυρηνικής οικογένειας διατηρούν σε υψηλό επίπεδο επαφές με συγγενείς, υιοθετούν τις αξίες που αφορούν στη συναισθηματική σχέση και στην φροντίδα – υλική, πρακτική και συναισθηματική – ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και, επίσης, απορρίπτουν τις αξίες που αφορούν στην αυταρχική δύναμη του πατέρα, καθώς και στην ανισότητα και ακαμψία στις σχέσεις ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά. Τελικά, μπορούμε να μιλήσουμε για ένα μεταβαλλόμενο σύστημα ελληνικής οικογένειας το οποίο δομικά μεν φαίνεται να μοιάζει με πυρηνική οικογένεια, λειτουργικά, όμως, εξακολουθεί να διατηρεί βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εκτεταμένης οικογένειας.

Η πυρηνική οικογένεια διακρίνεται σε πολυπυρηνική, πατροπλευρική πολυπυρηνική και αμφιπλευρική πολυπυρηνική. Η πολυπυρηνική απαντάται σε πολλές περιοχές του κόσμου (Κίνα, Ινδία) και ιδιαίτερα στα Βαλκάνια, καθώς και στην Ελλάδα ως τα μέσα του 20^{ου} αιώνα. Η οικογένεια αυτή ονομάζεται και σύνθετη ή πολυεστιακή οικογένεια ή οικιακή κοινότητα. Η πατροπλευρική οικογένεια είναι γνωστή και ως

πατριαρχική οικογένεια και στηρίζεται στην αρχή της πατροτοπικότητας, δηλαδή στην αρχή σύμφωνα με την οποία η νύφη έρχεται και εγκαθίσταται στο σπίτι του πεθερού. Με αυτό τον τρόπο μια πατροπλευρική οικογένεια αποτελείται από τους αδερφούς, τις συννυφάδες και τους γονείς. Η αμφιπλευρική πολυπυρηνική οικογένεια είναι μια παραλλαγή της πολυπυρηνικής οικογένειας. Η διαφορά από την πατροπλευρική οικογένεια συνίσταται στο γεγονός ότι σε αυτόν τον τύπο μαζί με τους παντρεμένους αδερφούς μπορεί να συμβιώνει στο σπίτι και μία ή περισσότερες αδερφές.

Η μορφή που πήρε η πυρηνική οικογένεια υπονομεύει τα θεμέλια της γυναικείας ταυτότητας. Στην πυρηνική οικογένεια η μητέρα διαδραματίζει τον ουσιαστικό ρόλο, αφού συγκεντρώνει την προσοχή της στα παιδιά της και στο νοικοκυριό. Ο σύζυγος δεν παίζει τόσο μεγάλο ρόλο εξαιτίας της απουσίας του, αφού όλη τη μέρα δουλεύει.

2.1.γ ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ

Η μονογονεϊκή οικογένεια απαρτίζεται συνήθως από την άγαμη, χήρα ή διαζευγμένη μητέρα και τα παιδιά της, αλλά, επίσης, από τον άγαμο, χήρο ή διαζευγμένο πατέρα. Θεωρείται η πιο δύσκολη μορφή οικογένειας, αφού όλη την ευθύνη την αναλαμβάνει μόνο ο ένας από τους δύο γονείς. Πρέπει να μεγαλώσει το παιδί σωστά, με σωστές αρχές και αξίες. Πρέπει να μάθει το παιδί της/του να χειρίζεται όλα τα εμπόδια που θα παρουσιαστούν στη ζωή του, καθώς επίσης να συμπεριφέρεται και να αντιμετωπίζει σωστά φίλους, γνωστούς και αγνώστους του.

2.2 ΕΙΔΗ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ

Τα είδη ανατροφής είναι τέσσερις «τύποι» γονεϊκού στιλ που διαφοροποιούν τους γονείς στην άσκηση της κοινωνικοποίησης του παιδιού τους. Οι τύποι αυτοί, τα χαρακτηριστικά τους και η σχέση τους με τα χαρακτηριστικά των παιδιών περιγράφονται παρακάτω, (Kevin Leman, 1989) .

2.2.A Δημοκρατικοί/ Διαλεκτικοί γονείς. Είναι οι γονείς που ασκούν έλεγχο αλλά και έχουν απαιτήσεις – προσδοκίες από τα παιδιά τους για ώριμη συμπεριφορά. Συγχρόνως, είναι συναισθηματικά θερμοί, λαμβάνουν υπόψη τους τις απόψεις του παιδιού και είναι ευαίσθητοι στις ανάγκες του. Επίσης, παίρνουν αποφάσεις μετά από συζήτηση και αναγνωρίζουν δικαιώματα και στο παιδί να συμμετέχει στη σχετική διαδικασία.

Τα θετικά αποτελέσματα τέτοιας γονεϊκής συμπεριφοράς στην ανάπτυξη του παιδιού είναι περισσότερο από εμφανή: τα παιδιά διαλεκτικών γονέων χαρακτηρίζονται από συναισθηματική σταθερότητα και ικανοποίηση, αυτοπεποίθηση, αυτοέλεγχο και επιμονή στη διεκπεραίωση μιας ενέργειας. Σε άλλες έρευνες βρέθηκε, επίσης, ότι τα παιδιά αυτά ήταν ανεξάρτητα, με υψηλούς στόχους, φιλικά, με καλές διαπροσωπικές σχέσεις και συνεργάσιμα. Μάλιστα, τα χαρακτηριστικά φαίνεται να υπάρχουν και αργότερα, στην εφηβική ηλικία, με περαιτέρω γνωρίσματα την αυτοεκτίμηση, τα εσωτερικευμένα ηθικά κριτήρια και υψηλή σχολική επίδοση.

2.2.B Αυταρχικοί γονείς. Οι αυταρχικοί γονείς επίσης, ασκούν έλεγχο και έχουν απαιτήσεις, αλλά διαφέρουν από τους διαλεκτικούς στο ότι θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα την υπακοή και συμμόρφωση του παιδιού χωρίς να εξηγούν γιατί ζητούν κάτι και χωρίς να του επιτρέπουν να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων. Έτσι, η επικοινωνία μεταξύ των δυο μερών είναι ποσοτικά λίγη και ποιοτικά κακή και η χρήση ποινών και περιοριστικών μέτρων είναι συχνή.

Τα παιδιά αυταρχικών γονέων, όπως δείχνει μια έρευνα της Baumrind και άλλων είναι απομονωμένα, δειλά και ελάχιστα ευτυχή, αγχώδη και ανασφαλή στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ειδικότερα, τα κορίτσια γίνονται εξαρτημένα και με χαμηλά κίνητρα για επίδοση.

2.2.Γ Παραχωρητικοί γονείς. Οι γονείς αυτού του τύπου είναι συναισθηματικά θερμοί και αποδέχονται το παιδί αλλά σπάνια ασκούν έλεγχο ή απαιτούν από το παιδί. Στη λήψη αποφάσεων το εκκρεμές γέρνει περισσότερο προς την πλευρά του παιδιού, αφού οι γονείς δεν επιτρέπουν απλώς τη συμμετοχή του παιδιού, αλλά το αφήνουν να διαμορφώνει σχεδόν μόνο του τις αποφάσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ουσιαστικά δεν

υπάρχουν κανόνες τους οποίους το παιδί πρέπει να τηρήσει, ούτε υποχρεώσεις του έναντι της οικογένειας ή άλλων ατόμων. Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι το ποσοστό των παραχωρητικών γονέων δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό (Ηλίας Γ. Μπεζεβέγκης, 1995, pp66).

Οι παραχωρητικοί γονείς φαίνεται πως έχουν τα παιδιά που είναι ανώριμα, παρορμητικά – με λίγο ή καθόλου αυτοέλεγχο- εξαρτημένα και απαιτητικά. Συχνά γίνονται ανυπάκουα, βίαια και αντιδραστικά.

2.2.Δ Αδιάφοροι γονείς. Οι γονείς αυτοί συνδυάζουν την απουσία απαιτήσεων από το παιδί, με την αδιαφορία ή και την απόρριψη του παιδιού. Δείχνουν πολύ απασχολημένοι με άλλα πράγματα για να ενδιαφερθούν για το παιδί και καταβάλλουν λίγη ή καθόλου προσπάθεια για την κοινωνικοποίηση του. Το παιδί κρατιέται σε «απόσταση ασφαλείας» ώστε να μη δυσκολεύεται το δικό τους πρόγραμμα. Στην πιο ακραία της μορφή, μια τέτοια γονεϊκή συμπεριφορά καταλήγει να εξισούται με κακομεταχείριση ή ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού.

Οι αδιάφοροι γονείς τείνουν να έχουν παιδιά με προβλήματα στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους, όπως επιβράδυνση της ανάπτυξης, δυσκολίες στην προσκόλληση και απουσία συμμετοχής σε παιχνίδι με συνομήλικους. Αργότερα, στα χαρακτηριστικά αυτά προστίθεται η ανυπακοή, η απαιτητικότητα, η βιαιότητα, η απουσία αυτοελέγχου και η παραβατική συμπεριφορά στην εφηβεία.

Σύμφωνα με τη Βασιλική Παπαδιώτη – Αθανασίου το 2000, υπάρχουν πέντε τύποι γονέων:

1. Οι εξουσιαστικοί γονείς εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό στη ζωή του παιδιού τους και το εμπιστεύονται. Έχουν υψηλές προσδοκίες όσον αφορά τις επιδόσεις του, επιβάλλουν όρια χωρίς να είναι τιμωρητικό και συγχρόνως το ενθαρρύνουν να σκέφτεται για τον εαυτό του.
2. Οι δημοκρατικοί γονείς είναι όπως και οι εξουσιαστικοί, με τη διαφορά ότι παρέχουν περισσότερη ελευθερία στο παιδί τους να παίρνει αποφάσεις.
3. Οι κατευθυντικοί γονείς δίνουν περισσότερη αξία στη συμμόρφωση σε σύγκριση με την ατομική επιλογή, δίνουν έμφαση στην υπακοή και παρακολουθούν από κοντά τις δραστηριότητες του παιδιού τους.

4. Οι μη κατευθυντικοί γονείς δίνουν μεγάλη σημασία στην ατομικότητα και θέτουν περιορισμένους κανόνες.

5. Οι μη εμπλεκόμενοι γονείς αντιμετωπίζουν με αδιαφορία τις γονεϊκές ευθύνες και είτε απορρίπτουν είτε αδιαφορούν για το παιδί τους.

Οι έφηβοι που έχουν δημοκρατικούς και εξουσιαστικούς αλλά δοτικούς γονείς είναι πιο ώριμοι και επιτυχημένοι σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων οι γονείς ανήκουν στους άλλους τύπους. Οι πρώτοι είναι άτομα αυτόνομα, ώριμα, προσαρμόσιμα, αισιόδοξα και θεωρούν ότι οι γονείς τους τους αγαπούν και τους βοηθούν στη ζωή τους. Επιπλέον έχουν ισχυρή κοινωνική συνείδηση, ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους (Church, 1994).

Τα παιδιά αυτά φαίνεται ότι αναπτύσσουν μια ισχυρή ταυτότητα και ικανότητα για αυτονομία, ενώ συγχρόνως διατηρούν καλές σχέσεις με τους γονείς τους. Σε σύγκριση με τους εφήβους αυτούς, οι έφηβοι από μη κατευθυντικές οικογένειες τείνουν να έχουν μικρότερο αυτοέλεγχο και να είναι λιγότερο κοινωνικά υπεύθυνοι, ενώ οι έφηβοι από κατευθυντικές οικογένειες τείνουν να μην έχουν κοινωνική συνείδηση και παρουσιάζουν εξωπροσωπικό έλεγχο της συμπεριφοράς τους.

2.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΑΣΤΕΡΙΣΜΟΣ

Το μέγεθος της οικογένειας είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την άμεση ή έμμεση, βραχύχρονη ή μακρόχρονη επίδραση στο παιδί και στην ανάπτυξη του. Όσο μεγαλύτερη είναι η οικογένεια τόσο αρνητικότερη είναι η επίδραση της στην ανάπτυξη του παιδιού, κυρίως τη νοητική. Με άλλα λόγια, ένα παιδί που μεγαλώνει σε πολυμελή οικογένεια είναι πιθανότερο να έχει χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και χαμηλότερη σχολική επίδοση (Karl Konig, 1963). Τα αρνητικά αυτά αποτελέσματα είναι περισσότερο εμφανή στα τελευταία –σε σειρά γέννησης- παιδιά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά πολυμελών οικογενειών έχουν περισσότερες και καλύτερες διαπροσωπικές δεξιότητες, καθώς συχνά αναλαμβάνουν ποικίλους ρόλους

στην οικογένεια(με τους γονείς ή/ και με μεγαλύτερο ή μικρότερο αδερφό/ή , αντίστοιχα).

Η Αμερικανίδα ψυχολόγος Helen Bee έχει συνοψίσει τη συμπεριφορά των γονέων προς τα πρώτα –σε σειρά γέννησης- σε σύγκριση με τα επόμενα παιδιά ως εξής:

- ✘ ασκούν περισσότερη πίεση για καλή επίδοση
- ✘ χρησιμοποιούν περισσότερο σύνθετο λόγο (γλωσσικό κώδικα) και περισσότερο ολοκληρωμένο, ιδιαίτερα στη βρεφική ηλικία
- ✘ παρεμβαίνουν περισσότερο και ασκούν περισσότερους περιορισμούς στη ζωή του παιδιού
- ✘ διακρίνονται από περισσότερο άγχος
- ✘ δημιουργούν οικογενειακό κλίμα με επίκεντρο το παιδί
- ✘ είναι λιγότερο επιδέξιοι στις ενέργειές τους

Εννοείται ότι δεν είναι όλες, ούτε πάντοτε, οι παραπάνω συμπεριφορές των γονέων ευνοϊκές για το παιδί, ιδιαίτερα όταν υπερβαίνουν κάποια όρια(π.χ η άσκηση πίεσης, οι περιορισμοί και το άγχος). Από την άλλη, η θέση του παιδιού στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της οικογένειας, φυσιολογικά συνδέεται με σαφώς ευνοϊκότερες προοπτικές για την ανάπτυξη του.

Ο Alfrend Andler, το 1923, έλεγε για το αποτέλεσμα που μπορεί να έχει συχνά στη ζωή μας η σειρά γεννήσεως:

«Η θέση στην οικογένεια αφήνει ανεξίτηλη σφραγίδα στο στιλ ζωής. Κάθε δυσκολία ανάπτυξης προέρχεται από τον ανταγωνισμό και την έλλειψη συνεργασίας στην οικογένεια. Αν κοιτάξουμε γύρω μας στην κοινωνική μας ζωή κι αναρωτηθούμε γιατί η αντιπαλότητα κι ο ανταγωνισμός είναι οι πιο φανερές της όψεις – κι αλήθεια, όχι μόνο στην κοινωνική μας ζωή, σ' όλο τον κόσμο μας – τότε πρέπει να αναγνωρίσουμε πως οι άνθρωποι, παντού επιδιώκουν να είναι κατακτητές ή να επιβάλλονται και να ξεπερνούν τους άλλους. Αυτός ο στόχος είναι το αποτέλεσμα της ανατροφής από τα πρώτα παιδικά χρόνια, της μάχης άμιλλας και ανταγωνισμού των παιδιών που δεν ένοιωσαν τον εαυτό τους σαν ίσα μέρη του συνόλου της οικογένειάς τους» (Πρακτική της Ατομικής Ψυχολογίας, σελ. 3).

Ο ψυχολόγος Karl Konig έγραψε μερικά χρόνια αργότερα:
«Ο οικογενειακός αστερισμός διαμορφώνει την κοινωνική συμπεριφορά του ανθρώπου. Καθορίζει τον τρόπο που αντιδρά απέναντι στους άλλους, το αν είναι ικανός ή όχι να κάνει φίλους, τον τρόπο που βρίσκει συντροφιά και επικοινωνεί με τους άλλους. Ακόμα και η επιλογή συζύγου επηρεάζεται βαθιά από τα γεγονότα του οικογενειακού αστερισμού» (1963, σελ. 21).

2.3.α ΠΡΩΤΟ ΠΑΙΔΙ

Η πιο σκληρή δουλειά στην οικογένεια πέφτει στο πρωτότοκο παιδί. Το μεγαλύτερο παιδί έχει αναλάβει τις πιο δύσκολες αγγαρείες και αυτό δεν παύει να ισχύει ποτέ, ακόμα και όταν το παιδί φύγει από το σπίτι και κάνει δική του οικογένεια. Άλλο ένα πρόβλημα των πρωτότοκων παιδιών είναι πως, κατά κανόνα, τα πράγματα είναι πιο δύσκολα για αυτούς από ότι για τα αδέρφια τους, στα θέματα πειθαρχίας και καλής συμπεριφοράς που αναμένονται από αυτά.

Δεν είναι να απορεί κανείς που τα πρωτότοκα παιδιά είναι υπερ-οργανωμένα, υπερ-αποδοτικά και τυπικά σε όλα. Αποζητούν να πετύχουν υπερβολικά πράγματα εις βάρος του εαυτού τους, αφού δεν αισθάνονται ποτέ πως οι προσπάθειες τους είναι αρκετά καλές. Πολύ συχνά δεν αισθάνονται αρκετά ελεύθεροι να είναι αυτοί που θέλουν να είναι. Χαρακτηριστικό των πρωτότοκων είναι πως ό,τι κάνουν το κάνουν όσο καλύτερα μπορούν.

Τα πρωτότοκα παιδιά έχουν διαφορετική μεταχείριση από τα άλλα παιδιά γιατί δεν τους επιτρέπεται να μείνουν παιδιά για πολύ καιρό. Πρέπει να αναλάβουν ευθύνες για τα αδέρφια τους, ακόμα και για το σπίτι. Εκλαμβάνουν τον εαυτό τους σαν προστάτες ή και σαν αφεντικά. Επίσης, τα πρωτότοκα προσπαθούν να φτάσουν στα επίπεδα των γονιών τους και να επιτύχουν τους στόχους που έθεσαν οι γονείς τους για αυτά. Κατά γενικό κανόνα τα πρωτότοκα μεγαλώνοντας, γίνονται πρότυπα τελειότητας, βάζουν στόχους και είναι καλά οργανωμένα άτομα. Προκύπτει, όμως, ένα πρόβλημα με τους έφηβους που δεν κατάφεραν να φτάσουν τις προσδοκίες των γονιών τους, και αυτό

ο dr. Kevin Leman (1989) το αποκαλεί «αποθαρρημένοι τελειομανείς». Δεν είναι ποτέ ικανοποιημένοι με ό,τι κάνουν και θεωρούν τους εαυτούς τους αποτυχημένους.

Πολλοί πρωτότοκοι περνούν όλη τους τη ζωή ανησυχώντας για την επίδραση που θα έχουν στη ζωή των μικρότερων αδερφών τους οι δικές τους επιλογές. Μερικοί αηδιάζουν τόσο προσπαθώντας να είναι τέλειοι, ώστε αποφασίζουν να αντιδράσουν σε αυτό με το να εμπλέκονται σε κάθε είδους επιβλαβείς δραστηριότητες: ναρκωτικά, αλκοόλ, αχαλίνωτο σεξ και διατροφικές διαταραχές. Νιώθουν πως δεν είχαν ποτέ την ευκαιρία να ζήσουν μια ζωή για τον εαυτό τους, ώσπου φτάνουν στο σημείο να πάρουν το δικό τους δρόμο. Πιστεύουν πως αν ζήσουν μια ζωή παρακμής και κατάπτωσης, θα ελευθερωθούν από την πικρία που νιώθουν επειδή ο «μπαμπάς» και η «μαμά», τους ήθελαν πάντα να είναι παράδειγμα προς μίμηση. Φυσικά αυτή η τακτική δε βγάζει πουθενά.

Τα καταστρεπτικά συναισθήματα του πρωτότοκου είναι η μνησικακία απέναντι στους γονείς, ο αυτο-κατευθυνόμενος θυμός, η ζήλια απέναντι στα αδέρφια του, ο φόβος της αποτυχίας, η αίσθηση ανεπάρκειας και οι αυτο-αμφιβολίες. Ο πρωτότοκος που παίζει το παιχνίδι της σύγκρισης, αγωνίζεται πάντα να βελτιώσει τον εαυτό του. Δεν προφταίνει να φτάσει σε μια κορφή και ρίχνει τη ματιά του σε άλλη για να δει πως θα την κατακτήσει.

Το πρωτότοκο παιδί είναι πανέξυπνο, ξέρει πότε οι γονείς του είναι ασυνεπείς και τους εξωθεί στα άκρα προτού καταλάβουν τι γίνεται.

Πίνακας 2

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΤΟΚΩΝ

Χαρακτηριστικά των πρωτότοκων	Θετικές όψεις	Αρνητικές όψεις
Πρότυπο τελειότητας	Τα κάνει όλα καλά	Υπερβολικά κριτικός κι ανικανοποίητος με τις επιδόσεις του
Δραστήριος	Φιλόδοξος, προχωρεί προς την επιτυχία	Πιεσμένος πάντα

Οργανωμένος	Ικανός να μείνει στην κορυφή, στο καθετί	Άκαμπτος, αλύγιστος
Εμβριθής	Ικανός να σκεφτεί τα προβλήματα και να βρει τη λύση τους	Συχνά σκέφτεται πάρα πολύ και παραείναι σοβαρός
Οπαδός των καταλόγων	Τελειώνει τα πάντα, ξέρει τι του γίνεται	Περιορίζει τον εαυτό του, γίνεται σκλάβος των καταλόγων του
Λογικός	Αποφεύγει τις παγίδες παρορμητικής συμπεριφοράς	Ξέρει πως έχει δίκιο ακόμα κι όταν δεν έχει
Ηγέτης	Παίζει σημαντικό ρόλο στην οικογένεια, στην κοινότητα, κλπ	Εννοεί να κάνει πάρα πολλά, στηρίζεται πάντα στους άλλους
Υποχωρητικός	Γνωστός σαν «καλό παιδί»	Γνωστός σαν «εύκολος στόχος»
Επιθετικός	Πάει μπροστά στη ζωή, οι άλλοι τον κοιτούν από κάτω	Τείνει να είναι εγωιστής και να αγνοεί τα συναισθήματα των άλλων

Πηγή: Dr. Kevin Leman, (1989), Growing up firstborn, pp.34

2.3.β ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΑΙΔΙ

Οι γονείς δεν είναι ποτέ τόσο σχολαστικοί με το νεότερο γόνο τους, πιθανόν επειδή κουράστηκαν με τη συνεχή προσπάθεια που ασκούσαν στα μεγαλύτερα παιδιά τους, έτσι ώστε να τους δώσουν καλύτερα εφόδια για τη ζωή. Τα μεσαία παιδιά γίνονται τα πιο καλοπροσαρμοσμένα άτομα και οι πιο μονογαμικοί ενήλικες. Το να είναι όμως πάντα κάποιος καθηλωμένος ανάμεσα σε άλλους δεν είναι πάντα διασκέδαση. Το μεσαίο παιδί συνήθως δεν ελκύει τόσο την προσοχή όσο τα μεγαλύτερα και τα μικρότερα παιδιά.

Το να είναι κάποιος μεσαίο παιδί σημαίνει πως ζει μέσα σε ένα είδος ανώνυμης καταχνιάς και αυτό είναι πολύ ψυχοφθόρο. Όταν είναι ανώνυμος μπορεί να τα κάνει όλα με σχετική νωχέλεια κι αδιαφορία. Δε πιέζονται τόσο ούτε περιμένουν από κάποιον άλλο να πετύχει τόσα όσα αυτός που προηγήθηκε από τον άλλο (Dr. Kevin Leman, σελ. 15). Το δεύτερο παιδί εξαιτίας της μη αρκετής προσοχής των γονέων τους, μπορεί να μην αξιοποιήσει όλο το δυναμικό του και να αρκεστεί στα λίγα που του παρέχονται, χωρίς να κυνηγήσει τα όνειρα του.

2.3.γ ΤΡΙΤΟ ΠΑΙΔΙ

Εάν το τρίτο παιδί είναι το τελευταίο της οικογένειας τότε όλη η προσοχή είναι στραμμένη πάνω του, γιατί όσο και να μεγαλώσει θα είναι πάντα το «μωρό». Θα του κάνουν όλα τα θελήματα και θα έχει τις λιγότερες αγγαρείες και ευθύνες μέσα στο σπίτι. Θα το προσέχουν τα μεγαλύτερα αδέρφια και θα κάνει ό,τι θέλει όποτε θέλει.

Περνάει σχεδόν απαρατήρητο και αδιάφορο με αποτέλεσμα να ζει ακριβώς όπως θέλει και να ορίζει το ίδιο το παιδί τους στόχους που θέλει να επιτύχει στη ζωή του.

Τα στερνοπαίδια είναι εκδηλωτικοί τύποι και έχουν πολλούς φίλους. Τα πάνε πολύ καλά με τις παρέες τους και περνάει πάντα το δικό τους. Ο μικρότερος κρίνεται προκατειλημμένα. Περιμένουν από αυτόν μια κάποια συμπεριφορά και θα είναι δύσκολο να αποδείξει πως είναι ο εαυτός του, μια ξεχωριστή προσωπικότητα.

2.3.δ ΜΟΝΑΧΟΠΑΙΔΙ

Ο επιμερισμός της γονεϊκής ισχύος σε ένα παιδί αποτελεί μια φυσιολογική διευθέτηση στις μεγάλες οικογένειες, στις μονογονεϊκές οικογένειες ή στις οικογένειες που και οι δύο γονείς εργάζονται. Το σύστημα μπορεί να λειτουργεί καλά. Στα νεότερα παιδιά παρέχεται φροντίδα και το γονεϊκό παιδί μπορεί να αναπτύξει υπευθυνότητα, επάρκεια και αυτονομία που αντιστοιχούν σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Το μόνο παιδί σε μια οικογένεια είναι συγχρόνως το πρώτο στη σειρά γέννησης και ζει σε μια ολιγομελή οικογένεια. Το μοναχοπαιδί έχει σχετικά λιγότερες ευκαιρίες αλληλεπίδρασης με άλλα παιδιά (τουλάχιστον μέχρι τα χρόνια του σχολείου) με πιθανό αποτέλεσμα λιγότερο ανεπτυγμένες διαπροσωπικές δεξιότητες.

Περνάει όλη του τη ζωή ως το επίκεντρο της προσοχής όλων. Στην πραγματικότητα το μοναχοπαιδί έχει όλα τα χαρακτηριστικά του πρωτότοκου. Εκεί που το πρωτότοκο είναι οργανωμένο, το μοναχοπαιδί είναι υπερ-οργανωμένο. Έχει μια ξεχωριστή δύναμη και ικανότητες καθώς και πλεονεκτήματα που απορρέουν από αυτά. Το μοναχοπαιδί είναι το σπάνιο πετράδι της οικογένειας και γι' αυτό το λόγο το πνίγουν από αγάπη και προσπαθούν να το πείσουν ότι είναι εξαρτώμενο από τους γονείς του.

Το μοναχοπαιδί, που πιστεύει πως το σύμπαν περιστρέφεται γύρω του, είναι εγωκεντρικό και όταν συμβαίνει κάτι κακό θεωρεί ότι είναι στόχος. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους. Πρώτον, γιατί βλέπει τον εαυτό του ως επίκεντρο και δεύτερον, επειδή ήταν πάντα προστατευμένο κι έχει μείνει μακριά από τη σκληρή πραγματικότητα στα πρώτα του χρόνια.

Σε γενικές γραμμές τα μοναχοπαιδιά είναι:

- Αξιόπιστα. Τα μοναχοπαιδιά είναι το είδος των ανθρώπων στους οποίους μπορεί κάποιος να βασιστεί. Τηρούν τις υποσχέσεις τους, ο λόγος τους αποτελεί συμβόλαιο και προσπαθούν να κάνουν το καλύτερο δυνατόν.
- Ευσυνείδητα. Ότι αναλαμβάνουν να κάνουν το κάνουν άψογα.
- Καλοοργανωμένα. Όλα τους τα αντικείμενα είναι πολύ καλά τακτοποιημένα και οργανωμένα. Είναι καλά οργανωμένοι στη δουλειά τους και στο σπίτι τους και προσπαθούν να έχουν ένα πρόγραμμα για την καθημερινότητα τους.
- Λόγιοι. Είναι επόμενο να είναι λόγιοι, από τη στιγμή που είναι άψογα οργανωμένοι, απαιτητικοί, δυναμικοί και πάντα τελειομανείς. Κι ο Αϊνστάιν μοναχοπαιδί ήταν.
- Προσεχτικά. *Τα μικρότερα παιδιά έχουν τη τάση να ζουν με την παροιμία «όποιος διστάζει είναι χαμένος», ενώ τα μοναχοπαιδιά ξέρουν να ζουν με την παροιμία «κοίτα πριν πηδήξεις», (Dr. Kevin Leman, σελ. 214).*

«Το να είσαι μοναχοπαίδι μπορεί να είναι μια ξεχωριστή περιπέτεια, ειδικά αν έχεις γονείς που θα κάνουν τα πάντα για να σε βοηθήσουν να ζεις αυτή την περιπέτεια στο έπακρο», (Dr. Kevin Leman, σελ. 213) .

Για κάποιον ανεξήγητο λόγο, η κοινωνία για μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρούσε τα μοναχοπαίδια άξια λύπησης. Η ζωή ενός μοναχοπαιδιού μπορεί να είναι τόσο γεμάτη, τόσο ευτυχισμένη, τόσο επιτυχημένη και επιβραβευμένη όσο οποιοδήποτε άλλο.

2.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σύστημα είναι ένα σύμπλεγμα αλληλοεπηρεαζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων μεταξύ τους στοιχείων. Κάθε αλλαγή σε κάποιο στοιχείο του συστήματος επιφέρει αλλαγές σε ολόκληρο το σύστημα. Το σύστημα δεν είναι απλά το άθροισμα των μερών του, αλλά, μια οργανική ενότητα που διαφέρει ποιοτικά από τα επιμέρους κομμάτια που την απαρτίζουν.

Στη Γενική Θεωρία Συστημάτων, το σύστημα ορίζεται ως μια *«ομάδα από ενότητες και οι μεταξύ τους σχέσεις»*, (Miller, 1965, pp 200). Οι Hall και Fagan, (1956), όρισαν το σύστημα ως ένα σύνολο από αντικείμενα και τις σχέσεις μεταξύ των αντικειμένων και μεταξύ των χαρακτηριστικών τους. Τα αντικείμενα είναι τα δομικά στοιχεία του συστήματος, τα χαρακτηριστικά είναι οι ιδιότητες των αντικειμένων και οι σχέσεις συνδέουν το σύστημα. Ένα σύστημα δεν είναι συλλογή από στοιχεία αλλά μια οργάνωση από αλληλοεξαρτώμενες ενότητες, στην οποία η συμπεριφορά ενός στοιχείου επηρεάζεται από την συμπεριφορά των άλλων.

Τα ανθρώπινα συστήματα χαρακτηρίζονται ως:

Ιεραρχικά: είναι πολύ-επίπεδα, και για αυτό περισσότερο πολύπλοκα από τα μη ζωντανά συστήματα.

Αυτορυθμιζόμενα: δηλαδή αυτοελέγχονται καθώς αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους, αναπροσαρμόζοντας διαρκώς τις λειτουργίες και την δομή τους, τείνοντας άλλοτε

προς τη διατήρηση της σταθερότητας τους, και άλλοτε προς την ανατροπή της και την αλλαγή.

Δυναμικά: είναι δηλαδή ενεργητικά, χαρακτηρίζονται από σκόπιμη δράση, και αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου.

Σύμφωνα με τον Minuchin (1974), οι οικογένειες είναι μικρά κοινωνικά συστήματα, τα οποία επιβάλλουν περιορισμούς στα μέλη τους, τείνουν να διατηρούν τις δομές τους στην παρούσα μορφή τους και οργανώνουν τα μέλη τους προς την κατεύθυνση εμφάνισης προβλέψιμης λειτουργίας. Καθώς οι οικογένειες εξελίσσονται, διέρχονται κρίσιμες περιόδους κατά τις οποίες οι νέες συνθήκες απαιτούν να υπάρξει αλλαγή στους τρόπους με τους οποίους τα μέλη τους σκέπτονται, αισθάνονται ή σχετίζονται μεταξύ τους. Η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί μεταβατική περίοδο που εμπρικλείει τόσο την απειλή και τον κίνδυνο όσο και την ευκαιρία για εξέλιξη.

Ο Popenoe το 1988, έδωσε τον εξής ορισμό για την οικογένεια: «η οικογένεια είναι μια σχετικά μικρή ομάδα συγγενών ή προσώπων με συγγενική σχέση που συγκατοικούν, η οποία αποτελείται από ένα τουλάχιστον ενήλικο άτομο και ένα εξαρτώμενο ανήλικο άτομο, και η οποία έχει ως κοινωνική αποστολή της την αναπαραγωγή, την κοινωνικοποίηση και ανατροφή των παιδιών, τη μεταξύ των μελών αγάπη και συντροφιά, τον έλεγχο των ερωτικών σχέσεων και την οικονομική συνεργασία» (Popenoe, 1988, 162).

Η σχέση του παιδιού με την οικογένεια στην οποία ζει έχει αποτελέσει ένα προσφιλέσ αντικείμενο μελέτης σε πολλές έρευνες σε όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα μέχρι τις μέρες μας. Είναι γνωστό ότι η σχέση αυτή δεν έχει μία μόνο κατεύθυνση, αλλά είναι αμφίδρομη: η οικογένεια επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού, ενώ συγχρόνως δέχεται την επίδραση της ύπαρξης ενός ή περισσότερων παιδιών στους κόλπους της. Η οικογένεια αναγνωρίζεται από όλους ως η ισχυρότερη περιβαλλοντική επίδραση στο παιδί, ως η κυριότερη –εξωτερική– μορφοποιός δύναμη για την ανάπτυξη παιδιού και εφήβου. Έτσι, η οικογένεια αντιμετωπίζεται συχνά ως ένα σύστημα, μέρος του οποίου είναι και το αναπτυσσόμενο άτομο, το οποίο δέχεται αλλά και ασκεί επιδράσεις.

Οι κακές οικογενειακές σχέσεις είναι πιθανό να οδηγήσουν και σε Νευρογενή Ανορεξία. Μια αρνητική ατμόσφαιρα σύγκρουσης μέσα στην οικογένεια, το χαμηλό επίπεδο συνεκτικότητας και εκφραστικότητας οδηγούν τις έφηβες στη Νευρογενή

Ανορεξία. Η οικογενειακή δυσλειτουργία αναγνωρίστηκε ως παράγοντας κινδύνου για πολλές και διαφορετικές ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Η γονική υπερβολική ανησυχία για το σωματικό βάρος και τη διαιτητική συμπεριφορά των παιδιών τους επηρεάζει τα κορίτσια στην εφηβεία. Η μητέρα έχει τον πρωταρχικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του παιδιού της και στη σωστή αντίληψη της σωματικής του εικόνας. Η ντροπή που νοιώθουν οι μητέρες με το σώμα τους και τη σωματική εκτίμηση των έφηβων κορών τους βρέθηκε ότι είναι αρνητικά συνδεδεμένη (Fairburn C., 1997), δηλαδή τα κορίτσια δεν θέλουν να αποκτήσουν το σωματότυπο και το σωματικό βάρος της μητέρας τους, από την στιγμή που η ίδια η μητέρα δεν τα θεωρεί ιδανικά, με αποτέλεσμα η κόρη να επιδιώκει άμεση απώλεια κιλών. Η κριτική και ο εμπαιγμός των γονιών τους για τη σωματική εικόνα της κόρης τους επηρεάζει αρνητικά, ακόμη και όταν οι γονείς το λένε χαριτολογώντας.

Η οικογενειακή δομή είναι το αθέατο, αόρατο σύνολο των λειτουργικών απαιτήσεων, το οποίο οργανώνει τους τρόπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν μεταξύ τους τα μέλη της οικογένειας. Το σύστημα της οικογένειας λειτουργεί μέσω προτύπων συναλλαγής. Οι επαναλαμβανόμενες συναλλαγές εδραιώνουν πρότυπα σχετικά με το πως, πότε και με ποιον θα σχετιστεί ο καθένας. Αυτά τα πρότυπα στηρίζουν τα θεμέλια του συστήματος. Τα πρότυπα συναλλαγής ρυθμίζουν τη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας. Αυτά τα πρότυπα διατηρούνται από δύο συστήματα τα οποία θέτουν περιορισμούς. Το πρώτο σύστημα, που είναι γενικό, αφορά την οικογένεια ως είδος και περιλαμβάνει τους καθολικούς κανόνες που διέπουν την οικογενειακή οργάνωση. Για παράδειγμα, πρέπει να υπάρχει μια ιεραρχία ισχύος, στην οποία οι γονείς και τα παιδιά να έχουν διαφορετικά επίπεδα δικαιδοσίας και εξουσίας. Επίσης πρέπει να υπάρχει συμπληρωματικότητα λειτουργιών ανάμεσα στους δύο συζύγους και αποδοχή της αλληλεξάρτησης ώστε να δρουν ως ομάδα, ως ενιαίο σύστημα. Το δεύτερο περιοριστικό σύστημα σχετίζεται με την ιδιοσυγκρασία των ατόμων και περιλαμβάνει τις αμοιβαίες προσδοκίες συγκεκριμένων οικογενειακών μελών. Οι απαρχές αυτών των προσδοκιών βρίσκονται κρυμμένες στις μακρόχρονες, εμφανείς και υπονοούμενες, διαπραγματεύσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, που συχνά διεξάγονται γύρω από μικρά καθημερινά συμβάντα (Minuchin, 1974).

Με αυτό τον τρόπο το σύστημα διατηρείται. Προβάλλει αντίσταση σε όποια αλλαγή επιχειρείται, η οποία ξεπερνά ένα συγκεκριμένο όριο, και συντηρεί ορισμένα προτιμώμενα πρότυπα για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Το οικογενειακό σύστημα διαφοροποιείται και διεκπεραιώνει τις λειτουργίες του μέσω υποσυστημάτων. Το κάθε μέλος ξεχωριστά αποτελεί υποσύστημα μέσα στην οικογένεια. Οι δυάδες, όπως αυτές του συζύγου και της συζύγου, ή της μητέρας και του παιδιού, μπορεί να αποτελούν υποσυστήματα. Τα υποσυστήματα μπορεί να δημιουργηθούν με βάση το φύλο, τη γενιά, τα ενδιαφέροντα ή τη λειτουργία. Κάθε άτομο ανήκει σε διαφορετικά υποσυστήματα, στα οποία έχει διαφορετικά επίπεδα ισχύος και μαθαίνει ξεχωριστές δεξιότητες.

Τα όρια ενός υποσυστήματος είναι οι κανόνες που καθορίζουν ποιος και πως συμμετέχει στο υποσύστημα (Minuchin, 1974). Σε οικογένειες με κλειστά όρια, οι οποίες δεν έχουν σύνδεσμο μεταξύ τους, τα παιδιά υποφέρουν από την αδιαφορία των γονέων τους. Τα παιδιά δεν έχουν την απαιτούμενη συναισθηματική υποστήριξη για τη συναισθηματική τους ωρίμανση. Αντίθετα, σε οικογένειες με υπερβολικά στενή σχέση μεταξύ των μελών τα παιδιά υποφέρουν από υπερπροστασία, με όλα τα επακόλουθα που έχει αυτή η στάση των γονέων στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Σε μια ασύνδετη οικογένεια, οι γονείς μπορεί να μην ανησυχήσουν από την προβληματική συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί τους, ενώ σε μια μη διαφοροποιημένη οικογένεια οι γονείς μπορεί να πανικοβληθούν από μια μικρή αδιαθεσία του παιδιού. Η λειτουργία των ορίων είναι να διασφαλίζουν τη διαφοροποίηση του συστήματος. Για τη σωστή οικογενειακή λειτουργία τα όρια των υποσυστημάτων πρέπει να είναι ξεκάθαρα. Πρέπει να είναι καλά καθορισμένα ώστε να επιτρέπουν στα μέλη του υποσυστήματος να επιτελούν τις λειτουργίες τους χωρίς αδικαιολόγητες και υπερβολικές παρεμβολές, συγχρόνως όμως, πρέπει να επιτρέπουν την επαφή ανάμεσα στα μέλη του υποσυστήματος και τους άλλους. Ένα γονεϊκό υποσύστημα που περιλαμβάνει μια γιαγιά ή ένα παιδί μπορεί να λειτουργήσει αρκετά καλά, αρκεί να έχουν καθοριστεί με σαφήνεια τα όρια υπευθυνότητας και εξουσίας (Minuchin, 1974). Η σαφήνεια των ορίων σε μια οικογένεια είναι μια χρήσιμη παράμετρος για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της.

Η ωριμότητα των γονέων ως ατόμων, η στάση και ο τρόπος με τον οποίο θα

αντιμετωπίσουν την αναδυόμενη δύναμη και τάση του εφήβου για ανεξαρτησία θα καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό την απόκτηση αυτονομίας και την ευρύτερη ψυχοκοινωνική του προσαρμογή. Προβλήματα που παρουσιάζουν οι γονείς, είτε ως άτομα είτε στη μεταξύ τους σχέση, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία του εφήβου να αυτονομηθεί και να τους αποχωριστεί. Άλυτες ψυχοσυγκρούσεις των γονέων, κακή σχέση των συζύγων, έλλειψη ενδιαφερόντων και ικανοποιητικής προσωπικής ζωής συντελούν στο να νοιώθουν οι γονείς έντονη θλίψη από την ανεξαρτητοποίηση και τον αποχωρισμό των παιδιών.

Με τη γέννηση του πρώτου παιδιού, η προσωπικότητα των γονέων αλλάζει αφού δημιουργείται μια νέα δομή στην οικογένεια. Το σύστημα των συζύγων διαφοροποιείται, για να συμπεριλάβει το νέο μέλος στο χώρο της οικογένειας και για να επιτελέσει το ρόλο στην ανάπτυξη και την κοινωνικοποίηση του καινούργιου μέλους. Από τους διάφορους ρόλους που αναλαμβάνει το άτομο στη ζωή του, ο γονεϊκός είναι ο πιο σημαντικός και δύσκολος. Ο ρόλος αυτός επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του παιδιού.

Οι γονείς από πολύ νωρίς «καναλιζάρουν» τη ζωή των παιδιών τους σύμφωνα με τις δικές τους αξίες, τα «πιστεύω» και τους κανόνες συμπεριφοράς. Ήδη, από τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών, οι γονείς αποδοκιμάζουν τις συμπεριφορές τους που δεν είναι σύμφωνες με τις αρχές τους. Προσπαθούν να τους πείσουν να υιοθετήσουν τα δικά τους «πιστεύω» και δεν παραδέχονται πως άλλαξαν κάποια πράγματα με το πέρασμα των χρόνων. Όλα αυτά, στο στάδιο της εφηβικής επανάστασης.

Ο ρόλος των γονέων στο στάδιο της εφηβείας, με τις τόσες ανακατατάξεις, διαφοροποιείται. Οι γονείς συμμετέχουν τώρα με ένα διαφορετικό τρόπο στη ζωή του παιδιού. Η εφηβεία είναι το τελευταίο στάδιο παραμονής του παιδιού στο σπίτι. Κύριος λόγος τους στο στάδιο αυτό είναι να βοηθήσουν το παιδί να αποκτήσει αυτονομία και να διαμορφώσει ταυτότητα.

Στο στάδιο της εφηβείας το παιδί έχει ανάγκη, ίσως περισσότερο από κάθε άλλο στάδιο, από ένα σταθερό πλαίσιο και από όρια. Χρειάζεται τις σταθερές αρχές, τις αξίες και τους κανόνες που έχουν οι γονείς. Για να μπορέσει ο έφηβος να αποκτήσει αυτονομία, είναι σημαντικό να συγκρουστεί με «δυνατούς» γονείς. Το παιδί πρέπει να

μάθει να παραδέχεται τα λάθη του και οι γονείς να μην υποχωρούν από τις στάσεις και απόψεις που υιοθέτησαν για να το μεγαλώσουν.

Σε ένα λειτουργικό σύστημα γονέων τα όρια ανάμεσα στο υποσύστημα των γονέων και στο υποσύστημα των παιδιών ορίζονται κατά τρόπο που να επιτρέπουν στο παιδί να έχει πρόσβαση και στους δύο γονείς, χωρίς ωστόσο το ίδιο να παρεμβαίνει στο δικό τους ρόλο και στη δική τους σχέση. Ο γονεϊκός ρόλος εκφράζει τη τήρηση των ορίων στη σχέση γονέων – παιδιού. Ο γονεϊκός ρόλος είναι μεν σταθερός, αλλάζει όμως με βάση το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Γονέας και παιδί αναπτύσσονται συγχρόνως.

Η μητέρα θεωρείται ως υπεύθυνη για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. Κατά τη διαδικασία δημιουργίας συνδέσμου μεταξύ μητέρας και βρέφους, η μητέρα της ανορεξικής δίνει αμφιλεγόμενα μηνύματα στο βρέφος (Albert et all., 1984, Rampling, 1980). Το παιδί δένεται με την μητέρα αλλά αντιδρά στην ανασφαλή, υπερπροστατευτική συμπεριφορά της, με άρνηση στο φαγητό. Το παιδί μεγαλώνει μέσα στα πλαίσια της εικόνας που έπλασε η μητέρα για αυτήν, δηλαδή τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας και τα πρότυπα τα οποία έχει και προσπαθεί να μιμηθεί. Συνήθως οι δίαιτες που ακολουθεί η μητέρα για να επιτύχει απώλεια κιλών ακολουθούνται και από τα παιδιά, εξαιτίας της μη επιθυμίας των παιδιών να έχουν περιττά κιλά. Η ανεπάρκεια στην ωρίμανση της προσωπικότητας της μητέρας προβλήθηκε στην παθολογική ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού (Edhouse, 1975). Το πρόβλημα της μητέρας γίνεται πρόβλημα του παιδιού. Ο πατέρας αναφέρεται πολύ λιγότερο από την μητέρα στην διεθνή βιβλιογραφία. Χαρακτηρίζεται είτε ως «συναισθηματικά απών» είτε είναι εκείνος που εκδηλώνει αδυναμία ή επιζητά προστασία από την οικογένεια. Μια άλλη μορφή πατέρα είναι αυτή του καλού και «έξυπνου» που όμως το παιδί του δεν μπορεί να φτάσει στις προσδοκίες του, με αποτέλεσμα το παιδί να παραμένει «μικρό» στα μάτια του πατέρα και να τον βγάζει έξω από τη ζωή του. Μία άλλη σχέση που αξίζει να σημειωθεί ως προάγγελος της διατροφικής διαταραχής είναι η κατάθλιψη της μητέρας και ο θυμός ή η ανελαστικότητα του πατέρα που προβάλλει τη δική του μητέρα στην κόρη του.

2.5 ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΠΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η θέση την οποία ένα υποσύστημα κατέχει στην οικογένεια και ο ρόλος που επιτελεί καθορίζονται από δύο κυρίως παράγοντες:

1. Από γενικούς, πανανθρώπινους νόμους που ελέγχουν την οργάνωση της οικογένειας. Σε όλες τις κοινωνίες οι γονείς έχουν περισσότερη εξουσία και κύρος από ότι τα παιδιά. Λόγω της φύσης της οικογένειας οι γονείς λειτουργούν ως ξεχωριστή ομάδα από αυτή των παιδιών.
2. Από τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά της οικογένειας, την ιδιαιτερότητα δηλαδή κάθε οικογένειας ως προς τον τρόπο επικοινωνίας των μελών της και της λειτουργίας της γενικότερα. Τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά αποτελούν σε σημαντικό βαθμό προσαρμογές των κοινωνικών κανόνων στις ανάγκες της οικογένειας και καθορίζουν τον τρόπο επικοινωνίας των μελών σε μια οικογένεια καθώς επίσης και τον τρόπο επικοινωνίας της οικογένειας με τον έξω κόσμο (ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΑΠΑΔΙΩΤΗ – ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, 2000, «Οικογένεια και όρια: συστηματική προσέγγιση»).

Οι ρόλοι που επιτελούν τα μέλη σε μια οικογένεια καθορίζονται συνήθως από το τι έχουν διδαχθεί και προσκομίσει οι δύο σύζυγοι από τις οικογένειες τους, από το ευρύ κοινωνικό σύστημα και από την προσωπική εμπειρία του κάθε μέλους. Σε μια οικογένεια με σαφή όρια οι ρόλοι για το κάθε σύστημα είναι ξεκάθαροι και διαφοροποιημένοι. Οι διαφορετικοί ρόλοι τους οποίους τα άτομα αναλαμβάνουν θεωρούνται από τους βασικότερους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά τους (Brim, 1968).

Το υποσύστημα των αδελφών περιλαμβάνει τα παιδιά – αδέρφια στο σύστημα της οικογένειας. Από το δεύτερο έτος της ζωής του το παιδί αναζητά συναισθηματική υποστήριξη όχι μόνο από τη μητέρα, αλλά και από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Το υποσύστημα των αδελφών είναι σημαντικό για τη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού,

γιατί αποτελεί την πρώτη ομάδα στην οποία το παιδί θα μάθει να συναλλάσσεται με τους συνομηλίκους και με την ευρύτερη κοινωνική ομάδα αργότερα.

Οι ρόλοι που αναλαμβάνουν τα παιδιά, σύμφωνα με τον Augustus Y. Napier (1988) είναι:

A. Παιδί γονιός

Το παιδί γονιός επιστρατεύεται, σε μικρή ηλικία, να βοηθά στο λειτουργικό και πρακτικό μέρος της γονικής φροντίδας. Τα μεγαλύτερα κορίτσια είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στο να γίνουν «βοηθοί των γονιών», να βοηθούν στο μαγείρεμα, στο νοικοκυριό και στην φροντίδα των μικρότερων παιδιών. Μερικά παιδιά-γονιός φορτώνονται ένα υπερβολικά μεγάλο μέρος της πρακτικής ευθύνης για το νοικοκυριό, κι αναλαμβάνουν επίσης ένα υπερβολικά μεγάλο μέρος της συναισθηματικής ευθύνης που αναλογεί στους γονείς. Συνήθως, αυτό συμβαίνει, όταν ο ένας εκ των δύο γονιών είναι απών, είτε από φυσική είτε από ψυχολογική άποψη.

Για άλλα παιδιά-γονείς το βάρος δεν περιορίζεται μόνο στο πρακτικό επίπεδο, γιατί δε δουλεύουν δίπλα στο γονιό που βοηθούν. Κυριολεκτικά νταντεύουν τον έναν ή και τους δύο γονείς τους. Είναι μεγάλος ο αριθμός των οικογενειών που έχουν έναν τουλάχιστον δυσλειτουργούντα γονιό και τα παιδιά αυτών των οικογενειών ωθούνται συνήθως στο να αλλάζουν ρόλους φροντίδας. Αισθάνονται πως καθήκον τους είναι η φροντίδα του δυσλειτουργούντα γονιού. Εάν ο ένας γονιός έχει σοβαρή κατάθλιψη ή είναι αλκοολικός, συχνά ο άλλος γονιός είναι απασχολημένος με την επιβίωση της οικογένειας, με αποτέλεσμα την ευθύνη του «αποτυχημένου ενήλικα» να αναλαμβάνουν ένα ή περισσότερα παιδιά και όχι οι γονείς ή τα αδέρφια του δεισλειτουργούντα γονιού. Ο γονιός αυτός θα μπορούσε να απευθυνθεί σε ένα ειδικό θεραπεύοντα ιατρό για να βοηθηθεί με την επίλυση του προβλήματος του, αλλά αντί αυτού περιμένει βοήθεια από το παιδί του.

Μία ακόμα κατάσταση, στην οποία ένα παιδί μαθαίνει να είναι «γονιός» είναι όταν ο γονιός αντιλαμβάνεται το ίδιο του το παιδί ως γονιό του. Σε αυτή την περίπτωση ο γονιός κοιτάζει το παιδί και καταφέρνει να δει σε αυτό την εικόνα του

δικού του γονιού. Αυτή είναι μια διαταραγμένη διαδικασία, αλλά είναι εξαιρετικά συνηθισμένη.

Σε ρόλο γονιού ωθούνται συνήθως τα μεγαλύτερα παιδιά γιατί είναι περισσότερο εξυπηρετικά από τα μικρότερα. Τα παιδιά-γονείς μεγαλώνουν έχοντας επίγνωση των αναγκών των άλλων, ενώ συχνά δεν έχουν επίγνωση των δικών τους αναγκών. Αφού η συναισθηματική τους ασφάλεια προέρχεται από το γεγονός ότι είναι ικανά και εξυπηρετικά, γίνονται ενήλικες που μοιάζουν δυνατοί, καθώς επίσης εργάζονται πολύ περισσότερο από ότι είναι καλό για αυτά και όταν παντρεύονται αναλαμβάνουν την κυρίαρχη θέση στο γάμο τους. Γίνονται επικριτικοί προς τον σύζυγό τους και συχνά, είναι άνθρωποι στοργικοί, ικανοί που κάνουν πολύ περισσότερα από αυτά που τους αναλογούν. Δεν παύουν ποτέ να είναι «γονείς», από παιδιά έως τη στιγμή που κάνουν δική τους οικογένεια.

B. Παιδί σύντροφος – Παιδί σύζυγος

«Όταν τα παιδιά πιέζονται να ικανοποιήσουν τις σεξουαλικές ανάγκες ενός γονιού, ή τις ανάγκες του για φιλία ή συντροφικότητα, ακόμη κι αν οι ανάγκες αυτές εκφράζονται εντελώς έμμεσα, αυτά τα παιδιά είναι δεσμευμένα με τους γονείς με νοσηρούς τρόπους και η ισορροπία στη ζωή τους διακινδυνεύει σοβαρά» (σελ. 246).

Παιδί-σύντροφος: Όταν από το γάμο απουσιάζει εκείνη η ποιότητα της καλής συντροφικότητας και οι ενήλικες δεν έχουν υποστήριξη από συνομηλίκους τους τότε τα παιδιά αυτών των ενηλίκων, συχνά, καλούνται να ικανοποιήσουν τη βασική αυτή ανάγκη. Το παιδί-σύντροφος είναι ένα τέτοιο πρόσωπο και αυτού του είδους η ισότιμη οικειότητα, που είναι εξαιρετικά κοινή ανάμεσα σε μητέρες και κόρες, είναι προβληματική μόνο αν ο γονιός εξαρτάται πάρα πολύ από αυτή τη σχέση.

Από αυτά τα παιδιά απουσιάζει η εμπειρία όπου θα μπορούν να στηρίζονται πάνω σε ένα δυνατό, αξιόπιστο γονέα, με τον οποίο να μπορούν να «δοκιμάζουν τα όρια» και από τον οποίο τελικά θα μπορούν να στηρίζονται. Τα παιδιά-σύντροφοι κολακεύονται που είναι οι φίλοι των γονιών τους και σπάνια συνειδητοποιούν ότι αισθάνονται

«προδομένα». Επίσης δυσκολεύονται να απομακρυνθούν από το γονιό που εξαρτάται από αυτά.

«Η απώλεια του παιδιού-συντρόφου μέσα από τη συνηθισμένη διαδικασία ανάπτυξης είναι ένα σοβαρό πρόβλημα σε πολλές οικογένειες, ιδιαίτερα για τη μητέρα εκείνη που δεν έχει αρκετή συντροφικότητα στο γάμο της, ή αρκετό νόημα στη ζωή της έξω από τη σχέση της με τα παιδιά της. Αλλά και πολλοί άντρες δεν έχουν φίλιες που να τους ικανοποιούν και η αποχώρηση ενός παιδιού-συντρόφου μπορεί να δημιουργήσει και σε αυτούς μια βαθιά αίσθηση απώλειας», (σελ.247).

Αισθάνονται πολύ εξαντλημένα και ανεπαρκή από τη συνεχή προσπάθεια τους για ικανοποίηση των αναγκών του γονιού για συντροφιά. Επίσης γίνονται δύσπιστα προς το γονιό που τα χρησιμοποιεί και ευάλωτα στην απόρριψη.

Παιδί-σύζυγος: Σήμερα, τα παιδιά που ανήκουν σε οικογένειες όπου οι γονείς έχουν χωρίσει και ξαναπαντρευτεί, βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο, γιατί συχνά οι διαζευγμένοι πατέρες είναι πολύ περισσότερο απόντες από τη ζωή του γιου τους από όσο στις οικογένειες που δεν έχουν χωρίσει κι αυτό οδηγεί τα αγόρια να είναι υπερβολικά εμπλεγμένα με τη μητέρα τους. Καθώς επίσης και τα κορίτσια είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην κακοποίηση από τους πατριούς τους, καθιερώνοντας έτσι το παιδί ως παιδί-σύζυγος.

Τα παιδιά-σύζυγοι συνήθως φοβούνται την εκμηδένιση και την εισβολή, αλλά αφού ο γονιός με τον οποίο έχουν υπερβολικά εμπλακεί είναι πάντα «άπιστος», φοβούνται επίσης την απόρριψη. Αυτά τα παιδιά αισθάνονται εξαντλημένα ή κουρασμένα, επειδή νιώθουν υποχρέωση προς το γονιό με τον οποίο έχουν εμπλακεί υπερβολικά και δεν αντιλαμβάνονται άμεσα τι ακριβώς είναι αυτό που τους συμβαίνει και πως πρέπει να το χειριστούν. Αισθάνονται ένοχα και δεν θέλουν να προκαλέσουν ρήξη στην οικογενειακή δομή, όπως επίσης δεν θέλουν να πληγώσουν τον γονιό τους. Και εκτός από τα γενικευμένα συναισθήματα ανεπάρκειας που τους δημιουργούνται, συχνά αισθάνονται πως είναι και ανεπαρκή από σεξουαλική άποψη. Ενώ συνήθως είναι θερμά και φιλικά προς το αντίθετο φύλο, αντιμετωπίζουν μια δυσκολία ως προς την εμπιστοσύνη που δείχνουν στο σύντροφο τους. Εκφράζουν φανερά τη σεξουαλική τους διάθεση και εκμεταλλεύονται από άλλους ή εκμεταλλεύουν αυτοί τους άλλους

φλερτάροντας τους. Συνήθως όταν το παιδί-σύζυγος παντρευτεί ο σύντροφος του ανήκει στην ίδια κατηγορία.

Γ. Εξαρτημένο παιδί

Το εξαρτημένο παιδί είναι δεμένο με ένα γονιό εξαιτίας της υπερβολικής εξυπηρέτησης και περιποίησης του γονιού προς το παιδί. Σε αυτή την περίπτωση, οι γονείς διδάσκουν στο παιδί συστηματικά, αν και άθελα τους, να αισθάνεται ανήμπορο ή αδύναμο και να περιμένει τη συνεχή βοήθεια των γονιών του. Οι γονείς αυτοί μεταδίδουν στο παιδί το μήνυμα ότι ο κόσμος είναι ένα τρομακτικό μέρος και ότι αυτό το παιδί χρειάζεται ιδιαίτερη βοήθεια και προστασία και, με αυτό τον τρόπο, κρατούν το «παραχαϊδεμένο» παιδί εξαρτημένο κι ανώριμο χωρίς να υπάρχει λόγος, με αποτέλεσμα το παιδί να μεγαλώνει και να είναι ανήμπορο να πάρει τις δικές του αποφάσεις.

Τα εξαρτημένα παιδιά ξέρουν πολύ καλά ότι χρειάζονται την υποστήριξη των άλλων και στις σχέσεις όπου αισθάνονται ασφαλή είναι συχνά θερμά, φιλικά και αφοσιωμένα σε εκείνους από τους οποίους εξαρτώνται, γιατί επιθυμούν να είναι συνέχεια δίπλα τους για να νοιώθουν ασφάλεια. Δυσκολεύονται να εκφράσουν θυμό, επειδή φοβούνται μήπως θέσουν σε κίνδυνο αυτή την υποστήριξη και χάσουν την ασφάλεια που τους προσφέρουν τα άτομα που είναι τόσο κοντά τους. Μπορεί να εκδηλώνουν το θυμό τους με ανεπαίσθητο και παθητικό τρόπο. Στην προσπάθεια τους να γίνουν συμπαθητικά άτομα, μπορεί να υποκρίνονται ότι είναι θύματα άλλων και όταν παντρεύονται αναζητούν παιδιά-γονείς που υπόσχονται να τα φροντίζουν και που θα τους χαρίσουν την ασφάλεια που επιδιώκουν.

Δ. Το παιδί που νοιώθει ότι το απορρίπτουν

Τα παιδιά που τα απορρίπτουν έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

- παρότι ίσως δυσκολεύονται να το αποκαλύψουν, έχουν μια τρομερή ανάγκη να ευχαριστούν τους άλλους και να αποδεικνύουν πως αξίζουν
- τείνουν να ρίχνουν το φταίξιμο στον εαυτό τους. Αν τα απορρίψουν, πιστεύουν πως αυτό συμβαίνει εξαιτίας των δικών τους αποτυχιών

- είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη και σε ένα συναίσθημα παθητικότητας, επειδή δυσκολεύονται να εκφράζουν το θυμό τους ή να κάνουν οτιδήποτε που θα «προκαλέσει αναταραχή» σε μια σχέση
- δυσκολεύονται να σχηματίσουν σχέσεις σταθερές και δεσμευτικές. Μπορεί να αφοσιωθούν υπερβολικά στους άλλους και να βρεθούν σε μια θέση όπου διαρκώς τους απορρίπτουν. Μπορεί να δημιουργούν και να διαλύουν περιστασιακές σχέσεις.
- Ενώ τα παιδιά που τα απορρίπτουν μπορεί να παντρεύονται μεταξύ τους, συχνά προσελκύονται επίσης από παιδιά-γονείς, που, φυσικά, υπόσχονται να είναι οι γονείς που δεν είχαν,(Augustus Y. Napier, Ph.D, 1988, σελ. 271).

Τα μεσαία παιδιά και τα παιδιά που βρίσκονται στη μέση ενός μεγαλύτερου αριθμού παιδιών, είναι ευάλωτα στην απόρριψη, επειδή δεν είναι ούτε τα χαϊδεμένα μικρότερα, ούτε τα γεμάτα κατορθώματα μεγαλύτερα. Βιώνουν την απόρριψη και θεωρούν ότι η αγάπη των γονιών τους είναι μικρότερη σε σχέση με την αγάπη που έχουν τα μεγαλύτερα παιδιά από τους γονείς τους.

Ε. Παιδί εκπρόσωπος

Το παιδί εκπρόσωπος ζει για να ευχαριστεί τους άλλους και συχνά κάνει πράγματα που χαίρουν κοινωνικής επιδοκimasίας, γιατί μόνο έτσι θα αποδείξει τι αξίζει. Παίρνει καλούς βαθμούς, εκλέγεται σε διάφορα αξιώματα και αποτελεί με κάποιον εμφανή τρόπο τη δόξα της οικογένειας. Είναι το καμάρι της οικογένειας και το παιδί που μπορεί επάξια να εκπροσωπήσει την οικογένεια του. Παρότι ελάχιστοι το μαντεύουν, συχνά αυτό το παιδί αισθάνεται μοναξιά, ανασφάλεια, πίεση και δυστυχία, γιατί σπάνια ο εκπρόσωπος της οικογένειας κάνει αρκετά για να αισθανθεί αγάπη και ασφάλεια.

Κάποια παιδιά-εκπρόσωποι ανταποκρίνονται σε ανομολόγητες ανάγκες της οικογένειας και συχνά πιέζουν μόνο τους τον εαυτό τους. Αυτά τα παιδιά βλέπουν μια αδικία, μια έλλειψη στην οικογένεια και αφιερώνουν τη ζωή τους για να τη διορθώσουν.

Από ψυχολογική άποψη, οι εκπρόσωποι μοιάζουν με τα παιδιά-γονείς: φαίνονται δυνατοί, αυτάρκεις, ικανοί. Δυσκολεύονται και αυτοί να αποκτήσουν επίγνωση των

συναισθημάτων και των αναγκών τους, ιδιαίτερα της ανάγκης τους για εξάρτηση. Επειδή είναι προσανατολισμένοι προς το μέλλον και έχουν μεγάλη συνείδηση της πίεσης του χρόνου, ωθούνται στο να θέτουν στον εαυτό τους στόχους που είναι αδύνατο να επιτευχθούν, αλλά με μεγάλη πίεση πιστεύουν πως θα τα καταφέρουν. Σπάνια επιτρέπουν στον εαυτό τους τις απλές καθημερινές απολαύσεις, συμπεριλαμβανομένης και της φιλίας. Μεγαλώνουν πολύ γρήγορα και προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα πάντα με μια ωριμότητα που δεν χαρακτηρίζει την ηλικία τους.

Αυτό που ξεχωρίζει τον εκπρόσωπο είναι ότι επιδιώκει να ευχαριστεί τους άλλους μέσα από επιδόσεις του στον εκτός οικογενείας κόσμο. Στον εκπρόσωπο υπάρχει ένας μοναχικός ναρκισσισμός, μια ιδιότητα που επιζητά την αναγνώριση. Οι εκπρόσωποι έχουν την τάση να παντρεύονται παιδιά-γονιούς ή παιδιά που τα απορρίπτουν, τα οποία θα ικανοποιούν τις ανάγκες τους.

Στ. Παραβάτης

Πρόκειται για ένα σύνθετο και συχνά θαρραλέο παιδί, το οποίο νιώθει πως υπάρχουν προβλήματα στο γάμο και είναι πρόθυμος να πάρει πάνω του την πίεση, συχνά με σημαντικές συνθήκες. Μερικές φορές ο παραβάτης εκφράζει θυμό και απείθαρχες παρορμήσεις, για λογαριασμό του ενός ή και των δύο γονιών.

Συχνά, αψηφάει τους ίδιους τους κανόνες της οικογένειάς του. Ο ένας γονιός μπορεί να είναι αυστηρός και καταπιεστικός και να τρομοκρατεί ολόκληρη την οικογένεια, μαζί και τον άλλο σύζυγο. Το παιδί-παραβάτης δεν δέχεται αυτή την καταπίεση και εναντιώνεται.

Τα παιδιά-παραβάτες γεμίζουν ένα σύνθετο και δύσκολο χώρο:

- Έχουν μια έντονη αίσθηση αδικίας και συχνά παίρνουν το μέρος του καταδυναστευόμενου
- Έχουν προβλήματα με τις αρχές και συχνά φαίνονται οργισμένα
- Επειδή υπήρχαν δύο αντιφατικά επίπεδα επικοινωνίας στην οικογένειά τους, έχουν την τάση να δυσπιστούν σε ό,τι λένε οι άλλοι

- Εφόσον έχουν επιτελέσει στόχο επικρίσεων μέσα στην οικογένεια τους, μαθαίνουν να κατακρίνουν τον εαυτό τους και είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη
- Είναι συχνά δημιουργικά, δυνατά και θαρραλέα παιδιά
- Συχνά παντρεύονται παιδιά-γονείς, εναντίων των οποίων εξεγείρονται στη συνέχεια (Augustus Y. Napier, Ph.D, 1988, σελ.278-9).

Η Bruch (1973) ασχολήθηκε επισταμένα με την ανάλυση των αναπτυξιακών διαδικασιών μάθησης των ανορεξικών παιδιών στα πλαίσια των αμοιβαίων σχέσεων γονέων και παιδιών που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα των μελετών της έδειξαν ότι τα ανορεξικά παιδιά είναι εξαιρετικά ανώριμα και ασφυκτικά εξαρτώμενα από την μητέρα. Η αναδρομή στα πρώτα στάδια ανάπτυξης του ασθενούς αποκάλυψε ότι πολλοί από αυτούς τους ασθενείς είχαν υπάρξει «προνομιούχα» παιδιά, μεγαλωμένα με στοργή και φροντίδα σε ένα περιβάλλον που τους παρείχε όλες τις ανέσεις της σύγχρονης ζωής.

Σύμφωνα με τον Minuchin (1974) το μοντέλο της «ψυχοσωματογενούς οικογένειας» είναι η οικογένεια που προκαλεί ψυχοσωματικά προβλήματα στα μέλη της. Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε μετά από μια σειρά εμπειριών με πολλές οικογένειες στις οποίες οι ασθενείς παρουσίαζαν ψυχοσωματικά και ψυχογενή συμπτώματα. Βάσει αυτού του μοντέλου, η ανάπτυξη μιας ψυχοσωματικής ασθένειας σε ένα παιδί σχετίζεται με τρεις παράγοντες:

1. ένα ειδικό τύπο οικογενειακής οργάνωσης και λειτουργίας
2. την εμπλοκή του παιδιού στη γονεϊκή σύγκρουση, και
3. την ευπάθεια του οργανισμού σε επίπεδο φυσιολογίας

«Ο πρώτος παράγοντας χαρακτηρίζεται από συγκεχυμένα όρια, παγιδευτική εμπλοκή, υπερπροστατευτικότητα, ακαμψία και αδυναμία επίλυσης των συγκρούσεων» (Minuchin, 1974). Τα όρια που υπάρχουν μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι συγκεχυμένα και εύκολα διαπερατά, με αποτέλεσμα το ένα μέλος να εισβάλλει στα συναισθήματα, στις σκέψεις και στις σχέσεις του άλλου. Επίσης, συγκεχυμένα είναι και τα όρια τα οποία προκαλούν σύγχυση στους ρόλους.

Στον δεύτερο παράγοντα της ανάπτυξης της ψυχοσωματικής ασθένειας το άρρωστο παιδί παίζει σημαντικό ρόλο στην παράκαμψη της συζυγικής σύγκρουσης. Όταν το ζευγάρι απειλείται από διάφορες συγκρούσεις, ο ασθενής αναμιγνύεται και εμπλέκει τον εαυτό του για τη δημιουργία μιας άκαμπτης τριάδας.

Τέλος, ο τρίτος παράγοντας, δηλαδή η ευπάθεια του παιδιού σε σωματικό επίπεδο, είναι μια μη επαρκής αλλά αναγκαία συνιστώσα για την εμφάνιση ενός ψυχοσωματικού συνδρόμου. Η παρουσία ευπάθειας του οργανισμού στη Νευρογενή Ανορεξία τίθεται υπό αμφισβήτηση.

Το διαγνωστικό μοντέλο για μια ψυχοσωματογενή οικογένεια βοηθά τον οικογενειακό θεραπευτή να προσεγγίσει τη Νευρογενή Ανορεξία. Ο τρόπος με τον οποίο βοηθά την θεραπεία της ανορεξίας αναπτύσσεται στην οικογενειακή θεραπεία.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Όσο περίεργο κι αν μας φαίνεται οι Έλληνες της ομηρικής εποχής στήριζαν τη διατροφή τους κυρίως στο κρέας. Τα κρέατα τα έτρωγαν ψητά στη θράκα. Ψωμιά έφτιαχναν από σιτάρι και κριθάρι και μάλιστα συνήθιζαν να έχουν ποικιλία ψωμιών τα οποία ήταν όπως τις σημερινές πίτες. Είχαν ανεπτυγμένη τυροκομία, έπιναν γάλα, έφτιαχναν τυρόγαλο και τυριά. Το κρασί ήταν απαραίτητο σε κάθε γεύμα. Δεν περιφρονούσαν τα φρούτα παρά μόνο το ελαιόλαδο, με το οποίο άλειφαν τα κορμιά τους μετά το μπάνιο. Οι Μυκηναίοι, από τον 15^ο και 14^ο αιώνα π.Χ, είχαν ως βασική τροφή τους τα δημητριακά. Επίσης, έτρωγαν πολλά σύκα, μέλι και τυριά. Οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν πολλά καρυκεύματα, κρεμμύδια, αγουρέλαιο αρωματισμένο με θυμάρι ή με μέντα, αλεύρι και μελωμένο κρασί.

Μεταγενέστερα η φθηνότερη και πιο διαδεδομένη τροφή για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ήταν τα λαχανικά και τα όσπρια. Με δεδομένες δε, τις μεγάλες περιόδους νηστείας που προέβλεπε η Εκκλησία, και τις οποίες φαίνεται ότι τηρούσαν με αρκετή ευλάβεια οι Βυζαντινοί, οι τροφές αυτές καταναλώνονταν για μακρύ χρονικό διάστημα από το σύνολο του πληθυσμού. Μεγάλη κατανάλωση είχαν τα λάχανα, τα πράσα, τα κρεμμύδια, τα τεύτλα, τα μαρούλια, τα ραδίκια, το καρότο, ο αρακάς και η ρόκα. Άγνωστες φυσικά ήταν οι πατάτες και οι ντομάτες, που έφτασαν στην Ευρώπη πολύ αργότερα. Στα Βυζαντινά χρόνια το κρέας ήταν είδος πολυτελείας. Κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες ψωμιού, λαχανικών και όσπρια. Από τα όσπρια συναντάμε τα φασόλια, τις φακές, τα ρεβίθια, τα κουκιά και τα λούπινα. Βασικό συμπλήρωμα διατροφής ήταν τα φρούτα καθώς και οι ξηροί καρποί. Ως επιδόρπια είχαν διάφορα γλυκίσματα. Κύριο γλυκαντικό μέσο ήταν το μέλι. Σήμερα, αυξήθηκε η κατανάλωση του κρέατος και μειώθηκε αυτή των λαχανικών και των οσπρίων, με πολλές καταχρήσεις

έτοιμων φαγητών και ποτού, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας μας. Συνέπεια αυτής της διατροφής του νεοέλληνα είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιοπάθειες. Οι επιστήμονες σε όλο τον κόσμο, μετά από μελέτες, κατέληξαν στο ότι πρέπει να επιστρέψουμε στην ελληνική παραδοσιακή διατροφή. Τα κύρια στοιχεία της παραδοσιακής διατροφής είναι η ποικιλία, τα όσπρια, τα λαχανικά, τα δημητριακά, τα άγρια χόρτα, το ελαιόλαδο, τα φρέσκα φρούτα και τα ψάρια. Αντίθετα, συνίσταται μικρή κατανάλωση κόκκινων κρεάτων και περιορισμένη ποσότητα γαλακτοκομικών.

Η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού και στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η κάθε οικογένεια έχει διαφορετικές διατροφικές συνήθειες και διαφορετικά ωράρια εργασίας. Η διαδικασία του φαγητού φαίνεται να παίζει ένα ιδιαίτερο ρόλο στην δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων. Οι διαφορές στην κατανάλωση τροφής, τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα, ξεκινούν μετά το τέλος της βρεφικής ηλικίας. Τα παιδιά έχουν μία βιολογική προτίμηση για «γλυκό» και «αλμυρό» και απορρίπτουν εύκολα καινούργια φαγητά. Η αποδοχή φαγητών χαμηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη ή αλάτι, αλλά και υγιεινών τροφών όπως τα λαχανικά, γίνεται σταδιακά. Οι διαφορές αυτές, έχουν να κάνουν με τον διαφορετικό τρόπο διαπαιδαγώγησης από τους γονείς, κυρίως όσων αφορά την κατανομή του ελέγχου μεταξύ γονιών και παιδιού σχετικά με το πότε θα φαι, τι και πόσο. Όμως οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών φαίνεται πως ακολουθούν κι αυτές τους κανόνες της μίμησης, «τα παιδιά τρώνε όπως τους γονείς τους». Τα παιδιά των γονιών που κάνουν συνέχεια δίαιτα ή που δεν ακολουθούν σταθερές ώρες στο φαγητό και «τσιμπολογάνε» ακανόνιστα, είναι πολύ πιθανό να αποκτήσουν και εκείνα αυτές τις συνήθειες. Η διαδικασία του φαγητού αποτελεί μέσο επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, τα μέλη της οποίας συνδέονται πια με πολυμορφικούς δεσμούς, όπως είναι οι γενετικοί κώδικες, τα συναισθήματα, οι κοινές ή αντίθετες αξίες, προσδοκίες και ρόλους μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, κ.α. Η σημαντικότητα του να γευματίζει όλη η οικογένεια μαζί δεν είναι αποδεκτή και εφικτή σε όλες τις οικογένειες. Στις εκτεταμένες οικογένειες η γιαγιά είναι αυτή που καθορίζει το τι θα φαι η οικογένεια με αποτέλεσμα τα παιδιά να μεγαλώνουν με τη γιαγιά και όχι με τη μαμά. Δηλαδή, κουμάντο στη κουζίνα κάνει η γιαγιά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η γιαγιά πολλές φορές να πιέζει τα παιδιά να

καταναλώσουν κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα ενώ αυτά αρνούνται πεισματικά να φάνε αυτό που μαγείρεψε εκείνη, προτιμώντας να «τσιμπήσουν» κάτι έτοιμο από έξω.

Τα παιδιά πρέπει να υιοθετούν σωστές διατροφικές συνήθειες για να έχουν ένα πλήρη θρεπτικό πρόγραμμα και για να μάθουν σωστό συνδυασμό των γευμάτων. Αυτό για να επιτευχθεί πρέπει η μητέρα να μην δουλεύει όλη μέρα, να αφιερώνει χρόνο στην προετοιμασία του γεύματος και να τονίζει στα παιδιά της τη σημασία του φαγητού. Καθήκον των γονιών είναι να κάνουν το φαγητό απόλαυση και να μάθουν τα παιδιά τους να δοκιμάζουν καινούργιες τροφές, κατορθώνοντας έτσι τα παιδιά να καταναλώνουν τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων. Τα σχόλια για το βάρος των παιδιών πρέπει να απουσιάζουν την ώρα του γεύματος, γιατί τα παιδιά επηρεάζονται και πιστεύουν ότι είναι παχύσαρκα. Συνέπεια αυτών των σχολίων είναι τα παιδιά να ελαττώνουν κατά πολύ την κατανάλωση τροφίμων για να επιτύχουν απώλεια κιλών.

Επίσης η μητέρα πρέπει να φροντίζει για το σχολικό γεύμα του παιδιού της, ακόμα κι αν το παιδί είναι σε ηλικία που μπορεί να φτιάξει από μόνο του το γεύμα του. Η μητέρα αφιερώνει περισσότερο χρόνο με τα παιδιά, κυρίως το πρωί πριν αυτά φύγουν για το σχολείο. Το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας είναι το πρόγευμα και αυτό πρέπει να γίνεται γνωστό στα παιδιά.

Την ώρα του γεύματος πρέπει να επικρατεί μια ήρεμη και χαρούμενη κατάσταση. Όλη η οικογένεια πρέπει να γευματίζει μαζί για να βλέπουν οι γονείς τι και πόσο τρώνε τα παιδιά τους. Έτσι θα καταλάβουν αν κάποιο από τα παιδιά τους αντιμετωπίζει κάποιο διατροφικό πρόβλημα. Τα παιδιά χρειάζονται αρκετή προσοχή σχετικά με το πως αντιλαμβάνονται και αποδέχονται το σώμα τους, γιατί όταν μπουν στην εφηβεία, στην πιο επικίνδυνη περίοδο ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών, δεν πρέπει να ντρέπονται για την σωματική τους εικόνα αλλά ούτε και να θεωρούν ότι είναι υπέρβαροι, ενώ στην ουσία το βάρος τους είναι φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος τους.

Το παιδί μαθαίνει κάποια πράγματα και από το σχολείο, αλλά είναι εύκολο να καταναλώνει συχνά έτοιμα φαγητά από τη στιγμή που καθημερινά «βομβαρδίζεται» από τόσες πολλές διαφημίσεις γρήγορου και «νόστιμου» φαγητού. Συχνά το άγχος του σχολείου και οι ευθύνες που έχουν από τους γονείς τους, οδηγούν τα παιδιά σε εσωστρέφεια και σε μείωση της όρεξης τους για φαγητό. Εάν οι γονείς δεν το

αντιληφθούν έγκαιρα και δεν προσπαθήσουν να το διορθώσουν τα παιδιά είναι πιθανόν να οδηγηθούν στη Νευρική Ανορεξία.

Το σημαντικό είναι οι οικογένειες να μάθουν να τρέφονται με τον παραδοσιακό τρόπο διατροφής για να τρῶνε όλες τις ομάδες τροφών στην ποσότητα και συχνότητα που επιβάλλεται από την πυραμίδα τροφίμων.



3.2 ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

Σημαντικό και τεράστιο ψυχοτραυματικό γεγονός θεωρείται η κακοποίηση και η παραμέληση. Οι κύριες μορφές κακοποίησης είναι η σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική. Με τον όρο «κακοποίηση – παραμέληση παιδιών» περιγράφεται ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός ανηλίκου, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο άτομο σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές

διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο (Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, 24/5/2007).

Σωματική κακοποίηση:

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.

Ευρήματα στην κλινική εξέταση είναι οι μελανιές ή σημάδια από χτύπημα, εξαρθρώσεις ή διαστρέμματα, δαγκώματα ή κοψίματα, πληγές ή εκδορές, εγκαύματα ή κάψιμο από τσιγάρο, ακόμα και εσωτερικές κακώσεις.

Ψυχολογική κακοποίηση:

Η ψυχολογική κακοποίηση ενός ανήλικου μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.

Σεξουαλική κακοποίηση:

Σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών ή εφήβων σε σεξουαλικές πράξεις υποκινούμενες από ενήλικα, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου αυτού είναι η ανηλικότητα του παιδιού, η σχέση εμπιστοσύνης ή εξάρτησης που υπάρχει ανάμεσα στον ενήλικα και στον ανήλικα, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού (Παπανικολάου Ε., 1998).

Παραμέληση:

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που

παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του.

Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της παραμέλησης θεωρούνται η συστηματική κακή σίτιση ή στέρηση τροφής, η κακή υγιεινή, η εγκατάλειψη, η απάθεια, η συνεχής κόπωση και η χρήση τοξικών ουσιών από τον ανήλικα (Παπανικολάου, 1998).

Οι διάφορες μορφές κακοποίησης και η παραμέληση πολλές φορές οδηγούν τα παιδιά σε εσωστρέφεια, φόβο, κατάθλιψη και ανορεξία. Ο ενήλικας εκφοβίζει τον ανήλικα και προσπαθεί να τον πείσει πως δεν έκανε τίποτα ανήθικο και κακό. Τα παιδιά προσπαθούν να βρουν μία διέξοδο και με κάποιο τρόπο να δώσουν το μήνυμα ότι κάτι δεν πάει καλά και να τα βοηθήσουν. Συνήθως επιλέγουν διεξόδους για να απομακρύνουν τον ενήλικα που τα κακοποιεί. Τα παιδιά φοβούνται την κοινωνική κατακραυγή και τον τρόπο αντιμετώπισής τους από τους συγγενείς και τους φίλους, καθώς και τον τρόπο χειρισμού του προβλήματος από την οικογένεια. Συνήθως ξεσπά ένας «ηθικός πανικός» γύρω από τέτοιου είδους προβλήματα ο οποίος συνίσταται βασικά σε συντηρητικές αντιδράσεις που στόχο έχουν να αποκαταστήσουν αμέσως την τάξη, την ομαλότητα και την κοινωνική ευταξία. Η οικογένεια, όπως αναδεικνύεται μέσα από τον χρόνο, είναι ένας ισχυρός θεσμός και η ίδια η σύσταση της οικογένειας ενέχει τα σπέρματα τέτοιων παρεκτροπών. Η κοινωνικοποίηση στο εσωτερικό της οικογένειας συντελείται συχνά μέσα από διαδικασίες και πρακτικές που προετοιμάζουν το άτομο να δεχθεί την εξουσιαστική δομή του κράτους και των υπόλοιπων θεσμών της κοινωνίας. Με τον ισχυρό θεσμό της οικογένειας βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση και το σχολείο.

Στα ψυχοτραυματικά γεγονότα ανήκει και το διαζύγιο. Έχει μεγάλες επιπτώσεις στα παιδιά και τους εφήβους και μπορεί να θεωρηθεί, όχι ως λύση του προβλήματος, αλλά ως λιγότερο κακή λύση στην προϋπάρχουσα, βασανιστική και τραυματική οικογενειακή κρίση. Στην ευρύτερη κοινωνικο-ψυχολογική θεώρηση, το διαζύγιο είναι η παύση της έγγαμης συμβίωσης συζύγων και παιδιών, το κλείσιμο μιας πορείας ταραγμένων συζυγικών σχέσεων, το τέλος μιας κρίσης μέσα στην οικογένεια. Από αυτή τη μεγάλη αλλαγή που προκύπτει στη ζωή των παιδιών, καθώς επίσης και από τις ευθύνες που καλούνται τα παιδιά να αναλάβουν, κυρίως τα μεγαλύτερα παιδιά της

οικογένειας, προκύπτουν διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία και άλλα ψυχοσωματικά γεγονότα.

Σύμφωνα με τις νέες νομοθετικές ρυθμίσεις, ως λόγοι διαζυγίου θεωρούνται ο ισχυρός κλονισμός του γάμου, η αφάνεια και η συναίνεση, όπου ενώ για το πρώτο απαιτείται απόδειξη, για το δεύτερο δικαστική απόφαση, για το τρίτο αρκεί η δήλωση και από τους δύο συζύγους, ότι δεν επιθυμούν τη συνέχιση της έγγαμης συμβίωσης, με μόνη προϋπόθεση ότι έχουν συμφωνήσει για την επιμέλεια και την επικοινωνία των παιδιών.

Για τη λεπτομερέστερη ανάλυση του διαζυγίου γίνεται διάκριση σε τρεις φάσεις (Kelly, J.B & Wallerstein, J.S.,1976). Η πρώτη φάση είναι η φάση της έντασης στις σχέσεις των συζύγων. Η ένταση αρχίζει ενώ συνειδητοποιείται η διάσταση ανάμεσα στους συζύγους. Αρχικά δε θέλουν να αποδεχθούν το γεγονός, αναπτύσσουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας, προσπαθούν συχνά να προστατέψουν τα παιδιά και τους εαυτούς τους από τις επιπτώσεις της διάστασης. Η σκέψη για ενδεχόμενο χωρισμό γίνεται κοινή απόφαση για διάζευξη. Τα παιδιά και οι έφηβοι, σε αυτή τη φάση, γίνονται μάρτυρες της έντασης, την οποία δεν κατανοούν ενώ παραμελούνται από τους προβληματισμένους γονείς τους.

Η δεύτερη φάση είναι η φάση της δικαστικής αντιδικίας, στην οποία αρχίζουν οι διαδικασίες υλοποίησης του χωρισμού, ενώ ο ένας από τους συζύγους έχει ήδη απομακρυνθεί. Μέσα από αυτές τις διαδικασίες, εκδηλώνεται μια έντονη επιθετικότητα, που μπαίνει στη θέση της κατάθλιψης που επικρατεί στην πρώτη φάση, με έντονη διάθεση καταστροφής και εκδίκησης. Η αυτοδικία είναι το κύριο γνώρισμα αυτής της φάσης. Οι απαραίτητες ρυθμίσεις που αφορούν την τύχη των παιδιών (επιμέλεια, διατροφή) γίνονται αφορμή και πεδίο συγκρούσεων, με αποτέλεσμα τα παιδιά να διχάζονται και να μένουν συναισθηματικά στερημένα.

Η τρίτη φάση είναι η φάση μετά το διαζύγιο, όπου διαμορφώνεται μια νέα κατάσταση για τα μέλη της πρώην οικογένειας. Μετά την έκδοση του διαζυγίου και τη ρύθμιση της επιμέλειας, της διατροφής και της επικοινωνίας με τα παιδιά, οι πρώην σύζυγοι βρίσκονται μπροστά σε μια καινούργια κατάσταση, στην οποία και πρέπει να προσαρμοστούν.

Το διαζύγιο προκαλεί ένα ψυχολογικό τραυματισμό στα παιδιά και του εφήβους, εξαιτίας της παραμέλησης τους από τους γονείς τους και την ποιότητα των σχέσεων που

έχουν μαζί τους. Η περίοδος μετά το χωρισμό είναι πάντα αγχογόνος για τα μέλη μιας οικογένειας. Η συχνότερη, συνειδητή αντίδραση των εφήβων είναι η αποστασιοποίηση [Dizenhonz, Israel M. (x.x)]. Αποσύρονται από τους γονείς και από την όλη διαδικασία έκδοσης του διαζυγίου. Για τον έφηβο είναι πολύ δύσκολο να πάρει θέση και να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της αναθεώρησης των δεσμών του με τους γονείς του. Κλείνεται στον εαυτό του και απομακρύνεται από την οικογένεια και τους φίλους του, έχοντας ως αποτέλεσμα εμφανή σημάδια κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων. Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι το επίμονο και διαρκές συναίσθημα θλίψης, η ευερεθιστότητα και η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από μια σειρά άλλων συμπτωμάτων που επηρεάζουν την όρεξη, τον ύπνο, τα επίπεδα δραστηριότητας και συγκέντρωσης, την αυτοπεποίθηση του ατόμου και την εικόνα του για τον εαυτό του. Πρέπει να διαπραγματευτούν νέα πρότυπα λειτουργίας, ενώ οι σχηματισμοί που κυριαρχούσαν στην παλιά οικογένεια εξακολουθούν να ελέγχουν τις συνήθειες αντιδράσεις τους.

Θα ήταν σκόπιμη μια σύντομη αναφορά στην εξέλιξη του θεσμού της οικογένειας καθώς και στις μορφές που ο θεσμός αυτός πήρε σε διάφορες εποχές. Η οικογένεια ως θεσμός εμφανίζεται με τις ανθρώπινες ομάδες και συναντάται σε όλα τα είδη και τις μορφές της κοινωνικής συμβίωσης των ανθρώπων. Μέσα από την οικογένεια επιτελούνται και καλύπτονται μια σειρά από βιο-κοινωνικές λειτουργίες, όπως η αναπαραγωγική λειτουργία, οικονομικές λειτουργίες, καθώς και ένα πλέγμα ψυχολογικών λειτουργιών, που με άλλο όρο χαρακτηρίζουμε ως οικογενειακό περιβάλλον. Η οικογένεια παρακολουθεί, στην ιστορική της εξέλιξη, τις κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτισμικές και οικονομικές μεταβολές και εξελίξεις. Οι μορφές της συγκρότησης της και οι λειτουργίες της είναι βαθιά συνδεδεμένες με τη δυναμική εξέλιξη των κοινωνιών.

Έτσι, η οικογένεια υπήρξε κατά καιρούς πολυγαμική κι από τις δύο πλευρές, υπήρξε μητριαρχική, πατριαρχική, υπήρξε εκτεταμένη για να φθάσει στις κοινωνίες της σύγχρονης βιομηχανικής εποχής, να γίνει πυρηνική. Αυτή η τελευταία υπήρξε νόμιμη, μονογαμική, πατρωνυμική, ενώ σήμερα τείνει να λάβει τη μορφή της λεγόμενης

οικογένειας διπλής καριέρας, όπου οι σύζυγοι, με την ανοιχτή οικογενειακή ζωή έχουν ανεξάρτητη και αυτόνομη κοινωνική, επαγγελματική, οικονομική δραστηριότητα, μοιράζονται τις εξουσίες και τις ευθύνες και έχουν τα ίδια δικαιώματα. Τα μέλη της λειτουργούν στη βάση της αλληλοαποδοχής, της αυτονομίας, της ελευθερίας και του αλληλοσεβασμού.

Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρουμε αυθόρμητα τη λύπη, τη διέγερση και το θυμό. Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά ένα σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα της εφηβείας. Η συχνότητά της κυμαίνεται, σύμφωνα με τις έρευνες, από 3% έως 9% (Karl Koning, 1963). Ως προς το φύλο, υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών που παρουσιάζουν κατάθλιψη.

Η κλινική κατάθλιψη είναι πολύ διαφορετική από το αίσθημα κακής διάθεσης ή από τα αισθήματα λύπης ή πένθους που συνήθως συνοδεύουν την απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου. Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου ούτε σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται. Αλλάζουν οι απόψεις του ασθενή για τη ζωή του και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται διάφορα ζητήματα και καταστάσεις.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι συνήθως θλιμμένα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε κρίσεις και σχόλια για τον εαυτό τους, ενώ σε γενικές γραμμές βιώνουν την ασθένεια με παρόμοιο τρόπο με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η κατάθλιψη, που δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αλλά και την απόπειρα αυτοκτονίας.

Ως ψυχοτραυματικό γεγονός θεωρείται και η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Οι έφηβοι γίνονται απόμακροι και απότομοι. Παύουν να συμπεριφέρονται με σεβασμό στους συνανθρώπους τους και επικρίνουν τα πάντα, με αποτέλεσμα να διαταράζεται η ψυχική τους υγεία. Η θλίψη που προκαλεί ο θάνατος ενός προσφιούς ατόμου τους απομονώνει από την οικογένεια και τους φίλους τους. Σταματάνε να ενδιαφέρονται για την σχολική τους επίδοση και ακυρώνουν κάθε επαφή με τον έξω κόσμο. Παύουν να ενδιαφέρονται για το τι θα φάνε και γίνονται επιθετικοί, εσωστρεφείς

και αδιάφοροι. Πενθούν και παύουν να ενδιαφέρονται και να φροντίζουν τον εαυτό τους, καταλήγοντας σε ένα σημείο που χρειάζονται άμεσα φροντίδα και περίθαλψη. Μη μπορώντας να ξεπεράσουν το πένθος τους και να αποδεχτούν το θάνατο οδηγούνται και οι ίδιοι σε ένα αργό θάνατο, αρνούμενοι να φάνε και να αποκτήσουν πίσω τη ζωή που είχαν πριν το άσχημο αυτό περιστατικό που τους συνέβη.

3.3 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΓΟΝΕΩΝ

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση οι «οιδιπόδειες» σχέσεις αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, τονίζοντας τον φόβο του κοριτσιού μπροστά στην προοπτική της σωματικής αλλά και σεξουαλικής ανάπτυξης που προϋποθέτει το πέρασμα στην εφηβεία και κατά συνέπεια τον επαναπροσδιορισμό των σχέσεων με τον πατέρα. Μία από τις πρώτες αναφορές του φαινομένου αποτελεί η έρευνα των μελών της ψυχιατρικής κλινικής Mayo του Rochester το 1955, η οποία καταδεικνύει πέντε τύπους νευρωτικών διαταραχών της διατροφής, σύμφωνα πάντα με το γονεϊκό ιστορικό, μία εκ των οποίων είναι και η νευρογενής ανορεξία.

Συγκεκριμένα στα περιστατικά της Νευρικής Ανορεξίας το παιδί αναπτύσσει απέχθεια προς το φαγητό βλέποντας την εκδικητική στάση των γονιών απέναντι στη διαδικασία σίτισης. Είναι εύλογο να υποθέσει κανείς ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και η εν γένει ψυχική υγεία των γονέων συνδέονται –και μάλιστα με αιτιώδη σχέση- με την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους. Πρώτον, οι γονείς μεταδίδουν, μέσω της κληρονομικότητας δικά τους χαρακτηριστικά στα παιδιά, με τα οποία φέρουν κοινά γενετικά στοιχεία. Η ισχύς αυτής της διαδικασίας είναι φανερή στην περίπτωση των ιδανικών (μονοζυγωτικών) διδύμων που μοιάζουν βιολογικά και ψυχολογικά λόγω του κοινού γενετικού υλικού το οποίο μοιράζονται. Δεύτερον, οι γονείς διαμορφώνουν –αλλά και αποτελούν οι ίδιοι- ένα περιβάλλον για τα παιδιά, το οποίο επηρεάζει την ανάπτυξη τους θετικά ή αρνητικά. Οι γονείς χρησιμεύουν ως πρότυπα τα οποία το παιδί παρατηρεί και μιμείται. Εάν η μητέρα δεν είναι ευχαριστημένη με τη σωματική της εικόνα αυτό το

μεταδίδει στο παιδί, το οποίο προσπαθεί να μη γίνει όπως η μητέρα του αναπτύσσοντας έτσι μια διατροφική διαταραχή, όπως τη Νευρογενή Ανορεξία. Παύει να τρέφεται σωστά δοκιμάζοντας διάφορες εξαντλητικές δίαιτες και γυμνάζεται αρκετές ώρες.

Η σύνδεση των χαρακτηριστικών των γονέων με τα χαρακτηριστικά των παιδιών είναι περισσότερο εμφανής στον βιοσωματικό τομέα παρά στο νοητικό ή στον τομέα της προσωπικότητας. Το παιδί έχει συνδεθεί με χαρακτηριστικά της οικογένειας (όπως λίγοι διαθέσιμοι χώροι και αυστηροί κανόνες συμπεριφοράς) αλλά και με ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των γονέων, όπως η κατάθλιψη. Τα χαρακτηριστικά αυτά των γονέων ασκούν μια έμμεση, αλλά όχι λιγότερο σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Το τι πιστεύουν οι γονείς για το παιδί και τη φύση της ανάπτυξης του, το τι θεωρούν σημαντικό για το παιδί και τη σχέση τους μαζί του και το τι προσδοκούν από το παιδί παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο γιατί όλες αυτές οι αντιλήψεις, στάσεις, πεποιθήσεις, αξίες και προσδοκίες γίνονται πράξεις και καθορίζουν την πορεία του παιδιού.

Η στάση που υιοθετούν οι γονείς για το φαγητό και τη σημασία του για την επιβίωση ή/ και την απόλαυσή του, είναι πολύ πιθανό να μεταβιβάζεται ως σχετικό «μήνυμα» στο παιδί. Έτσι, πέρα από τους γενετικούς λόγους, το παιδί επηρεάζεται και από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Οι γονείς διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το τι θεωρούν σημαντικό για το παιδί και την ανάπτυξη του. Οι προσδοκίες των γονέων για τα παιδιά τους αποτελούν έναν ισχυρό παράγοντα στη διαμόρφωση της παιδικής και εφηβικής συμπεριφοράς. Εάν οι γονείς δεν είναι δεμένοι και υπάρχει συνεχής σύγκρουση μεταξύ τους τα μηνύματα που λαμβάνουν τα παιδιά για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους είναι λανθασμένα και το αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη διαφόρων προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη και η ανορεξία. Για να είναι ο γονέας σε θέση να ασκήσει έναν αναπτυξιακό ρόλο, είναι βασικό όχι μόνο να προσαρμοστεί στην αλλαγή του παιδιού, αλλά και στην εικόνα που αυτό διαμορφώνει για το γονέα σε κάθε στάδιο. Ο έφηβος τοποθετεί τους γονείς του στις πραγματικές τους διαστάσεις.

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

1. παρατηρούν τη φυσιολογική ωρίμαση του παιδιού

2. ακολουθούν τις τεχνικές που επικρατούν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για την ανατροφή του παιδιού
3. ακολουθούν τους ρόλους των δικών τους γονέων. Όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο περισσότερο οι γονείς στηρίζονται στη ταύτιση του ρόλου τους με αυτόν των δικών τους γονέων και στη διαίσθηση για το γονεϊκό τους ρόλο (dr. Kevin Leman, 1989)

Παρόλο που οι αναπτυξιακές θεωρίες τονίζουν περισσότερο τη σημασία της μητέρας, αλλά και του πατέρα, ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, σύμφωνα με τη συστηματική προσέγγιση ολόκληρη η οικογένεια ως σύστημα συμμετέχει στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του κάθε μέλους. Η οικογένεια δεν είναι άθροισμα μεμονωμένων ατόμων, αλλά ένα δυναμικό σύνολο που περιλαμβάνει τα άτομα και τις μεταξύ τους σχέσεις και αλληλοαντιδράσεις.

Μελέτες έχουν αποκαλύψει πολυάριθμες διαφορές στις αντιλήψεις που έχουν οι οικογένειες των ασθενών με ανορεξία. Είναι αρκετά προβληματικές οι σχέσεις μεταξύ μητέρας και κόρης και λιγότερο προβληματικές ανάμεσα σε πατέρα και κόρη. Η θλίψη των γονιών είναι αρκετά εμφανής. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονιών ευθύνεται για την εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Η σχέση μητέρας – κόρης είναι μπερδεμένη και αντιφατική. Επίσης δεν υπάρχει σεβασμός ανάμεσα τους παρά μόνο συγκρούσεις και ανταγωνισμός.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι μητέρας:

- Η ιδανική μητέρα. Ιδανική μητέρα είναι αυτή που ασχολείται με τη σωστή ανατροφή των παιδιών της. Αυτή που ασχολείται με τις ανησυχίες των παιδιών της και φροντίζει να επικρατεί ένα ομαλό και ήρεμο περιβάλλον στο σπίτι.
- Η φιλόδοξη μητέρα. Είναι σχολαστική, δογματική και ασχολείται περισσότερο με την καριέρα της και λιγότερο με τα παιδιά της. Τα παραμελεί και αφήνει τη γιαγιά να μεγαλώσει τα παιδιά, με αποτέλεσμα να χάνεται η επικοινωνία και να αναπτύσσεται μια απόσταση μεταξύ τους. Πολλές φορές τα παιδιά και κυρίως τα κορίτσια γίνονται εχθρικά απέναντι στις μητέρες τους. Η περίπτωση της εργαζόμενης μητέρας αντιμετωπίζεται πλέον όχι μόνον ως οικονομική αναγκαιότητα αλλά και ως μια πολύτιμη ευκαιρία για τη μητέρα να ασχοληθεί με

έναν άλλο ρόλο, να διευρύνει τους ορίζοντες της και, έτσι, να προωθήσει την προσωπική της ανάπτυξη.

- Η αβέβαιη μητέρα. Προτάσσει τις βιολογικές ανάγκες του παιδιού και όχι την πνευματική του ανάπτυξη, που δεν μπορεί να παρακολουθήσει. Ενδιαφέρεται περισσότερο για τη σωματική ανάπτυξη του παιδιού και λιγότερο για τη σχολική του επίδοση.
- Η υστερική μητέρα. Δημιουργεί αβεβαιότητα και ανασφάλεια με τον ευέξαπτο χαρακτήρα της, με αποτέλεσμα το παιδί να μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον με εντάσεις, φωνές και δημιουργώντας αισθήματα ανασφάλειας και φοβίας.

Όταν μια μητέρα είναι αβέβαιη, φιλόδοξη ή υστερική χάνει την σωστή επικοινωνία με τα παιδιά της και αυτά με τη σειρά τους εναντιώνονται και προσπαθούν με διάφορες πράξεις τους να κερδίσουν την προσοχή των γονιών τους. Πιστεύουν πως αν σταματήσουν να τρέφονται θα τους προσέξουν οι γύρω τους και θα τους δώσουν την προσοχή που τους αξίζει. Είναι μια αντιδραστική συμπεριφορά που κάποιες φορές οδηγεί στην ανάπτυξη της ανορεξίας (Παπανικολάου Ε, 1998) .

Οι τύποι του πατέρα είναι ο αυστηρός, όπου αυτός κάνει κουμάντο στο σπίτι, ο αδύνατος, αυτός που δεν έχει λόγο για τίποτα και γίνονται όλα από τη μητέρα, ο συναισθηματικός και ο δημοκρατικός (Οικογένεια και Όρια, 2000).

Ο θεραπευτής Ronald Liebman όταν θεράπευε μία δεκατετράχρονη παρατήρησε ότι η σχέση της μητέρας με την κόρη χαρακτηριζόταν από υπερβολική ανάμειξη. Ο πατέρας και η γιαγιά από την πλευρά της μητέρας είχαν σχηματίσει ένα συνασπισμό που απομόνωνε τη μητέρα μέσα στο υποσύστημα των ενηλίκων. Η μόνη δυνατότητα της μητέρας να φανεί αποτελεσματική και επαρκής βρισκόταν στη σχέση που είχε με την κόρη της.

Η παρουσία της γιαγιάς αποκαλύπτει ότι αυτή ασκεί την εκτελεστική εξουσία στην οικογένεια. Η ισχύς και η επάρκεια της μητέρας χάνονται και εξαφανίζονται ενώπιον της μητέρας ή της πεθεράς της, με αποτέλεσμα οι γονείς να χάνουν την προσωπικότητά τους και να δίνουν λάθος αξίες στα παιδιά τους. Από τη στιγμή που οι ίδιοι οι γονείς δεν έχουν προσωπικότητα, ούτε τα παιδιά θα αναπτύξουν τη δική τους και θα αφήνουν άλλους να αποφασίζουν για αυτά.

3.4 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ως σωματική κακοποίηση ορίζουμε την «χρήση βίας ή άλλων ηθελημένων, ‘όχι τυχαίων’ πράξεων εις βάρος παιδιών –ατόμων έως δεκαοχτώ ετών- από γονείς ή άλλα πρόσωπα, η οποία προκαλεί πόνο, τραυματισμό ή μόνιμη βλάβη στη σωματική και κάθε άλλη λειτουργία και ανάπτυξη του παιδιού» (Παπανικολάου Ε, 1998).

Αναγνωρίζουμε πως η κακοποίηση των παιδιών από τους γονείς τους είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων που σχετίζονται, όχι μόνο με τους γονείς, αλλά και με τη δυσλειτουργία της οικογένειας και με κοινωνικο- οικονομικούς παράγοντες. Έρευνες που έγιναν στο Virtual School έδειξαν πως οι γονείς που κακοποιούν σωματικά τα παιδιά τους είναι άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες για φροντίδα και στήριξη τόσο από κοινωνικούς φορείς, όσο και από ψυχολόγους. Μπορεί να χαρακτηρίζονται από:

- Σοβαρές ψυχικές δυσκολίες
- Περιορισμένες νοητικές ικανότητες
- Συναίσθημα ανεπάρκειας για το γονεϊκό ρόλο
- Έντονες ανάγκες για εξάρτηση και προσοχή από τους άλλους
- Κακές σχέσεις με τους δικούς τους γονείς
- Εκδηλώνουν σπάνια θετικές αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους
- Τάση να αντιλαμβάνονται και να περιγράφουν το παιδί με τρόπο αρνητικό, περιγράφοντας το δηλαδή ως δύσκολο, κακό ή και προβληματικό.

Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στο παιδί που συμβάλλουν στην αναγνώριση του προβλήματος είναι τα παρακάτω:

- Μελανιές ή σημάδια από χτύπημα
- Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα
- Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα
- Πληγές ή εκδορές
- Δηλητηρίαση
- Υποσκληρίδιο αιμάτωμα

- Εσωτερικές κακώσεις
- Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα

Κατά την εφηβική ηλικία, το κακοποιημένο παιδί εκδηλώνει συναισθηματικές δυσκολίες, αντιδράσεις και συμπεριφορές όπως:

- Φοβισμένη και επιφυλακτική στάση απέναντι στους άλλους και απέναντι στο σωματικό άγγιγμα, κυρίως όταν βλέπει απότομες κινήσεις, όπως το σήκωμα του χεριού
- Έχει «παγωμένο βλέμμα», ιδιαίτερα μετά το βίαιο επεισόδιο
- Έντονη ανησυχία και υπερκινητικότητα
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη, στεναχώρια ή απάθεια, απόσυρση - καταθλιπτικά συμπτώματα
- Χαμηλή επίδοση στο σχολείο
- Διαταραχές συμπεριφοράς. Ο έντονος θυμός και η επιθετικότητα που βιώνει ο έφηβος μπορεί να εκδηλώνονται ως αντιδραστική ή επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε συνομήλικους ή μεγαλύτερους. Επίσης, έχει μια καταστροφική συμπεριφορά σε παιχνίδια και άλλα αντικείμενα, καθώς επίσης και μια αυτο-επιθετική συμπεριφορά –χαράζει καρπούς, μπράτσα και κάνει απόπειρες αυτοκτονίας(Agathonos, Georgopoulou E., 1997, p.p 257-271).

Ένα από τα αποτελέσματα των συναισθηματικών αντιδράσεων είναι η Νευρογενής Ανορεξία. Είναι συνέπεια όλων όσων έχει περάσει ο έφηβος. Δεν έχει διάθεση να φάει αφού περνάει το δικό του Γολγοθά μέσα από τη σωματική κακοποίηση. Οδηγείται στην ανορεξία και στο συνεχή φόβο νέου κρούσματος κακοποίησης. Η καταστροφική συμπεριφορά που υιοθετεί μέσα από την κακοποίηση που δέχεται δεν αφορά μόνο την καταστροφή των παιχνιδιών του, των διαφόρων προσωπικών και οικογενειακών του αντικειμένων αλλά και του ίδιου του εαυτού του. Γίνεται επιθετικός προς τους άλλους και προς τον εαυτό του, έχοντας ως αποτέλεσμα την άρνηση αποδοχής βοήθειας από τους ειδικούς και την οικογένεια του (Αγάθωνος, Γεωργοπούλου E., 1990).

Σωματική κακοποίηση μπορεί να δεχθεί ένας ανήλικος όταν ένας από τους γονείς του ή και οι δύο γονείς είναι ψυχικά διαταραγμένοι ή πάσχουν από κατάθλιψη ή όταν

αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα που δεν μπορούν να λύσουν. Τότε γίνονται πραγματικά βίαιοι απέναντι στον ανήλικο και απαιτούν από αυτόν να κάνει ότι «διατάζουν» αυτοί. Αντίθετα όταν δεν γίνει αυτό που απαιτήσουν, επιβάλλουν στο ανήλικο παιδί μια τιμωρία. Η τιμωρία αυτή συχνά είναι το κλείσιμο στο δωμάτιο του και η απαγόρευση του να κατέβει να φάνε όλοι μαζί ως οικογένεια. Η συμπεριφορά αυτή οδηγεί σε λανθασμένα αισθήματα για το παιδί, σε αισθήματα ανικανότητας για την πραγματοποίηση των επιθυμιών που έχουν οι γονείς του. Οι συχνές τιμωρίες τύπου απαγόρευσης κατανάλωσης φαγητού μαζί με τα αισθήματα φόβου και ανικανότητας οδηγούν στην ανορεξία. Συχνά αυτά τα συναισθήματα που αναπτύσσει τον οδηγούν σε απερίσκεπτες πράξεις, όπως είναι η απόπειρα αυτοκτονίας γιατί την θεωρεί ως λύση σωτηρίας.

3.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών μέσα στα πλαίσια της οικογένειας αποτελεί στις μέρες μας ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Σύμφωνα με τον Kempe το 1978, σεξουαλική κακοποίηση είναι «η εμπλοκή εξαρτώμενων, ανώριμων ως προς την ολοκλήρωση της ανάπτυξης, παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, τις οποίες δεν κατανοούν συνειδητά, για τις οποίες δεν είναι σε θέση να δώσουν έγκυρη συναίνεση και οι οποίες παραβιάζουν τις αντιλήψεις της κοινωνίας όσον αφορά τους οικογενειακούς ρόλους».

Ο γενικός αυτός ορισμός συμπεριλαμβάνει διάφορες μορφές σεξουαλικής παραβίασης από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία.

Η σεξουαλική κακοποίηση επισύρει κοινωνική ενοχή, ακόμη περισσότερο όταν συμβαίνει μέσα στην ίδια την οικογένεια με την παραβίαση του αιμομικτικού φραγμού, με συνέπεια να εντοπίζεται και να αποκαλύπτεται δυσκολότερα από άλλες μορφές κακοποίησης. Για αυτό το λόγο τα περιστατικά που βλέπουν το φως της δημοσιότητας είναι ελάχιστα.

Ο ισχυρός και παθολογικά στενός δεσμός μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι ένας παράγοντας που οδηγεί σε σεξουαλική κακοποίηση. Άλλοι παράγοντες είναι τα προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού, η άγαμη μητέρα, τα διάφορα σοβαρά οικογενειακά προβλήματα, η παρουσία πατριού ή συντρόφου της μητέρας και η σύγχυση των οικογενειακών ρόλων καθώς και η απουσία ορίων (Agathonos, Georgoroulou E., 1997).

Το παιδί-θύμα συνήθως δε φέρει ορατές σωματικές κακώσεις, συνεπώς η σεξουαλική του κακοποίηση γίνεται αντιληπτή μέσα από χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του. Το θλιμμένο και απομονωμένο παιδί, το παιδί με παραβατική συμπεριφορά και επιθετικότητα, γενικότερα το παιδί με έντονα προβληματική συμπεριφορά ενδέχεται να έχει τραυματικές εμπειρίες μέσα στην οικογένεια, όχι όμως απαραίτητα σεξουαλική κακοποίηση. Το παιδί χαρακτηρίζεται επίσης από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα στιγματισμού, απομόνωση, δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων και ομαλής σεξουαλικής ζωής. Ως έφηβοι, τα θύματα παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό πρόωρο ξεκίνημα σεξουαλικών επαφών, εγκυμοσύνες στην εφηβεία και σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη (Παπανικολάου E., 1998).

Τα χαρακτηριστικά του δράστη, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, είναι σε ποσοστό 75% άντρες, άτομα γνώριμα στο παιδί, στα οποία δείχνει εμπιστοσύνη. Οι δράστες περιγράφονται ως άτομα με κυριαρχική συμπεριφορά, στερημένα στην παιδική ηλικία ή φέρουν οι ίδιοι εμπειρίες διαφόρων μορφών βίας, σωματικής κακοποίησης, παραμέλησης, σεξουαλικής ή ψυχολογικής κακοποίησης. Ειδικότερα ο πατέρας δράστης ζηλεύει και επιθυμεί το παιδί του, στη ζωή του οποίου επεμβαίνει έντονα, ανεξάρτητα από την ηλικία του και συχνά είναι ένα άτομο που αναζητάει στη σχέση με τη γυναίκα του μια εξιδανικευμένη εικόνα της μητέρας του. Τυπικός δράσης είναι συνήθως ο πατέρας, θύματα κορίτσια, αν και όλο και περισσότερα κρούσματα παρουσιάζονται με δράστες γυναίκες και θύματα αγόρια.

Ιδιαίτερο είναι το ενδιαφέρον που προκαλεί η στάση της μητέρας απέναντι στη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών από τον άντρα της ή τον εραστή της. Τις περισσότερες φορές γνωρίζει τι συμβαίνει είτε γιατί της το έχει εκμυστηρευτεί το παιδί, είτε γιατί το έχει αντιληφθεί. Συχνά, στο όνομα του οικογενειακού δεσμού, όχι μόνο δεν στηρίζει το

παιδί της στην αποκάλυψη της κακοποίησης, αλλά πολλές φορές το παροτρύνει να μην αντιδρά και να υπακούει στο δράστη ή ακόμη το κατηγορεί πως λει ψέματα. Η μητέρα συνεπώς συμβάλλει καταλυτικά στην απόκρυψη του προβλήματος στην προσπάθεια της να διατηρήσει τον ίδιο τον οικογενειακό πυρήνα, αλλά και την εικόνα του προς τα έξω, σύμφωνα με τις κοινά αποδεκτές κοινωνικές αξίες. Διότι η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού μέσα στην οικογένεια ταυτίζεται σχεδόν πάντα με την παραβίαση του αιμομικτικού φραγμού, που στις σύγχρονες κοινωνίες προκαλεί την κοινωνική απέχθεια και υψηλές δικαστικές ποινές (Παπανικολάου Ε, 1998, τόμος 1, τεύχος 1).

Επομένως στις προσπάθειες από κοινωνικούς φορείς για την αποκάλυψη και τη θεραπεία του προβλήματος έρχονται να προστεθούν και οι κοινωνικές αντιλήψεις ή καλύτερα οι προκαταλήψεις αναφορικά με την ευθύνη και το βαθμό αθωότητας των θυμάτων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας πρόσφατης μελέτης (Finkelhor, 1994) που έγινε σε 14 ευρωπαϊκές χώρες, όσον αφορά στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι το 33% των σεξουαλικών κακοποιήσεων κοριτσιών και το 23% των σεξουαλικών κακοποιήσεων αγοριών συμβαίνουν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Από την ίδια μελέτη προκύπτει ότι οι συνθήκες και τα ποσοστά συχνότητας του φαινομένου στη χώρα μας δε διαφέρουν αισθητά από άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τα στοιχεία αυτά είναι (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1992):

- 1:8 κορίτσια και 1:10 αγόρια μπορεί να είναι θύματα κάποιας μορφής σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ηλικία των 18 ετών
- 1:25 κορίτσια και 1:33 αγόρια έχουν αναφέρει σε κάποιον ότι έχουν υποστεί βιασμό ή αιμομιξία
- 1:4 δράστες είναι μέλος της οικογένειας
- 1:2 δράστες είναι γνωστός ή οικογενειακός φίλος
- 8:10 φορές το παιδί μπορεί να είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής κακοποίησης

Η σεξουαλική κακοποίηση στην τρυφερή ηλικία της εφηβείας οδηγεί τον έφηβο στην άρνηση κατανάλωσης τροφής. Ιστορικό τραύματος στην παιδική ηλικία και ιδιαίτερα σεξουαλικής κακοποίησης, συχνά αναφέρεται σε έφηβες με Διαταραχή

Πρόσληψης Τροφής, σε ποσοστά που ποικίλλουν από 7-69%, όπως αναφέρει η Παιδοψυχίατρος του πανεπιστημίου Πατρών Σταθοπούλου. Η Ψυχογενής Ανορεξία κατανοείται ως μια άλλη άποψη μετατραυματικής διαταραχής. Το τελευταίο που σκέφτεται είναι το φαγητό και το πρώτο η επόμενη ασελγής πράξη που θα δεχθεί. Είναι ένας τρομαγμένος, θλιμμένος, αντικοινωνικός, απομονωμένος και επιθετικός ανήλικας που δεν ξέρει πότε θα σταματήσει η κακοποίηση που ασκείται στον ίδιο. Πολλές φορές σιχαίνεται τον ίδιο τον εαυτό του και προσπαθεί να βρει σωτήριες λύσεις (Αγάθωνος, Γεωργοπούλου Ε., 1990). Προσπαθεί να δημιουργήσει μια ασπίδα γύρω από τον εαυτό του, μέχρι κάποιος δικός του άνθρωπος να καταλάβει τι περνάει και να τον λυτρώσει. Επιδιώκει να γίνει το κέντρο της προσοχής κάποιων ατόμων που μπορούν να τον βοηθήσουν προκαλώντας τους ανησυχία σε κάτι που θα έχει εμφανή αποτελέσματα, όπως είναι η ανορεξία. Θα προσέξουν ότι σταμάτησε να τρωει, ότι υπάρχει απώλεια βάρους και εσωστρέφεια και θα προσπαθήσουν να βοηθήσουν το κακοποιημένο παιδί ανακαλύπτοντας έτσι και το πρόβλημα της κακοποίησης που αντιμετωπίζει (Agathonos, Georgopoulou E., 1997).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι τεχνικές για την αντιμετώπιση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής έχουν βελτιωθεί σημαντικά από το 1930, όπου είχαν γίνει οι πρώτες προσπάθειες θεραπευτικής αντιμετώπισης με μεθόδους που στηρίζονταν στη Φροϋδική ψυχανάλυση. Οι εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα, οδηγούν ολοένα και σε καλύτερη έκβαση των διαταραχών διατροφής, τόσο στους εφήβους όσο και στους ενήλικες. Έχει βρεθεί πως αγχώδεις ασθενείς με διατροφικές διαταραχές αντιλαμβάνονται ασαφή ερεθίσματα ως απειλητικά (Jenkins H and K.Asen, 1992, p.p 10), θεωρούν πως αποτρεπτικά γεγονότα θα συμβούν στους ίδιους και αν όντως τους συμβούν, θεωρούν πως οι συνέπειες θα είναι πολύ δραματικές.

Βασικό πρώτο βήμα στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι η εμπλοκή της οικογένειας και ενός διατροφολόγου – διαιτολόγου. Η θεραπεία, μερικές φορές, πρέπει να γίνεται σε νοσοκομείο για να στεφθεί με επιτυχία. Αυτό κρίνεται απαραίτητο όταν ο ασθενής έχει χάσει πάρα πολύ βάρος, όταν αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, ακόμα και όταν έχει σοβαρές οργανικές διαταραχές. Κατά τη διάρκειά της μπορούν να χρησιμοποιηθούν παρεντερική διατροφή, οροί, ειδική διαιτητική αγωγή, ενώ προσδιορίζεται το βάρος εξόδου. Η επαναπρόσληψη βάρους επιτυγχάνεται με σταδιακή αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης θερμίδων. Η μέτρηση της αύξησης του βάρους και όχι της κατανάλωσης τροφής προφυλάσσει από τη δημιουργία συγκρούσεων με το νοσηλευτικό προσωπικό. Καλό είναι να μη χορηγείται ορμονική θεραπεία για την αποκατάσταση της εμμήνου ρήσεως μέχρι την πλήρη επαναπρόσληψη βάρους. Ακόμα η θεραπεία των διαταραχών διατροφής απαιτεί το συντονισμό διάφορων θεραπευτικών μεθόδων, που περιλαμβάνουν την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία.

Εκτός από την καθαρά ιατρική φροντίδα απαιτείται ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοήσουν το νοσηρό της κατάστασής τους και να συνεργαστούν για τη θεραπεία τους. Σε περιπτώσεις που δεν απαιτείται νοσηλεία, τη

θεραπευτική αντιμετώπιση αναλαμβάνει ομάδα ειδικών που αποτελείται από παθολόγο, ψυχίατρο, ενδοκρινολόγο και διαιτολόγο. Εκτός από την ίδια την πάσχουσα, στην αντιμετώπιση της διαταραχής πρέπει να συμμετέχουν και οι γονείς στο πλαίσιο ψυχοθεραπείας, είτε ως ζευγάρι και ανεξάρτητα από την ασθενή είτε από κοινού με αυτήν.

4.1.α ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο sir William Gull, το 1874, εισηγήθηκε ενδονοσοκομειακή θεραπεία ως τη μόνη λύση για θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας και αυτό γιατί οι ανορεξικοί αποχωρίζονται προσωρινά την οικογένεια και τους φίλους τους. Περιέγραψε την μορφή αυτής της θεραπείας ως «διατροφική αποκατάσταση και ηθικό δίδαγμα».

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, υπήρχε ένα εκπληκτικό οικονομικό κίνητρο για την παροχή φροντίδας των συγκεκριμένων ασθενών που ήταν στο νοσοκομείο, φουσκωμένες απαιτήσεις από τις κλινικές υπηρεσίες και πλατιά διαδεδομένες κακές πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία. Η κατάχρηση της ενδονοσοκομειακής θεραπείας ακολουθείται από αντιδράσεις. Ακόμη και σήμερα, το οικονομικό κόστος αυτών των νοσημάτων είναι πολύ υψηλό και δυσβάστακτο για τις οικογένειες των ασθενών. Οι ασθένειες αυτές διαρκούν για πολλά χρόνια, υπάρχουν σκαμπανεβάσματα της βαρύτητας της νόσου, πολλές φορές χρειάζεται νοσηλεία και απαιτείται πληθώρα επιστημόνων που θα ασχοληθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του (A. Dotti and R.Lazzari,1998, p.p190).

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να έχει ως σκοπό της ένα στρατηγικό βήμα ανάρρωσης από την Νευρογενή Ανορεξία με τη βοήθεια φαρμακευτικής αγωγής. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αποσκοπεί στην ανάκτηση του χαμένου σωματικού βάρους και στην αποκατάσταση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς για να μην μπει ξανά σε αυτή τη διαδικασία. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη όταν υπάρχουν καρδιακές αρρυθμίες, υποκαλιαιμία, γρήγορη και ανεξέλεγκτη απώλεια βάρους.

Είναι χρήσιμη για:

1. επιτυχή ανάκτηση του χαμένου βάρους και διακοπή της απώλειας βάρους σε ασθενείς που χρησιμοποιούν καθαρτικά ή που προκαλούν έμετο
2. διακοπή του τύπου υπερφαγίας
3. εκτίμηση και θεραπεία ενδεχομένως άλλων σοβαρών σωματικών επιπλοκών
4. θεραπεία συμπτωμάτων που συνδέονται με τη Νευρογενή Ανορεξία, όπως κατάθλιψη, στάσεις αυτο-τιμωρίας και τάσεις αυτοκτονίας
5. σύσταση προγράμματος για τον ασθενή και την οικογένεια του
6. επίτευξη των στόχων που θέτονται στην αρχή της θεραπείας

Όταν οι ασθενείς κάνουν τη θεραπεία τους σε νοσοκομείο τους επιβλέπουν και τους βοηθούν ειδικοί ιατροί, παθολόγοι, ψυχολόγοι και διαιτολόγοι. Σε συνεργασία με τους ασθενείς, οι ιατροί τους βοηθούν να καταλάβουν σε τι μεγάλο κίνδυνο έθεσαν τη ζωή τους και τους βοηθάνε να επανακτήσουν το βάρος τους και μαζί με αυτό και μια φυσιολογική ζωή.

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία θεωρείται ως μια εναλλακτική λύση για τους περισσότερους ασθενείς. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα θεραπείας αποτελείται από ψυχολόγο, διατροφολόγο, ενδοκρινολόγο, καρδιολόγο και παθολόγο. Συνεργάζονται μεταξύ τους, δημιουργώντας μια ομάδα που θα σώσουν τον ασθενή από αυτή την κόλαση. Ο κάθε ιατρός ξεχωριστά έχει την αρμοδιότητα του, ο διατροφολόγος πρέπει να τονίσει στον ασθενή τη σημαντικότητα της ανάκτησης του χαμένου σωματικού βάρους και να τον βοηθήσει να αντιληφθεί την έννοια της διατροφής. Ο ψυχολόγος με τη σειρά του βοηθάει τον ασθενή να δει την πραγματική εικόνα του σώματος του και ο παθολόγος αναλαμβάνει να επαναφέρει τον οργανισμό του στην κατάσταση που βρισκόταν πριν την ασθένεια του. Περισσότερη ανάλυση γίνεται στα παρακάτω υποκεφάλαια.

Μετά από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο, η θεραπεία ακολουθείται από ξεκάθαρους και συγκεκριμένους στόχους που θα βοηθήσουν στη θεραπεία. Η έμφαση που δίνεται σε κάποια προγράμματα σωστής αποκατάστασης βάρους θεωρείται ως κύριος στόχος στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αντίθετη στην άποψη της Hilde Bruch (1974), η οποία επέμενε στο ότι πρέπει οι ασθενείς να τρώνε όπως θέλουν μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο (David M. Garner, PhD and Paul E, pp 331).

Μερικές πρόοδοι που επιτυγχάνονται κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας την τελευταία δεκαετία είναι οι ακόλουθοι:

1. ανάπτυξη των πρώτων κατευθυντήριων γραμμών για συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές
2. αυξάνεται η αντίληψη των πολλαπλών ιατρικών επιπλοκών που συνδέονται με τη Νευρογενή Ανορεξία και παρουσιάζεται βελτίωση στη θεραπεία
3. απόδειξη ότι τα αποτελέσματα είναι τα ίδια σε άντρες και γυναίκες
4. θρεπτική αποκατάσταση κατά 3 pounds/βδομάδα
5. δραστικά αποτελέσματα της οικογενειακής θεραπείας μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία
6. ο θεραπευτής κατορθώνει να επανεντάξει τον ασθενή στην κοινωνία και στην οικογένειά του
7. ο ασθενής κατανοεί τις αξίες ζωής και επενδύει σε αυτές

Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνεται σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και εκπαιδεύεται στον τρόπο αντιμετώπισης τους. Βρίσκεται κοντά στον ασθενή όλο το εικοσιτετράωρο «ελέγχοντας» τις κινήσεις του, αποτρέποντας τον να προκαλεί εμετούς και δίνοντας του κουράγιο μέχρι η φυσική και ψυχολογική του κατάσταση να σταθεροποιηθεί (David M. Garner, PhD and Paul E, pp 342). Ενημερώνει τους θεράποντες ιατρούς για τη συμπεριφορά του ασθενή σε σχέση με τα άτομα που τον επισκέπτονται καθώς επίσης και για την πρόοδο που σημειώνει. Για να μην δημιουργηθούν προβλήματα μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή, δε ζυγίζουν την ποσότητα τροφής που πρόκειται να καταναλώσει ο ασθενής, ούτε και κρίνουν τη στάση του ασθενή απέναντι στο φαγητό, αλλά κάθονται κοντά στον ασθενή κατά τη διάρκεια του γεύματος και τον ενθαρρύνουν να φάει. Καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να δώσουν έμφαση στους φόβους του ασθενή προς το βάρος του και να χρησιμοποιήσουν το περιβάλλον του ασθενή ως ομαδική θεραπεία (David M. Garner, PhD and Paul E, pp 342). Βοηθάνε τον ασθενή να καταναλώνει τρία γεύματα τη μέρα, χωρίς να αγχώνονται για το σωματικό τους βάρος.

Η φαρμακευτική αγωγή που δίνεται σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία είναι τα αντικαταθλιπτικά όταν διακρίνεται κατάθλιψη σε ορισμένους ασθενείς (Needleman & Weber, 1997, Hudson, Pope, Jonas & Yurgelun – Todd, 1985).

Οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία χρειάζονται και χρόνια εξωνοσοκομειακή θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει πολλές συνεδρίες με ψυχολόγο και πολλές επισκέψεις σε διατροφολόγο.

4.1.β ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένοι, με αρκετά καλό υποστηρικτικό περιβάλλον, ο μεταβολισμός είναι σταθερός και η απώλεια βάρους δε συμβαίνει με ταχείς ρυθμούς, τότε η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακή βάση. Επίσης, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και ενωμένη βοηθάει το «άρρωστο» παιδί να ξεπεράσει το πρόβλημα εκτός νοσοκομείου. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ειδικών θεραπειών, δηλαδή διαιτολόγου και ψυχολόγου. Είναι μια μακροχρόνια θεραπεία που χρειάζεται αρκετή στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, καθώς επίσης και θέληση από τον ίδιο τον ασθενή.

Αποτελείται από εβδομαδιαίες συνεδρίες με τους θεραπευτές και συζητήσεις μαζί τους για ό,τιδήποτε τους απασχολεί. Από το πως νιώθει ο ασθενής μέχρι το τι καταναλώνει και πόσο. Ο ασθενής καταγράφει τα πάντα και με τη βοήθεια του ψυχοθεραπευτή προσπαθεί να εντάξει στην καθημερινότητά του το πρόγραμμα που είχε πριν την ασθένεια του,(σχολείο, παρέες, βόλτες, κ.λ.π).

Τα κριτήρια για εξωνοσοκομειακή θεραπεία είναι τα παρακάτω:

- 1.επαναλαμβανόμενες αποτυχίες σε ψυχολογική και διατροφική θεραπεία αποκατάστασης του χαμένου σωματικού βάρους
- 2.ο ασθενής δεν αποδέχεται καμία άλλη μορφή θεραπείας
- 3.αρκετά συμπτώματα που οδηγούν σε ιατρικά ρίσκα
- 4.οι γονείς, και πολλές φορές και ο ίδιος ο ασθενής, δεν θέλουν να γνωστοποιηθεί το πρόβλημα που υπάρχει στο σπίτι, με αποτέλεσμα να επισκέπτονται κρυφά κάποιο ιατρό (Jacalyn J. Robert - McComb (2001)).

Υπάρχουν πολλές πιθανότητες η εξωνοσοκομειακή θεραπεία να μην στεφθεί με επιτυχία και τότε ο ασθενής να χρειάζεται ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Η

εξωνοσοκομειακή θεραπεία τερματίζεται όταν ο ασθενής ανακτήσει το χαμένο βάρος, αρχίσει να σιτίζεται σωστά και αλλάξει τη στάση του σχετικά με το φαγητό.



4.1.γ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η σταθεροποίηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής παίζει ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία, γιατί οι ανορεκτικές είναι συνήθως αρκετά καχύποπτες σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία άρα μη συνεργάσιμες. Για το λόγο αυτό, ο θεράπωντας ιατρός δεν αμφισβητεί τις αντιλήψεις του ασθενή γύρω από το βάρος και το σχήμα του σώματος του, αλλά θέτει το ζήτημα της ρεαλιστικότητας των αντιλήψεών του. Προσπαθεί να τον βοηθήσει να αντιληφθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης του και τον κίνδυνο στον οποίο έθεσε τον εαυτό του, συζητώντας και αναλύοντας τις απόψεις του σχετικά με το σωματικό του βάρος και τη σωματική του εικόνα, καθώς επίσης και τους λόγους που οδήγησαν τον ασθενή στην ανορεξία.

Ο αρχικός στόχος της ιατρικής σταθεροποίησης είναι να διαχωρίσει τα συμπτώματα της πείνας, τα οποία είναι μέρος της ευθύνης της μείωσης της ενέργειας του σώματος και της θρεπτικής αποκατάστασης και τον τρόπο αντιμετώπισης τους από τον ασθενή. Επίσης στόχος της θεωρείται και η αποκατάσταση των βλαβών του οργανισμού και μεταβολισμού του ασθενή που είναι αποτελέσματα αυτής της διαταραχής.

Ο θεράπωντας ιατρός πραγματοποιεί μια σειρά εξετάσεων για να δει σε τι κατάσταση βρίσκεται ο ασθενής. Οι εξετάσεις αυτές αφορούν την καρδιά, το κεντρικό νευρικό σύστημα, τα νεφρά, τα επίπεδα της κορτιζόλης και της φλοιοτρόπου ορμόνης, καθώς επίσης πραγματοποιούνται και αιματολογικές εξετάσεις. Στη συνέχεια προσπαθεί με τη βοήθεια ψυχολόγου και διατροφολόγου να επαναφέρει την ασθενή στα φυσιολογικά πλαίσια διατροφής και συμπεριφοράς, προτείνοντας συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή.



4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ψυχολόγος με ειδική ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει τον ασθενή να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται, για τον εαυτό του, το σώμα του, τα κιλά του, αλλά και θα βοηθήσει τον πάσχοντα ασθενή να ξεπεράσει όλες τις αρνητικές και λανθασμένες

αντιλήψεις που έχει για τον κόσμο, τους άλλους και τη ζωή. Επίσης θα βοηθήσει να ξεπεράσει τα ψυχολογικά του προβλήματα, ούτως ώστε να σκέφτεται και να δρα διαφορετικά. Μπορεί, επίσης, εκτός από την ατομική ψυχοθεραπεία, να του προτείνει να ακολουθήσει ομαδική θεραπεία ή να παρακολουθήσει μαζί με την οικογένεια του ένα πρόγραμμα ψυχοθεραπείας. Η ψυχολογική θεραπεία που χρησιμοποιείται περισσότερο στις διατροφικές διαταραχές χωρίζεται στη συμπεριφοριστική – γνωσιακή και στην οικογενειακή.

4.2.α ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ - ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελείται από δύο λέξεις "γνωσιακή", "συμπεριφοριστική" που αντιστοιχούν στα δύο σημαντικά συστατικά της θεραπείας, τα οποία λειτουργούν συνδυαστικά με τις αντίστοιχες τεχνικές τους για την επίλυση προβληματικών καταστάσεων. Ο όρος 'γνωσιακή' αναφέρεται στις "γνωσίες" ή σκέψεις, πεποιθήσεις, αντιλήψεις κ.τ.λ. Ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύονται τα γεγονότα είναι αντικείμενο διερεύνησης. Μπορεί ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύεις τα γεγονότα αυτά να οδηγήσει στο σχηματισμό μίας αρνητικής εντύπωσης για το τι συμβαίνει στην ζωή του ασθενή, ακόμη και αν τα αντικειμενικά γεγονότα δε συμφωνούν με τη δυσάρεστη εικόνα που ο ασθενής τους αποδίδει. Ο όρος 'συμπεριφοριστική' αναφέρεται στην σύνδεση μεταξύ των διαφόρων μορφών συμπεριφοράς και των συνθηκών μέσα στις οποίες εμφανίζονται. Βασική αρχή της συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι ότι η κάθε μορφή συμπεριφοράς είναι μαθημένη, και επομένως μπορεί να τροποποιηθεί μέσα από μία νέα διαδικασία μάθησης.

Πρόκειται για θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού κι ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό. Πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας έχουν αναπτυχθεί με στόχο την αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων των ασθενών σε θέματα εικόνας του σώματος και διατροφής. Συχνά οι διαταραχές διατροφής χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου στη σίτιση και η ανάπτυξη αυτοελέγχου είναι

από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας. Αντίθετα, όταν η απώλεια του βάρους είναι αποτέλεσμα υπερβολικού αυτοελέγχου, βαρύτητα δίνεται στην υιοθέτηση πιο ελαστικών σχημάτων ελέγχου της συμπεριφοράς.

Σε κάθε περίπτωση, πριν από την έναρξη της όποιας ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας, θα πρέπει οπωσδήποτε να εκτιμηθεί η αναγκαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης ή ενδεχομένως της νοσοκομειακής περίθαλψης του ασθενή με νευρογενή ανορεξία. Σε περίπτωση όπου η απώλεια βάρους είναι μεγάλη, υπάρχουν διαταραχές στο μεταβολισμό ή κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας είναι απαραίτητη η νοσοκομειακή περίθαλψη βραχείας διάρκειας.

Η σταθεροποίηση κατάλληλης θεραπευτικής σχέσης παίζει ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία, γιατί οι ανορεκτικές είναι συνήθως αρκετά καχύποπτες σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία και μη συνεργάσιμες. Για το λόγο αυτό ο ψυχοθεραπευτής δεν αμφισβητεί τις αντιλήψεις του ασθενή γύρω από το σχήμα του σώματος του και του βάρους του αλλά θέτει το ζήτημα της ρεαλιστικότητας των αντιλήψεων του. Οι συνήθειες γνωσιακές τεχνικές είναι γνωσιακή ασυμφωνία, γνωσιακή πρόβα, ρεαλιστικότερες φράσεις προς τον εαυτό, εύρεση διεργασιακών λαθών και τροποποίηση εσφαλμένων αντιλήψεων. Όσον αφορά στις συμπεριφοριστικές τεχνικές, ο θεραπευτής χρειάζεται να ενισχύει σταθερά τον ασθενή για τη διατήρηση του βάρους και να θέτει ο ίδιος ενισχυτές, για το φαγητό και την επανάκτηση του χαμένου βάρους (Δρ. Άλφρεντ Άντλερ, (1923)).

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία επινοήθηκε αρχικά από τον Beck για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών. Βασίστηκε στην παρατήρηση ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς προβαίνουν σε αρνητικές δυσλειτουργικές σκέψεις (γνωσίες) σχετικά με τον εαυτό τους, το μέλλον τους και το περιβάλλον/κόσμο (γνωσιακή τριάδα του Beck). Αυτές οι γνωσιακές στρεβλώσεις ("σιωπηρές παραδοχές") θεωρείται ότι γεννιούνται από πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, και, στην κατάθλιψη, εκδηλώνονται ως καταθλιπτικές γνωσίες ("αυτόματες σκέψεις"), τις οποίες ο ασθενής ενθαρρύνεται να αμφισβητήσει. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιώντας κατευθυντικές μεθόδους και αντιμετωπίζοντας τα τρέχοντα προβλήματα, αποσκοπεί στη μεταβολή αυτών των σημαντικών εσωτερικών πεποιθήσεων και στάσεων. Η ψυχοθεραπεία αυτή χρησιμοποιείται επίσης σήμερα στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους, των

διαταραχών της πρόσληψης τροφής (ειδικά της βουλιμίας), της σχιζοφρένειας και κάποιων διαταραχών της προσωπικότητας (Burnham J. B., 1986).

Τα χαρακτηριστικά της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι:

- α) ότι είναι σύντομης διάρκειας (π.χ. 3 μήνες),
- β) εστιάζει την προσοχή της στα τωρινά προβλήματα και όχι τόσο στο παρελθόν όπως άλλες,
- γ) βασίζεται στην στενή συνεργασία του θεραπευτή και του θεραπευομένου και
- δ) βασίζει το αποτέλεσμα της περισσότερο στην δουλειά που θα κάνει ο θεραπευόμενος μεταξύ των συνεδριών στο σπίτι του και όχι τόσο εντός των συνεδριών.

Συγκεκριμένα, η συμπεριφοριστική θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας περιλαμβάνει (M. De Twaan, 1996):

- Εντοπισμό σκέψεων, αποδοχή συναισθημάτων
- Κατανόηση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη δυσλειτουργική συμπεριφορά
- Αναγνώριση των αρνητικών αυτόματων σκέψεων, έλεγχος εγκυρότητας, τροποποίηση
- Αποδοχή πιο ρεαλιστικών ερμηνειών των γεγονότων
- Αναγνώριση και τροποποίηση ιδιαίτερα εκείνων των σχημάτων που οδηγούν σε αντιλήψεις που διατηρούν τη Νευρογενή Ανορεξία

Σε πρώτη φάση, λοιπόν, η θεραπευτική προσπάθεια επικεντρώνεται στην ανάκτηση του σωματικού βάρους. Σε πολλές περιπτώσεις, η προσπάθεια αυτή αποτελεί το πιο εύκολο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Το ανορεκτικό άτομο μπορεί να έχει ανακτήσει το βάρος που χρειάζεται με την έξοδο του από το νοσοκομείο, αλλά αυτό δε σημαίνει πως έχει ταυτόχρονα απαλλαγεί από τις διατροφικές του συνήθειες. Αν δεν υπάρξει καμία παρέμβαση σε αυτό το επίπεδο, το άτομο μπορεί να αρχίσει ξανά να χάνει

βάρος εφόσον οι διαταραγμένες του αντιλήψεις εξακολουθούν να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του.

Για το λόγο αυτό, η θεραπευτική προσπάθεια θα πρέπει στη συνέχεια να επικεντρώνεται στην τροποποίηση των διαταραγμένων αντιλήψεων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με γνωσιακές – συμπεριφορικές τεχνικές, οι οποίες δεν εστιάζονται μόνο στις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις συνήθειες του ατόμου σχετικά με το φαγητό, αλλά παρεμβαίνουν και στο επίπεδο του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (Garner & Needleman, 1977). Αυτή η προσέγγιση δεν απαιτεί οπωσδήποτε από τον ειδικό να βλέπει ταυτόχρονα όλη την οικογένεια, αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική η θεραπεία αν ο ειδικός βλέπει ατομικά το κάθε μέλος της οικογένειας του ασθενή.

Οι θεραπείες οι οποίες στηρίζονται στη φαρμακευτική αγωγή φαίνεται πως μπορεί να έχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου αυτές συνδυάζονται με γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία.

Συγκεκριμένα, η συμπεριφοριστική θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας διαρκεί ένα με δύο χρόνια και αποτελείται από τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει το χτίσιμο της εμπιστοσύνης του ασθενούς στους ψυχοθεραπευτές και τη ρύθμιση των θεραπευτικών παραμέτρων. Διαρκεί ένα μήνα και αποτελείται από οχτώ συνεδρίες. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την αλλαγή στάσης του ασθενή απέναντι στο φαγητό. Αυτό επιτυγχάνεται με πολλές συζητήσεις και αναλύσεις για τη χρησιμότητα της τροφοδότησης του οργανισμού μας με τα κατάλληλα θρεπτικά συστατικά, καθώς και γνωστοποιώντας το ιδανικό του βάρος. Στη τρίτη και τελευταία φάση, ο ασθενής βλέπει άλλες παρόμοιες καταστάσεις που υποτροπίασαν και έφθασαν στα τελευταία στάδια της ασθένειας αυτής οδηγώντας τους εαυτούς τους σε βέβαιο θάνατο. Έτσι προετοιμάζονται για τον τερματισμό της θεραπείας και ανάπτυξη συγκεκριμένων τεχνικών για περιορισμό των πιθανοτήτων υποτροπιάσεων. Οι συνεδρίες είναι καθορισμένες για δύο φορές τη βδομάδα, όπου η πρώτη φάση, διαρκεί ένα μήνα. Στη δεύτερη φάση, όπου έχει διάρκεια ένα χρόνο, οι συνεδρίες γίνονται μία φορά την εβδομάδα και 1 φορά κάθε δύο βδομάδες κατά τη διάρκεια της τρίτης φάσης που διαρκεί έξι μήνες.

Πρόκειται για θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού κι ενθαρρύνεται η συζήτηση σε θέματα υγείας και αντιλήψεων σχετικά με το φαγητό. Πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας έχουν αναπτυχθεί με στόχο την αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων των ασθενών σε θέματα που αφορούν στην εικόνα του σώματος και της διατροφής. Συχνά οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου της σίτισης και της ανάπτυξης αυτοελέγχου και είναι από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας. Είναι η πλέον καθιερωμένη θεραπεία, η οποία αναπτύχθηκε από τον Fairburn (1997) και τους συναδέλφους του. Στην συμπεριφοριστική θεραπεία ανήκει και η ενδοπροσωπική θεραπεία, η οποία ανακαλύφθηκε από τον Klerman (1984) ως βραχυπρόθεσμη θεραπεία για την κατάθλιψη και τις διατροφικές διαταραχές. Η ενδοπροσωπική θεραπεία αναλύει τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις του ασθενή σχετικά με το πως αντιλαμβάνεται τα διάφορα γεγονότα που προκύπτουν στη ζωή του.

Χωρίζεται σε τρία στάδια:

1. αναγνώριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής και που τον οδήγησαν στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας
2. θεραπεία των προβλημάτων αυτών και αναγνώριση της ασθένειας από τον ασθενή
3. αποτελεσματική θεραπεία και τερματισμός της

Ο συνδυασμός της συμπεριφοριστικής και της ενδοπροσωπικής θεραπείας για ένα περίπου χρόνο οδηγούν σε επιτυχή θεραπεία.

Οι κύριες αρχές της συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι η βασική επίγνωση των συνεπειών αυτής της ασθένειας και το χτίσιμο εμπιστοσύνης ανάμεσα στους θεραπευτές και τον ασθενή. Επιπλέον, η ανάκριση, η οποία αποτελείται από την ψυχανάλυση του ασθενή και την καταγραφή των όσων αισθάνεται και πιστεύει ο ασθενής θεωρείται ως θεραπευτικό μέσο. Θεωρείται έτσι, γιατί αποτελεί μέσο βοήθειας στο θεραπευτή και εύκολη παροχή πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή.

**Μέθοδοι παρέμβασης συμπεριφοριστικού τύπου στην Ψυχογενή Ανορεξία:
Συμπεριφοριστικές μέθοδοι:**

1. Προγράμματα λειτουργικής ενίσχυσης

→ αύξηση βάρους: ενισχύσεις/ προνόμια/ συμβόλαια

→ μείωση μεθόδων ελέγχου: ενισχύσεις/ προνόμια/ συμβόλαια

Ο ασθενής παρακολουθεί ένα πρόγραμμα που έχει ως στόχο την αποκατάσταση του χαμένου σωματικού βάρους και τη μείωση των μεθόδων ελέγχου, αναπτύσσοντας έτσι σχέσεις εμπιστοσύνης ανάμεσα στους θεράποντες ιατρούς και τον ασθενή. Στόχος είναι η αποκατάσταση φυσιολογικής λήψης τροφής, το καθημερινό ζύγισμα και η παρακολούθηση ακόμη και δύο ώρες μετά το φαγητό για αποτροπή του πιθανού επιθυμητού προκλητού εμετού από τον ασθενή. Όταν ο ασθενής αποδεκτεί όλη αυτή τη διαδικασία και τη βοήθεια που του προσφέρεται τότε αρχίζει σιγά σιγά να θεραπεύεται.

Προγράμματα αυτοελέγχου (αυτοπαρατήρηση – αυτοανάλυση – αυτοανίχνευση)

- στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων
- παίξιμο ρόλου και γνωσιακές πρόβες
- χαλάρωση
- ενεργοποίηση ευχάριστων και μη συνδεδεμένων με τη λήψη τροφής δραστηριοτήτων
- «αντιανορεκτική» μίμηση προτύπου και σταδιακή έκθεση στα φυσιολογικά πρότυπα εικόνας σώματος
- «πρωτόκολλα διατροφής»
- διαχείριση διατροφής

Ο θεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί και να αποδεκτεί τη φυσιολογική εικόνα σώματος και να επιλύσουν μαζί τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Βοηθάει τον ασθενή να χαλαρώνει και να αποκτήσει καινούργιες και ευχάριστες δραστηριότητες που δεν έχουν σχέση με τη διατροφή και τη γυμναστική έτσι ώστε να δεχθεί πιο εύκολα τη θεραπεία που του προσφέρεται.

Γνωσιακές μέθοδοι (Garner D., Friedman L. ,1994)

- εντοπισμός, έλεγχος αξιοπιστίας και τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων
- κατανόηση της αλληλεπίδρασης σκέψεων, συναισθημάτων και ανορεκτικής συμπεριφοράς
- αναγνώριση των αρνητικών αυτόματων σκέψεων, έλεγχος εγκυρότητας, τροποποίηση
- αποδοχή πιο ρεαλιστικών ερμηνειών των γεγονότων

Με τις γνωσιακές μεθόδους διορθώνονται οι λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες και την ικανότητα τους να ελέγξουν τη ζωή τους. Διορθώνονται προβλήματα, συγκρούσεις και στοιχεία της προσωπικότητας τους, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή λήψης τροφής (Μάνος, Ν. 1997). Επίσης, ο θεραπευτής προσπαθεί να δώσει τα σωστά ερεθίσματα στον ασθενή σχετικά με τη σεξουαλικότητα του και την επικοινωνία που πρέπει να αποκτήσει με τους συνανθρώπους του.

Συνθετική ψυχοθεραπεία (Garner D., Friedman L. ,1994)

Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, ως διαπροσωπική προσέγγιση, δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της ανορεξίας, αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους.

Παρέχει:

- Υποστήριξη σε ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης,
- Μοίρασμα εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα,
- Ψυχοθεραπευτική βοήθεια ώστε να δουν τα μέλη της ομάδας ανεπίγνωστα κομμάτια της προσωπικότητας και των σχέσεών τους στο παρελθόν τα οποία εμπλέκονται στην ανάπτυξη της προβληματικής τους στάσης & συμπεριφοράς,

- Επεξεργασία θεμάτων όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος κ.α.,
- Υποστήριξη, ιδέες και στρατηγικές από άλλους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο αντιμετώπισης,
- Εκπαίδευση των μελών για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους, τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές,
- Εκμάθηση εναλλακτικών και μη δυσλειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς,
- Εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

4.2.β ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συστημική θεωρία βασίστηκε στη γενική θεωρία συστημάτων (Bertalanfy, 1968). Πρόκειται για μια θεωρία η οποία αναπτύχθηκε αρχικά στο χώρο της μηχανικής, για να βρει αργότερα εφαρμογή και σε άλλες επιστήμες, όπως η οικονομία, η βιολογία, και η πληροφορική. Η συστημική θεωρία πρόσφερε μια εναλλακτική λύση σε αυτό το αδιέξοδο δείχνοντας τον τρόπο με τον οποίο η σκόπιμη συμπεριφορά εμφανίζεται ως ιδιότητα ενός συστήματος που αποτελείται από απλά στοιχεία τα οποία όμως δεν χαρακτηρίζονται από σκοπιμότητα (Burnham J. B., 1986).

Πάνω στην ίδια λογική, η συστημική θεωρία βρήκε εφαρμογή και στο χώρο της ψυχοθεραπείας & της συμβουλευτικής, αντιμετωπίζοντας τα ανθρώπινα «προβλήματα» ως εγγενείς και δυναμικές ιδιότητες των κοινωνικών συστημάτων και ιδιαίτερα της οικογένειας, και όχι ως χαρακτηριστικό των ατόμων που απαρτίζουν αυτό το κοινωνικό σύστημα.

Οι συγγενείς των ανορεξικών σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας τους. Ο πιο πολλοί εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετέψουν τον άνθρωπό τους να φαι. Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα αλλά συνήθως δυσκολεύουν την κατάσταση

του ανορεξικού. Οι οικογενειακοί θεραπευτές βλέπουν την ανορεξία σαν μια κατάσταση που γεννιέται και συντηρείται από το οικογενειακό σύστημα. Υπογραμμίζουν την υπερπροστατευτικότητα, την υπερεμπλοκή και την αποφυγή της σύγκρουσης σαν χαρακτηριστικά των οικογενειών των ανορεξικών (American Psychiatric Association, 1994).

Στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης στη ψυχοθεραπεία & την συμβουλευτική, ο θεραπευόμενος κατανοείται κι αντιμετωπίζεται ως μέλος ενός συστήματος που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση κι «ανταλλαγή» πληροφοριών με τα υπόλοιπα μέλη του συστήματος (π.χ. της οικογένειας, της σχολικής τάξης, της επιχείρησής στην οποία δουλεύει, κ.λ.π.), αλλά και ταυτόχρονα με άλλα μικρότερα, ή μεγαλύτερα συστήματα, στα οποία είναι μέλος (Jones, E., 1993).

Το αίτημα του ατόμου -του ζευγαριού ή της οικογένειας- για βοήθεια εξετάζεται από τον συστημικό ψυχοθεραπευτή πάντα σε συνάρτηση με τον συγκεκριμένο ρόλο και θέση που κάθε μέλος του συστήματος έχει στην παρούσα φάση της εξέλιξής του (Burnham J. B., 1986).

4.2.γ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογένεια είναι ένα ανοικτό οικονομικό-πολιτισμικό σύστημα που βρίσκεται συνεχώς αντιμέτωπο με απαιτήσεις για αλλαγή. Αυτές οι απαιτήσεις πυροδοτούνται από τις βιοψυχοκοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν σε ένα ή περισσότερα από τα μέλη της οικογένειας και από τις ποικίλες πληροφορίες που εισρέουν από το κοινωνικό σύστημα στο οποίο κάθε οικογένεια είναι ενταγμένη. Μια δυσλειτουργική οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα το οποίο έχει αντιδράσει σε αυτές τις εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις για αλλαγή μέσω εμφάνισης στερεοτυπίας στη λειτουργικότητά του.

Υπάρχουν ηθικά, χρηματικά και πρακτικά εδάφη που συμπεριλαμβάνουν τους γονείς στη θεραπεία των ασθενών. Με τη βοήθεια της οικογένειας, ο ασθενής βρίσκει τη δύναμη να αρχίσει ένα πρόγραμμα θεραπείας και να ξεπεράσει τους φόβους του ως προς το κέρδος βάρους. Παύει να είναι αποστασιοποιημένος από τα πάντα και τον βοηθούν να επανενταχθεί στην κοινωνία. Στη θεραπεία οικογένειας ο στόχος είναι να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επικοινωνούν και δημιουργούν σχέσεις, όπως και οι σχέσεις τους με διάφορες ιδέες και καταστάσεις. Επίσης στοχεύει στην βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας και στην ανάπτυξη δεσμών εμπιστοσύνης του ασθενή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας για να μπορέσει να δεχθεί τη βοήθεια τους. Η αλλαγή αυτή θα επιφέρει αλλαγή και στο άτομο το οποίο εμφανίζει το πρόβλημα. Με βάση τη συστημική προσέγγιση (επειδή η θεραπεία οικογένειας βασίζεται στην αντίληψη της οικογένειας ως συστήματος, το οποίο υπόκειται στις αρχές λειτουργίας των ζωντανών συστημάτων, ο όρος οικογενειακή θεραπεία χρησιμοποιείται ως ταυτόσημος με τον όρο συστημική θεραπεία [Griffin & Green, 1998]), η εκδηλούμενη προβληματική συμπεριφορά θεωρείται αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του όλου συστήματος. Η έννοια ότι η ισορροπία στα συστήματα επιτυγχάνεται μέσα από τη συνεχή επικοινωνία και την αλληλοαντίδραση των ενοτήτων τους οδήγησε στη συστημική θεραπεία. Βασικό χαρακτηριστικό της οικογενειακής θεραπείας είναι ότι ο θεραπευτής θεωρεί τη συμπεριφορά αποτέλεσμα ενός ευρύτερου πλαισίου. Η διεύρυνση του πλαισίου αποτελεί βασική έννοια στη συστημική προσέγγιση. Η έννοια του πλαισίου περιλαμβάνει όλες τις αλληλεπιδράσεις που πραγματοποιούνται ανάμεσα στις ενότητες ενός συστήματος, όπως και ανάμεσα στο συγκεκριμένο σύστημα και στο υπερσύστημα ή υποσύστημα στο οποίο επικοινωνεί. Από αυτές τις αλληλοεπιδράσεις οι διαπροσωπικές σχέσεις, και ιδίως οι σχέσεις αυτές μέσα στην οικογένεια, αποτελούν το βασικό μηχανισμό για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και κατ' επέκταση το βασικό μηχανισμό για την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς (ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΑΠΑΔΙΩΤΗ – ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, 2000). Με βάση την αρχή ότι τα συστήματα εξασφαλίζουν την ισορροπία τους μέσα από τη συνεχή επικοινωνία και αλληλοαντίδραση των ενοτήτων τους και τη λειτουργία τους ως ένα όλο, θεωρείται ότι είναι απαραίτητο να υπάρχει το «πρόβλημα» για να εξυπηρετήσει τη λειτουργία του συγκεκριμένου συστήματος.

Για το λόγο αυτό στη θεραπεία οικογένειας δεν δίνεται τόση σημασία στο σύμπτωμα, στην εκδηλούμενη δηλαδή συμπεριφορά, αλλά στις διεργασίες μέσα στην οικογένεια που καθιστούν απαραίτητη την παρουσία του. Η εκδηλούμενη προβληματική συμπεριφορά θεωρείται ότι αποτελεί το τελευταίο στάδιο σε μια σειρά από ενδιάμεσες, ηπιότερες, αρνητικές καταστάσεις.

Συνήθως, η συνεργασία με την οικογένεια κρίνεται απαραίτητη και βοηθητική, ιδιαίτερα για τις έφηβες ασθενείς. Ο θεραπευτής παροτρύνει τα μέλη της οικογένειας να μην ασχολούνται με τις διατροφικές συνήθειες της ασθενούς (έτσι ώστε να μην αντλεί την προσοχή της οικογένειας της μέσα από αυτό), να αποφεύγουν τα σχόλια γύρω από το φαγητό κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να συζητούν ευχάριστα θέματα και κυρίως να μην ετοιμάζονται ξεχωριστά και ιδιαίτερα γεύματα για την ασθενή. Βασικό στοιχείο στην οικογενειακή θεραπεία, είναι ο θεραπευτής να δίνει ιδιαίτερη σημασία στη δομή της οικογένειας και στον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι αλληλοαντιδράσεις των μελών της. Εξετάζει τους κανόνες που ρυθμίζουν τις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη, τη φύση των ορίων που υπάρχουν μεταξύ των υποσυστημάτων και τις συμμαχίες που έχουν διαμορφωθεί (Fishman HC, 2006). Ο οικογενειακός θεραπευτής παρατηρεί και προσπαθεί να αλλάξει τις σχέσεις. Αν δεν εστιάσει την προσοχή του στις σχέσεις, δεν κάνει οικογενειακή θεραπεία, ακόμη και όταν στη θεραπευτική συνεδρία συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας (ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΑΠΑΔΙΩΤΗ – ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, 2000). Στη θεραπεία οικογένειας ο στόχος είναι να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επικοινωνούν και δημιουργούν σχέσεις, όπως και οι σχέσεις τους με διάφορες ιδέες και καταστάσεις. Η αλλαγή αυτή θα επιφέρει αλλαγή και στο άτομο το οποίο εμφανίζει το πρόβλημα.

Επιστημονικά αποτελέσματα (Hall, 1987; Russell, Szmukler, 1990; Crisp et al, 1991) και κλινικοί ιατροί προτείνουν την οικογενειακή θεραπεία ως κάτι υποχρεωτικό κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Αυτό, κυρίως, συμβαίνει για τους ασθενείς που είναι κάτω των δεκαοχτώ χρόνων, που ζουν στο πατρικό τους, και έχουν ένα σταθερό οικογενειακό περιβάλλον (Russell et al., 1987; Dare et al. 1990; Crisp et al., 1991). Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία συχνά προσφέρει στην οικογένεια την ευκαιρία να γίνουν τα μέλη της μια δραστική ομάδα. Τα μέλη της οικογένειας δεν κατηγορούνται για τα προβλήματα του παρελθόντος, μάλλον, εκλαμβάνουν την ανησυχία και την

υποστήριξη με το μήνυμα ότι η οικογένεια αλλάζει τις ανάγκες που προκύπτουν μαζί με τη βελτίωση του ασθενή.

Μια προσέγγιση στην οικογενειακή θεραπεία, η οποία περικλείει όλες τις ηλικίες και τις οικογενειακές μονάδες ως ένα, και είναι ρεαλιστική και ευέλικτη, χρησιμοποιεί στοιχεία συμπεριφοριστικής παρέμβασης (Vanderlinden & Vandereycken, 1991). Η θεραπεία εστιάζεται στα εδώ και τώρα θέματα που διευκολύνουν τις αλλαγές στην οικογένεια. Η θεραπευτική ομάδα ζητάει βοήθεια από την οικογένεια, υποστήριξη και συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, γιατί ο ασθενής πρέπει να νοιώθει ότι η οικογένεια του είναι στο πλάι του και θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει το πρόβλημα αυτό.

Η οικογενειακή θεραπεία πιθανότατα να έχει πολλούς στόχους και σκοπούς. Περιλαμβάνει τον περιορισμό των οικογενειακών ορίων, επιμορφώνει την οικογένεια σχετικά με την αιτιολογία και τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας. Επιπλέον, μπορεί να αποτρέψει τις ευθύνες, να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να επικοινωνήσουν περισσότερο και να βοηθήσουν τον ασθενή να γίνει περισσότερο ανεξάρτητος (Hall, 1987). Στα πλαίσια της συγκεκριμένης θεραπείας καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα ακατάλληλο για την ηλικία του ασθενή στυλ ξεχωριστής οικογενειακής λειτουργίας, το οποίο περιλαμβάνει περισσότερη επικοινωνία με την οικογένεια του έτσι ώστε να μπορέσει να δεχτεί τη βοήθεια που του προσφέρει. Ο κύριος σκοπός είναι να προετοιμάσουν και να προωθήσουν την μετάβαση του ασθενή στην ενηλικίωση και τις σχέσεις γονιού – παιδιού.

Ως αποτέλεσμα της θεραπείας η οικογένεια μετασχηματίζεται. Γίνονται αλλαγές στο οργανωμένο σύνολο των προσδοκιών που διέπουν τη συμπεριφορά των μελών της. Έτσι, τελικά μεταβάλλεται ο εξωεγκεφαλικός, μη οργανικός νους κάθε μέλους της οικογένειας και αλλάζει η ίδια η εμπειρία του κάθε ξεχωριστού ατόμου. Αυτός ο μετασχηματισμός είναι σημαντικός για όλα τα μέλη της οικογένειας, αλλά είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τον υποδεικνυόμενο ασθενή, ο οποίος απελευθερώνεται από τη θέση του αποκλίνοντος μέλους (Minuchin, 1974).

Ο οικογενειακός θεραπευτής πρέπει να αλλάξει την οικογενειακή δομή, δηλαδή η γυναίκα να μην είναι πια το πρόσωπο το οποίο επιβάλλει τους κανόνες και στο οποίο ο σύζυγος είναι διαλλακτικός και υποτάσσεται, αλλά ο άνδρας να αποκτήσει κύρος και

γόητρο, εξασφαλίζοντας μεγαλύτερη εκτίμηση από τη γυναίκα του και αποκτώντας αυτοεκτίμηση.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το διαγνωστικό μοντέλο για μια ψυχοσωματική οικογένεια βοηθά τον θεραπευτή να προσεγγίσει την ανορεξία. *«Στην οικογενειακή θεραπεία, μερικές φορές είναι χρήσιμο ο θεραπευτής να προκαλεί και να αναπτύσσει κρίσεις, οργανώνοντας τις συναλλαγές της οικογένειας με τέτοιο τρόπο ώστε να εξαναγκάζεται η οικογένεια να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές πιέσεις που καταπίεζε μέχρι τότε»* (Minuchin, 1974). Ο θεραπευτής κατά την παρακολούθηση των κρίσεων που προκύπτουν, δημιουργεί βιωματικές καταστάσεις κατά τις οποίες τα μέλη της οικογένειας καλούνται να μάθουν να αντιμετωπίζουν το ένα το άλλο με καινούργιους και διαφορετικούς τρόπους.

Ο κυριότερος στόχος είναι η εξαφάνιση του συνδρόμου της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ο δεύτερος στόχος είναι ο μετασχηματισμός που πρέπει να επέλθει στο υποσύστημα των συζύγων. Αυτό απαιτεί την αύξηση των υποστηρικτικών συναλλαγών ανάμεσα στους συζύγους, της μητέρας και του πατέρα, οι οποίοι ανατρέφουν τα παιδιά τους έχοντας μια σχέση αμοιβαίας υποστήριξης. Η μητέρα πρέπει να απεμπλακεί από τα γονεϊκά της καθήκοντα, για να εξοικονομήσει περισσότερο χώρο για τις λειτουργίες μέσα στο συζυγικό υποσύστημα. Αλλά και η δέσμευση που αναλαμβάνει ο πατέρας απέναντι στα καθήκοντα του ως γονέας είναι απαραίτητο να αυξηθεί, έτσι ώστε να αποκτήσει τη δυνατότητα να έρχεται σε άμεση επαφή με τα παιδιά του, χωρίς να μεσολαβεί πρώτα η μητέρα. Με άλλα λόγια, η λειτουργία της μητέρας ως συνδέσμου πρέπει να εξαφανιστεί. Ο τρίτος στόχος της θεραπείας είναι η πρόκληση ενός μετασχηματισμού στο υποσύστημα των αδελφών. Η παγιδευτική εμπλοκή που επικρατεί στη λειτουργία του υποσυστήματος αυτού πρέπει να μειωθεί και τα όρια να ανοίξουν, ώστε τα παιδιά να μπορούν να αλληλεπιδρούν με τους γονείς τους και τον εξωοικογενειακό κόσμο χωρίς να επιλέγουν έναν αντιπρόσωπο για να προβάλλει τις ανάγκες τους. Επιπλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει αυξημένη αυτονομία που να ταιριάζει στην ηλικία του κάθε παιδιού. Ο τέταρτος στόχος της θεραπείας είναι να γίνει δυνατή η διαμόρφωση αποτελεσματικών δυάδων ή τριάδων στο συνολικό οικογενειακό σύστημα. Ο βαθμός ελαστικότητας μέσα στα υποσυστήματα πρέπει να αυξηθεί και η διάχυση και παγιδευτική εμπλοκή να μειωθούν. Πρέπει να καλλιεργηθεί η σαφής και

απρόσκοπτη επικοινωνία ανάμεσα σε όλα τα μέλη της οικογένειας (Minuchin, 1974), για να αναγνωρισθεί η πραγματική φύση των συναλλαγών τους.

Το θεωρητικό πλαίσιο της Συμπεριφοριστικής θεραπείας της οικογένειας (σύμφωνα με την κλινική ψυχολόγο Ντιάνα Χαρίλα, Ι.Ε.Θ.Σ 2000):

Αρχές:
1. Το πρόβλημα του παιδιού δεν είναι πλέον πρόβλημα του ίδιου του παιδιού, αλλά πρόβλημα όλης της οικογένειας <p style="text-align: right;">(Συστημική αρχή)</p>
2. Οι αντιδράσεις του ατόμου (γονέων, παιδιού, κ.α.) - εκφραζόμενες ως συναισθηματικές ή ως εξωτερικευμένες συμπεριφορές – στα διάφορα γεγονότα της ζωής, διαμορφώνονται περισσότερο από τις ερμηνείες που δίνει το άτομο σε αυτά, παρά από τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά αυτών των γεγονότων <p style="text-align: right;">(Γνωσιακή αρχή)</p>
3. Η συμπεριφορά των μελών της οικογένειας θεωρείται ως γεγονός ζωής που ερμηνεύεται και αξιολογείται από όλα τα μέλη της οικογένειας <p style="text-align: right;">(Γνωσιακή – Συστημική αρχή)</p>

Παρεμβατικές τεχνικές της Γνωσιακής- Συμπεριφοριστικής Θεραπείας Οικογένειας

A. Γνωσιακές Παρεμβάσεις

Παραδείγματα τεχνικών: α) αλλαγή επιλεκτικών αντιλήψεων

β) τροποποίηση μη ρεαλιστικών αποδόσεων, αιτιών και προσδοκιών

γ) τροποποίηση μη ρεαλιστικών υποθέσεων και αξιών

B. Συμπεριφοριστικές Παρεμβάσεις

Παραδείγματα τεχνικών: α) ασκήσεις επικοινωνίας

β) ασκήσεις για επίλυση προβλημάτων

γ) τεχνικές και μέθοδοι θεραπείας για τη συμπεριφορά των ασθενών

(Ντιάνα Χαρίλα, Ι.Ε.Θ.Σ 2000)



4.3 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η διατροφή πρέπει να γίνεται μηχανικά, δηλαδή ο ασθενής πρέπει να τρωει ακόμα και όταν υποστηρίζει πως δεν πεινάει, σύμφωνα με τις καθορισμένες ώρες και το προκαθορισμένο σχέδιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εμπλέκεται ολοκληρωτικά ένα λεπτομερές πλάνο διατροφής καταγράφοντας τις ώρες γεύματος και τις ποσότητες που καταναλώνονται. Πρέπει να μάθουν οι ασθενείς να εκλαμβάνουν την ιδέα της αποκατάστασης του χαμένου σωματικού βάρους ως μέρος της θεραπείας και να αποφεύγουν τις ενοχές.

Ο διατροφολόγος – διαιτολόγος θα σχεδιάσει ένα ισορροπημένο και υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, που θα περιλαμβάνει σταθερές ώρες φαγητού και πλήρη μενού

ώστε να μάθει το άτομο να τρωει σωστά και να παίρνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης, θα μάθει το άτομο να έχει ημερολόγιο διατροφής το οποίο θα ελέγχεται όσον αφορά στην ποιότητα και στην ποσότητα της καθημερινής τροφής. Θα βοηθήσει στην σωστή αξιολόγηση και εκτίμηση των ενδείξεων της ζυγαριάς. Καθήκον του διατροφολόγου είναι η προσπάθεια που πρέπει να καταβάλει για να μάθει τον ασθενή τη χρησιμότητα και ωφελιμότητα των θρεπτικών συστατικών. Τα λίπη, οι αμυλούχες τροφές (όσπρια και ζυμαρικά) καθώς και το κόκκινο κρέας, αποτελούν τις κύριες τροφές για τις οποίες τα ανορεκτικά άτομα τρέφουν προκατάληψη και φόβο και οι οποίες πρέπει προοδευτικά να εισαχθούν στο καθημερινό διαιτολόγιο. Ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η διατροφή είναι ταυτόχρονα ζωτική ανάγκη, αλλά και προσωπική ευχαρίστηση με κοινωνικές προεκτάσεις. Τα γεύματα με την παρουσία της οικογένειας ή των φίλων είναι απαραίτητα. Η χορήγηση υγρών ακόμη και με καθετήρα μπορεί να είναι σωτήρια και συστήνεται όταν η από του στόματος σίτιση αποτύχει. (J. Lock, D. Le Grange, W.S Agras & C. Dare /New York 2000, p.p 270)

Οι βασικοί στόχοι της διατροφικής παρέμβασης στην ψυχογενή ανορεξία είναι η αποκατάσταση του βάρους σε υγιή επίπεδα και επαναφορά του ασθενή σε φυσιολογική σίτιση. Οι στρατηγικές όμως διαφοροποιούνται μεταξύ τους, έτσι στην ψυχογενή ανορεξία επικεντρώνονται στα παρακάτω σημεία:

- Στην αύξηση της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
- Στην προώθηση μιας νέας προσέγγισης των διαιτητικών επιλογών, η οποία δε βασίζεται στη θερμιδική περιεκτικότητα των τροφίμων
- Στο σχεδιασμό ισορροπημένου διαιτητικού πλάνου, με κατανομημένα γεύματα και σνακ κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Στο σταδιακό περιορισμό των τεχνικών που εφαρμόζει ο ασθενής για μείωση της θερμιδικής πρόσληψης και έλεγχο του αισθήματος πείνας
- Στην επανεκπαίδευση του ασθενή για τη σχέση μεταξύ διαιτητικής πρόσληψης και ενεργειακής κατανάλωσης, καθώς και των οργανικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της ήμι-ασιτίας και της επανασίτισης

Υπάρχει μία λεπτομερέστατη καταγραφή όλων όσων καταναλώνονται από τον ασθενή, τις ώρες και τις ποσότητες. Τις περισσότερες φορές, η αποκατάσταση της όρεξης παίρνει μήνες μέχρι και χρόνια για να επιτευχθεί. Για το λόγο αυτό πρέπει να ελέγχεται η διατροφή του ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Άρθρα:

- ✘ A. Dotti and R.Lazzari (1998), “Validation and reliability of the Italian EAT-26”, *Eating Weight Disord*, 3:188-194
- ✘ Amatzia Weisel, Tora Most and Rinat Michael (2007), “Mother’s stress and Expectations as a Function of Time Since Child’s Cochlear Implantation”, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1): 55 – 64
- ✘ American Psychiatric Association (1994):Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). American Psychiatric Association
- ✘ Anzengruber D., Klump K.L., Thornton L., Brandt H., Crawford S., Fichter M.M., Halmi K.A., Bulik C.M. (2006). “Smoking in eating disorders”. *Eating Behaviors*. 7,(4): pp. 291 – 299
- ✘ Araceli Gila, Josefina Castro, Jose Cesena and Josep Toro (March 2005), “Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning”, *Journal of Adolescent Health*, 36(3): pp221 – 226
- ✘ Bruch. H, (1973), “Eating Disorder. Obesity, Anorexia Neurosa and the Person Within”, *NY: Basic Books*
- ✘ Burnham J. B. (1986) - "Family Therapy". London , Routledge
- ✘ Castro – Fornieles J, Casula V, Saura B, Martinez E, Lazaro L, Vila M, Plana MT, Toro J (2006 Nov 1). “Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa”. *Int. J. Eat. Disord.* (Epub ahead of print)
- ✘ Cavedini P., Zorzi C., Bassi T. and others (2006 Dec 7), “Decision – making functioning as a predictor of treatment outcome in anorexia nervosa”, *Psychiatry research*, 145(2-3): 179 - 87
- ✘ Chuchra M, Drzazga K, Pawlowska B (2006 Jul – Aug). “Parent – child relations and sense of control in the perception of girls with anorexia”. *Psychiatr Pol.* 40,(4): 731 – 742
- ✘ Dizenhonz, Israel M., (x.x), “Children and Divorce”, *Varietes of Family Structure*
- ✘ D. Sampaio (1998), “Anorexia nervosa: individual and family assessment”, *European Psychiatry*, 13(4): pp 155s – 156s

- ✘ Ellen P. Mackenzie (August 1958), “The treatment of anorexia”, *The Journal of Pediatrics*, 53(2): pp 187 – 197
- ✘ Fairburn C., (1997), “Eating Disorders, C Science and Practise of Cognitive Behaviour Therapy”, *Oxford University Press*
- ✘ Fergusson D., Horwood J., Lynskey M., “Childhood Sexual Abuse, Adolescent Sexual behaviors and Sexual Revictimization”, *Child Abuse and Neglect*, Vol. 21, No 8, pp 789-803
- ✘ Fishman HC. (2006 Oct), “Juvenile anorexia nervosa: family therapy’s natural niche”, *Journal of marital and family therapy*, 32(4): 505 – 14
- ✘ Garner D, Friedman L, (1994). “Eating disorders. In Dattilio F, and Freeman A.”, *Gognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention The Guilford Press*
- ✘ Guido L.M. Pieters, Ellen P.A de Bruijn, Yvonne Maas, Wouter Hulstijn, Walter Vandereycken, Joseph Peuskens and Bernard G Sabbe (February 2007), “Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder”, *Brainand Cognition*, 63(1): pp 42 – 50
- ✘ Gull, W.W, (1874), “Anorexia Nervosa. Transactions of the Clinical Society of London”, 7, 22-28
- ✘ Hagenah U, Vloet T (2005 Apr). “Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders”. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 54,(4): 303 – 317
- ✘ Hjern A, Lindberg L, Lindblad F (2006 Nov). “Outcome and prognostic factors for adolescent female in – patients with anorexia nervosa: 9- to 14- year follow-up”. *Br J Psychiatry.* 189: 428 – 432
- ✘ Hudson, J. I, Pope, H.G, Jonas, J. M, & Yurgelun-Todd, D., (1985), Treatment of anorexia nervosa with antidepressants, *Journal of clinical Psychopharmacology*, 5: 17-23
- ✘ Ishida Y (2005 Mar). “Family – based therapy for adolescents with anorexia nervosa”. *Mayo Clin Proc.* 80,(3): 435
- ✘ Jenkins, H and K. Asen (1992), “Family Therapy without the family: A framework for systemic practice”, *Journal of Family Therapy*, 14:1-14

- ✘ J. Lock, D. Le Grange, W.S. Agras & C. Dare (New York 2000), “Treatment manual for anorexia nervosa: A family – based approach”, *Guilford Press*, pp xviii + 270
- ✘ Jones, E., (1993), *Family Systems Therapy*. London: Wiley
- ✘ Lasegue, E.C (1873), “De l’ anorexie hysterique. Archives Generales de Medecine”, 21: 385-404
- ✘ Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC (2005 Jul). “A comparison of short– and long- term family therapy for adolescent anorexia nervosa”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44,(7): 632 – 639
- ✘ Lock J., Couturier J., Bryson S., and others (2006 Dec), “Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial”, *The International journal of eating disorders*, 39(8): 639 – 47
- ✘ Mc Intosh W., Jordan J., Luty SE, and others (2006 Dec), :Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa”, *The International Journal of eating disorders*, 39(8): 625 - 32
- ✘ Meehan K.G., Loeb K.L., Roberto C.A., Attia E. (2006). “Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa”. *International Journal of Eating Disorders*. 39,(7): pp. 587 – 589
- ✘ M.Seán O’ Halloran and Arlene K. Weiner (2005), “Changing roles: Individual and Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa”, *The Family Journal*, 13(181)
- ✘ Megan A., Moreno and Mark Scott Smith (December 2006), “Subjective self – control and behavioural impulsivity coexist in anorexia nervosa”. *Journal of Adolescent Health*, 39(6): pp936 – 938
- ✘ Needleman, H. L & Weber, D. (1997), “The use of amitriptyline for inpatients with anorexia nervosa” *New York: Raven Press*, pp 357-362
- ✘ Popenoe D. (1988), “Disturbing the next-Family changes and decline in modern societies”, *New York: Aldine De Gruyter*, pp 162
- ✘ Reich G (2005 Apr). “Family relationships and family therapy of eating disorders”. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 54,(4): 318 – 336

- ✘ Ruhl U, Jacobi C (2005 Apr). “Cognitive – behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders”. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 54,(4): 286 – 302
- ✘ Santonastaso P, Zanetti T, De Antoni C, Tenconi E, Favaro A (2006 Nov – Dec). “Anorexia nervosa patients with a prior history of bulimia nervosa”. *Compr Psychiatry.* 47,(6): 519 – 522
- ✘ Schrauth M, Nikendei C, Kochling A, Martens U, Herzog W, Zipfel S (2006 Aug) “Family therapy within the treatment of eating disorders”. *Ther Umsch.* 63,(8): 551 – 554
- ✘ Strober M., Freeman R., Lampert C., Diamond J., Teplinsky C., DeAntonio M. (2006). “Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short – term prospective outcome in anorexia nervosa?”. *International Journal of Eating Disorders.* 39,(7): pp. 570 – 575
- ✘ Stone M., Briady J., Kohn MR., and others (2006 Dec), “Bone changes in adolescent girls with anorexia nervosa;”, *The Journal of adolescent health*, 39(6): 835 - 41
- ✘ Tajiri K., Shimizu Y., Tsuneyama K., Sugiyama T (2006). “A case report of oxidative stress in a patient with anorexia nervosa”. *International Journal of Eating Disorders.* 39,(7): pp. 616 – 618
- ✘ Takii M., Nosaki T., Kawai K., and others (2006), “Cognitive – behavioral therapy of behavior restriction for patients with anorexia nervosa”, *Psychiatria et neurologia Japonica*, 108(7): 724 - 9
- ✘ Tury F, Wildmann M (2006 Mar 19). “The role of family therapy in the treatment of extremely severe anorexia nervosa”. *Orv Hetil.* 147,(11): 517 – 520
- ✘ Wilsdon A. and Wade T.D (2006). “Executive functioning in anorexia nervosa: Exploration of the role of obsessionality, depression and starvation”. *Journal of Psychiatric Research.* 40,(8): pp. 746-754
- ✘ Wright S (2006 Jul). “Review of Liebman et al. ‘s’ An integrated treatment program for anorexia nervosa”. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 11,(3):475 – 482

- ✘ Yoel Elizur, Orli Wahrman and Linda Freeman (December 1999), “Cultural systemic therapy on the kibbutz: Community and family – based treatment of anorexia nervosa”, *Clinical Psychology Review*, 19(8): pp 969 – 985
- ✘ Παπανικολάου Ε (1998), «Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια. Σχολείο και παιδική προστασία», *Virtual school, The sciences of Education Online*, τόμος 1, τεύχος 1
- ✘ Δρ. Άλφρεντ Άντλερ, (1923), «Πρακτική της Ατομικής Ψυχολογίας», Λονδίνο, σελ. 3
- ✘ Ηλίας Γ. Μπεζεβέγκης, (1995), «Τύποι Γονέων», Αθήνα, pp66
- ✘ Karl Koning (1963), «Αδελφοί και Αδελφές», *Μπλοβέιτ, Ν.Υ: Εκδόσεις Σεντ Τζορτζ*, σελ.3

Βιβλία:

- ✘ Αγάθωνος, Γεωργοπούλου Ε., (1990), «Σεξουαλική παραβίαση παιδιών», Ψυχοκοινωνική Διάσταση, Αθήνα
- ✘ Agathonos, Georgopoulou E. (1997), “Child Maltreatment in Greece: A Review of research”, *Child Abuse Review*, Vol.6: 257-271
- ✘ Augustus Y. Napier, Ph.D, 1988, «Το ζευγάρι ο εύθραυστος δεσμός», Αθήνα
- ✘ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΑΠΑΔΙΩΤΗ – ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ(2000), «Οικογένεια και όρια: συστηματική προσέγγιση», Αθήνα
- ✘ Christopher G. Fairburn and Kelly D. Brownell, second edition (2002), “EATING DISORDERS AND OBESITY: A Comprehensive Handbook, *THE GUIFORD PRESS*, New York, London
- ✘ David M. Garner, PhD and Paul E. Garfinkel, MD (1997), “Handbook of Treatment for Eating Disorders”, second edition, *THE GUIFORD PRESS*, New York, London
- ✘ Hilde Bruch, (1973), “Eating Disorders: Obesity and Anorexia Nervosa”, *New York: Basic Books*
- ✘ Jacalyn J. Robert - McComb (2001), “EATING DISORDERS IN WOMEN AND CHILDREN: PREVENTION, STRESS MANAGEMENT AND TREATMENT”, *CRC PRESS*, Boca Raton, London, New York, Washington, D.C

- ✘ Kelly, J.B & Wallerstein, J.S, (1976), “The effects of Parental Divorser, Experiences of the Child in Early Latency”, *American Journal of Orthopsychiatry*
- ✘ Dr. Kevin Leman, (1989), “Growing up firstborn”, New York
- ✘ Μάνος Ν. (1997), «Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής», Αθήνα
- ✘ Marion Nestle, PhD (1987), «Διατροφή στην Κλινική πράξη», *Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισσιανός*, Αθήνα
- ✘ Minuchin Salvador (1974), “Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία”, by the president and Harvard College All Rights Reserved
- ✘ Wayne Billon, third edition, (1999), “CLINICAL NUTRITION: Case Studies”, West/Wadsworth, Belmont, CA., Albany, NY., Boston, Cincinnati, Johannesburg, London, Madrid, Melbourne, Mexico City, Pacific Grove, CA., Scottsdale, AZ., Singapore, Tokyo, Toronto
- ✘ Χάρης Δ. Κατάκη, (1984), «Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής οικογένειας», Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα