

Ο ρόλος των οικογενειακών και των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής

Ε. Σπανού, Φ. Μωρόγιαννης

Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας Δήμου Κόνιτσας, Ιωάννινα

Ψυχιατρική 2010, 21:41–53

Ένας μεγάλος αριθμός εργασιών στη διεθνή βιβλιογραφία έχει αναδείξει την πιθανή συμμετοχή βιολογικών παραγόντων στις διαταραχές πρόσληψης τροφής καθώς και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ασθενών που ευνοούν ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών αυτών. Η μελέτη της αιτιολογίας, ωστόσο, περιλαμβάνει και τη διερεύνηση οικογενειακών και κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων στο πλαίσιο του επικρατούντος πολυπαράγοντικού μοντέλου για την αιτιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να συγκεντρώσει βιβλιογραφικά δεδομένα, σχετικά με τους οικογενειακούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώνονται η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία. Η εργασία συμπεριέλαβε άρθρα από το 1995 μέχρι το 2005 μέσω αναζήτησης στα αρχεία της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων Medline (Pubmed) με όρους ευρετηρίου (MESH) για τις δύο διαταραχές. Σχετικά με το ρόλο της οικογένειας, οι παράγοντες που μελετήθηκαν περισσότερο ήταν η οικογενειακή δυσλειτουργία (family dysfunction), η υπερπροστατευτικότητα (overprotection) και η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση (sexual or physical abuse). Όσον αφορά στους ευρύτερους πολιτιστικούς παράγοντες δεν είναι ξεκάθαρο, αν τα δυτικά πρότυπα ζωής συνδέονται με την ανάπτυξη των διαταραχών αυτών ή αν απλώς δεν υπάρχουν πολιτισμικά ευαίσθητα εργαλεία που να ανιχνεύουν τις διαταραχές αυτές με τις διαφορετικές εκφάνσεις τους στο μη δυτικό κόσμο. Ενδιαφέρον παρουσίασε η απουσία ερευνών που να καταδεικνύουν φανερά τον πιθανό αρνητικό ρόλο των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Λέξεις ευρετηρίου: ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, αιτιολογία, οικογένεια, κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Εισαγωγή

Παρά την ύπαρξη μεγάλου αριθμού εργασιών για την επιδημιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής τα δεδομένα σχετικά με την επικράτησή τους στον πληθυσμό δεν είναι πάρα πολλά. Μια πρόσφατη έρευνα στην Αμερική με βάση τα κριτήρια του DSM-IV υποδεικνύει ότι η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας για τις γυναίκες είναι 0,9% και 1,5% αντιστοίχως και 0,3% και 0,5% για τους άντρες.¹ Αν και σύμφωνα με τα ποσοστά αυτά, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σχετικά σπάνιες, ωστόσο αποτελούν αντικείμενο έντονου ερευνητικού και κλινικού ενδιαφέροντος, καθώς σχετίζονται συχνά με άλλες ψυχικές ασθένειες, επιφέρουν σοβαρή διαταραχή της καθημερινής λειτουργικότητας, συχνά δεν τυγχάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, ενώ επιπλέον στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν υψηλή θνησιμότητα.

Η έρευνα για την αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής τελευταία έχει στραφεί στη διερεύνηση βιολογικών και γενετικών παραμέτρων που συμμετέχουν στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών μέσω της μελέτης μονοζυγωτικών διδύμων, υιοθεσίας, μελών της οικογένειας των ασθενών, χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των πασχόντων και των ενδοφαινοτύπων. Σημαντική, ωστόσο, έχει κριθεί και η συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων που δρουν τόσο στο επίπεδο της κοινωνίας γενικότερα, αλλά και της οικογένειας, ειδικότερα. Τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος φαίνονται να αλληλεπιδρούν με το εγγενές κληροδοτημένο βιολογικό υλικό, να διαμορφώνουν την προσωπικότητα των ασθενών και να οδηγούν μέσω άγνωστης –μέχρι στιγμής– παθογένειας στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Η σημασία της ανάδειξης των οικογενειακών, των κοινωνικών και των πολιτιστικών παραγόντων, είναι προφανής, καθώς η πληρέστερη κατανόηση κάθε φαινομένου, οδηγεί στην πιο έγκαιρη αντιμετώπιση, αλλά κυρίως στην πρόληψη. Η παρούσα ανασκόπηση συμβάλλει στη συγκέντρωση των δεδομένων για τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες παραθέτοντας ευρήματα μελετών που έχουν δημοσιευτεί στη δεκαετία 1995–2005. Η αναζήτηση των άρθρων

έγινε μέσω της βάσης δεδομένων Medline (PubMed) και συγκεκριμένα μέσω όρων ευρετηρίου (MESH) για τις λέξεις *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* και τις κατηγορίες *etiology* και *psychology*. Εκτός από τα χρονικά όρια, τέθηκαν περιορισμοί για το φύλο (γυναίκες), τη γλώσσα (αγγλικά) και επιπλέον το κριτήριο “not binge-eating” για λόγους μεθοδολογικούς. Για λόγους πρακτικούς, οι κοινωνικοί, οι πολιτιστικοί και οι οικογενειακοί, εξετάζονται ξεχωριστά.

Οικογενειακοί παράγοντες

Οικογενειακή δυσλειτουργία

Κύριος εκπρόσωπος των θεωριών για την οικογενειακή δυσλειτουργία ιδιαίτερα για τις οικογένειες των ανορεκτικών ασθενών είναι ο S. Minuchin που με τους συνεργάτες του είχε υποστηρίξει στη δεκαετία 1970–1980 ότι συγκεκριμένα δομικά και λειτουργικά σχήματα είναι χαρακτηριστικά των ψυχοσωματικών οικογενειών. Τα χαρακτηριστικά των ψυχοσωματικών οικογενειών που περιέγραψε ήταν: η παγιδευτική εμπλοκή (*enmeshment*), που αναφέρεται στο μεγάλο βαθμό υπερεμπλοκής, εισβολή σε προσωπικά όρια, έλλειψη ιδιωτικότητας, φτωχή διαφοροποίηση της αντίληψης του εαυτού από τα άλλα μέλη, η υπερπροστατευτικότητα (*overprotectiveness*) που αναφέρεται στην υπερβολική φροντίδα και έγνοια για την ευημερία του άλλου, η ακαμψία (*rigidity*) που αναφέρεται στην ισχυρή δέσμευση της οικογένειας στο να διατηρήσουν την υπάρχουσα κατάσταση, και η αδυναμία επίλυσης των συγκρούσεων (*lack of conflict resolution*) που λαμβάνει χώρα λόγω της χαμηλής ανοχής στη σύγκρουση και τη συχνή χρήση μηχανισμών παλινδρόμησης.²⁻⁷

Στις έρευνες που συμπεριελήφθησαν στην εργασία μας, οι οικογένειες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιγράφονται από τους ίδιους ως συνεκτικές, οργανωμένες και με χαμηλή ανεκτικότητα σε καυγάδες, ενώ εκείνων με ψυχογενή βουλιμία ως χαμηλής συνοχής και φροντίδας με υψηλά ποσοστά συγκρούσεων. Πιο πρόσφατες έρευνες σχετικά με τα στοιχεία αυτά φαίνεται να επιβεβαιώνουν σε γενικές γραμμές τα παραπάνω ευρήματα.²⁻⁷ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, των οικογενειών των ανορεκτικών ασθενών και εκείνων με βουλιμία, ερμηνεύεται από τους συγγραφείς ως αποφυγή από μέρους

των ασθενών με ανορεξία των συγκρούσεων και ως ανάγκη για θετική θεώρηση της οικογένειάς τους.⁵⁻⁷ Παρόλ' αυτά, στην έρευνα των Tozzi et al⁸ οι ασθενείς με ανορεξία αναγνώριζαν κάποιο βαθμό δυσλειτουργίας στην οικογένειά τους. Οι Laliberte et al⁹ σχολιάζοντας τις έρευνες για τη δυσλειτουργία της οικογένειας υποστήριξαν ότι υποδεικνύονται απλά κάποιοι παράγοντες του οικογενειακού περιβάλλοντος που δημιουργούν ένα ευάλωτο άτομο, χωρίς να σημαίνει ότι οδηγούν αποκλειστικά στην ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Θα μπορούσαν, δηλαδή, να προδιαθέτουν το άτομο για εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής ή διαταραχών προσωπικότητας. Στην έρευνα των Fornari et al² βρέθηκε ότι η διάγνωση της βουλιμίας είχε μεγαλύτερη συσχέτιση με τη δυσλειτουργία της οικογένειας από ό,τι εκείνη της καταθλιπτικής διαταραχής.

Γνωσιακοί παράγοντες και οικογενειακή δυσλειτουργία

Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι η οικογενειακή δυσλειτουργία σχετίζεται με την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας στις γυναίκες που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής, αλλά όχι μέσω άμεσης σχέσης. Έτσι, άρχισαν να εξετάζουν το ρόλο παραγόντων σχετικών με τη γνωσιακή συγκρότηση των ασθενών που παίζουν διαμεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στην οικογενειακή δυσλειτουργία και την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι γνωσιακοί αυτοί παράγοντες οργανώνονται αρχικά λόγω της οικογενειακής δυσλειτουργίας, αποτελούν σύνολα γνωσιών που αυτοαναπαράγονται, είναι σχετικά απόλυτοι ή μη αναίρεσιμοι και ανθίστανται στην αλλαγή.¹⁰ Έτσι, οι Leung et al¹¹ βρήκαν ότι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία και με ελλειμματική μητρική φροντίδα αναπτύσσουν την πυρηνική πεποίθηση ότι είναι ελλειμματικές οι ίδιες (θέτοντας μη ρεαλιστικά πρότυπα για τον εαυτό τους), ότι οι συναισθηματικές τους ανάγκες δε θα καλυφθούν ποτέ και ότι δεν πρέπει να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Αντιστοίχως, όταν η πατρική φροντίδα υπολείπεται, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αναπτύσσουν ανεπαρκή οργάνωση της ατομικής ταυτότητας, πίστη ότι οι στενές σχέσεις αναπόφευκτα θα τελειώσουν, ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τα ίδια τους τα συναισθήματα και ότι πρέπει να απαρνούνται τις

ανάγκες τους. Για τις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία παρατηρήθηκε το αντίθετο πρότυπο, όπου τα υψηλά επίπεδα αντίληψης γονεϊκής στοργής είχαν αρνητικό αποτέλεσμα, κάνοντάς τες να νιώθουν περισσότερο κοινωνικά ανεπιθύμητες και ευάλωτες στον κίνδυνο.

Οι MacBrayer et al¹² μελέτησαν το ρόλο των αρνητικών προτύπων στην οικογένεια, όπως η ύπαρξη μητέρων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία στις έφηβες του δείγματος, αλλά και το ρόλο των αρνητικών και μειωτικών σχολίων (πειράγματα) σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Βρέθηκε ειδικότερα ότι τα αρνητικά σχόλια από μέλη της οικογένειας ή συνομήλικους οδηγούσαν τις έφηβες στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι οι ζωές τους θα βελτιώνονταν πολύ αν ήταν λεπτόσωμες, ότι το φαγητό οδηγεί σε αίσθημα απώλειας ελέγχου, αλλά και ότι βοηθά να απαλυνθούν τα αρνητικά αποτελέσματα και η ανία.

Σε άλλη έρευνα¹³ μελετήθηκε ο ρόλος της ντροπής σε δύο επίπεδα, πρώτον όσον αφορά στην υπερευαίσθησία σε κοινωνικές περιστάσεις και δεύτερον σχετικά με τις αποτιμήσεις του εαυτού που πηγάζουν από χρόνια έκθεση σε περιστάσεις που φέρνουν ντροπή. Η ντροπή ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (shame-proneness) βρέθηκε να είναι επιβαρυντικός παράγοντας, ενώ η εσωτερικευμένη ντροπή (internalized shame), ο μεσολαβητής της σχέσης ανάμεσα στην πατρική υπερπροστασία και την εκδήλωση της διαταραχής, πιθανόν λόγω οιδιποδειακών αναπαραστάσεων που είναι απαγορευτικές και που οδηγούν σε βουλιμική συμπτωματολογία ως μηχανισμό αποτροπής τους.

Οι Meyer & Gillings¹⁴ μελέτησαν τον ενδιάμεσο ρόλο της διαπροσωπικής δυσπιστίας (mistrust) (που περιγράφει μια αίσθηση αποξένωσης και μια γενική απροθυμία για τη δημιουργία στενών σχέσεων) μεταξύ των πρώιμων γονεϊκών εμπειριών και της βουλιμικής διαταραχής, υποστηρίζοντας ότι, αν οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί μπορεί να δημιουργήσουν στα παιδιά τους την αντίληψη ότι οι άλλοι θέλουν να τα βλάψουν, με άμεσο αντίκτυπο στην ικανότητά τους να διαμορφώσουν στενές σχέσεις με άτομα έξω από την οικογένεια. Η απομόνωση και ο επακόλουθος πόνος, οδηγούν στη χρήση της βουλιμικής συμπεριφοράς ως τρόπου να αποφεύγεται

η έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων που νιώθουν. Βρέθηκε ωστόσο, ότι η δυσπιστία παρεμβάλλεται μερικώς μεταξύ της πατρικής μόνο υπερπροστατευτικότητας και της αναφοράς σε παρουσία και σοβαρότητα βουλιμικών συμπτωμάτων.

**Υπερπροστασία (overprotectiveness)–
αυξημένες γονεϊκές
προσδοκίες-τελειο-θηρία**

Η υπερπροστασία φαίνεται να είναι μια γονεϊκή συμπεριφορά που μελετήθηκε αρκετά ως παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι Shoebridge & Gowers¹⁵ βρήκαν ότι οι μητέρες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία τείνουν να είναι πιο αγχώδεις και υπερπροστατευτικές ευδομώνοντας την ανάπτυξη συγχυτικών και εξαρτημένων σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά έντονες συμπεριφορές υποταγής. Το άγχος αποχωρισμού που αναφέρθηκε από τους ασθενείς με διαταραχές πρόληψης τροφής, υποδηλώνει ανασφαλή τύπο προσκόλλησης. Οι Wade et al¹⁶ επίσης, σε μια μελέτη με διζυγωτικούς διδύμους βρήκε ότι, εκείνοι που έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία, παρουσίαζαν στο αναπτυξιακό ιστορικό τους χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ανέφεραν πως βίωσαν λιγότερη μητρική φροντίδα, αλλά περισσότερη υπερπροστασία όσο μεγάλωναν. Οι Bulik et al¹⁷ σε έρευνά τους με μονοζυγωτικούς διδύμους που έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία βρήκαν ότι οι δίδυμοι που νοσούσαν θεωρούνταν από τα αδέρφια τους ότι είχαν τύχει μεγαλύτερης φροντίδας από τους γονείς τους.

Αντιθέτως, οι Castro et al¹⁸ μελετώντας τις πρακτικές ανατροφής σε νεαρές ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία δε βρήκαν την απορριπτική στάση, τον έλεγχο ή την υπερπροστατευτικότητα να είναι μεγαλύτερη από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Μάλιστα οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν περισσότερη συναισθηματική ζεστασιά από τους πατέρες τους. Επίσης, στην έρευνα των Leung et al¹¹ η υπερπροστασία δε φάνηκε να έχει προβλεπτική αξία για την ανάπτυξη δυσλειτουργικών γνωσιακών σχημάτων.

Οι Rorty et al¹⁹ βρήκαν ότι οι γυναίκες του δείγμάτος τους που έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία, ανέφεραν μεγαλύτερη εμπλοκή των γονέων τους σε προσωπικά θέματα για τα οποία θα ήθελαν περισσό-

τερη αίσθηση της ιδιωτικότητας και της αυτονομίας (π.χ. προσωπικός χώρος, εμφάνιση, βάρος, σκέψεις και συναισθήματα) και λιγότερη εμπλοκή σε άλλες περιοχές, όπου εκείνες θα ήθελαν πιο στενή επαφή (π.χ. συναισθηματική υποστήριξη και διευκόλυνση προς την αυτονομία) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι μητέρες παρουσιάζονται πιο αδιάκριτες, με τάση να συμπεριφέρονται με φθόνο και ανταγωνιστικότητα προς τις κόρες τους, ενώ οι πατέρες δεν εισβάλλουν τόσο στην προσωπική τους ζωή, αλλά εμφανίζουν συμπεριφορά πιο σαγηνευτική ή σεξουαλική με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις διατροφικές συνήθειες των κοριτσιών τους από εκείνη του γενικού πληθυσμού.

Οι Murphy et al²⁰ σε μελέτη τους που περιελάμβανε και τις αδελφές ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρήκαν ότι οι ασθενείς ανέφεραν ότι ένιωθαν μεγαλύτερο έλεγχο από τις μητέρες τους από ό,τι οι αδελφές τους, εκδήλωναν ζήλια και ανταγωνιστικότητα προς αυτές και είχαν λίγες στενές σχέσεις ή φιλίες. Οι Karwautz et al,²¹ επίσης, βρήκαν ότι οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία αισθάνονταν λιγότερο αυτόνομες μέσα στην οικογένειά τους από τις αδελφές τους (ειδικά σε σχέση με τις μητέρες τους) και βρίσκονταν σε πιο αδύναμη θέση, εντός της οικογένειας. Επίσης, στην έρευνα των Berg et al²² οι ασθενείς που έπασχαν από βουλιμία αντιλαμβάνονταν τους πατέρες τους ως λιγότερο στοργικούς και περισσότερο ελεγκτικούς από γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Οι Kuba & Harris²³ μελετώντας διατροφικές διαταραχές σε Αμερικανίδες Μεξικανικής καταγωγής βρήκαν ότι ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την ανάπτυξη των βουλιμικών συμπτωμάτων και την υπερβολική ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος, ήταν η οικογενειακή αυστηρότητα, όπως ορίστηκε ως υπερβολική ενασχόληση της οικογένειας με το φαγητό, ως απόρριψη από τη μητέρα, ως επικυριαρχία της μητέρας στην οικογένεια και ως γνωσιακή ακαμψία στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Δύο μελέτες εξέτασαν τον παράγοντα των γονεϊκών προσδοκιών. Η μελέτη των Karwautz et al²⁴ διαπίστωσε την παρουσία υψηλών γονεϊκών προσδοκιών σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Η μελέτη των Young et al²⁵ με ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βρήκε, αντιθέτως, ότι όσο μεγαλύτερες γονεϊκές

προσδοκίες υπήρχαν, τόσο χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα βουλιμικής συμπεριφοράς. Αυτό, κατά τους συγγραφείς, πιθανώς να οφείλεται σε θεώρηση από τις ασθενείς των γονεϊκών προσδοκιών ως εκδήλωση ενδιαφέροντος και άρα να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα.

Η τελειοθηρία είναι ένα χαρακτηριστικό που συχνά έχει βρεθεί να σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία, αν και κάποιοι ερευνητές το συσχετίζουν και με τη ψυχογενή βουλιμία.^{26,27} Αρχικά αποτελούσε αντικείμενο ερευνών ως ένας παράγοντας ενιαίος. Πιο πρόσφατες έρευνες μελέτησαν την τελειοθηρία ως πολυδιάστατο παράγοντα περιλαμβάνοντας την τελειοθηρία που στρέφεται προς τον εαυτό (self-oriented perfectionism), την προσδοκία ότι οι άλλοι πρέπει να είναι τέλειοι (self-oriented perfectionism), ότι οι άλλοι προσδοκούν την τελειότητα από το άτομο (socially prescribed perfectionism), και την παρουσίαση του εαυτού στους άλλους ως τέλειου (perfectionistic self-presentation).^{26,28} Η προσδοκία της τελειότητας του ασθενή από τους άλλους (socially prescribed perfectionism) είναι εκείνη που σχετίζεται περισσότερο με την επίδραση της οικογένειας στην εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Οι McLaren et al²⁸ βρήκαν ότι τρεις διαστάσεις της τελειοθηρίας συνέβαλαν ουσιαστικά στην πρόβλεψη του διατροφικού περιορισμού: η τελειοθηρία που στρέφεται προς τον εαυτό, η πεποίθηση ότι οι άλλοι προσδοκούν την τελειότητα από το άτομο και η παρουσίαση του εαυτού στους άλλους ως τέλειου. Αυτό υπονοεί κατά τους συγγραφείς ότι οι μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις για την εμφάνιση και το βάρος του σώματος στις γυναίκες που κάνουν δίαιτα, προέρχονται από μια ποικιλία πηγών (ενδοπροσωπικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών αναπαραστάσεων του εαυτού) που όλα μπορούν να συνεισφέρουν στην αίσθηση της αποτυχίας και της ανικανότητας, όταν οι μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις δεν εκπληρώνονται.

Οι Halmi et al²⁹ μελέτησαν τη σχέση ψυχογενούς ανορεξίας και τελειοθηρίας σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών. Τα αποτελέσματα στηρίζουν τη θεωρία ότι η τελειοθηρία είναι ένα προεξάρχον χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. Οι ασθενείς διακρίθηκαν από

τις υγιείς γυναίκες της ομάδας ελέγχου από τις πιο έντονες προσπάθειές τους, τις ανησυχίες τους, την αποφυγή των λαθών στην καθημερινή ζωή και στην κριτική των γονέων τους, τις αμφιβολίες για την ορθότητα των πράξεών τους και την πιο ακραία υπακοή σε προσωπικά και γονεϊκά επίπεδα τελειότητας. Ο βαθμός της τελειοθηρίας βρέθηκε να είναι υψηλότερος από τον υγιή πληθυσμό για όλους τους τύπους ανορεξίας (περιοριστική-υπερφαγική-καθαριστική-άτυπη).

Γεγονότα ζωής στην οικογένεια

Η καταγραφή των γεγονότων ζωής της οικογένειας των ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτέλεσε αντικείμενο σειράς εργασιών. Σε έρευνα των Nilsson et al³¹ βρέθηκε να είναι πιο συχνό το γεγονός της παρουσίας θανάτου συγγενών πρώτου βαθμού στις οικογένειες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία που είχε σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις στη ζωή της οικογένειας. Μάλιστα αρκετοί από τους θανάτους, ήταν θάνατοι αδελφών, που είχαν πεθάνει πριν τη γέννηση των ασθενών. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας¹⁵ που βρήκε ότι η σειρά γέννησης του παιδιού στην οικογένεια είναι σημαντική, καθώς εννιά στις δέκα κόρες του δείγματος που έπασχαν από ανορεξία ήταν τα παιδιά που γεννήθηκαν μετά το θάνατο ενός παιδιού στην οικογένεια. Η σύνδεση ανορεξίας με το σύνδρομο του ευάλωτου παιδιού, όπως ονομάζεται, έχει γίνει και στην έρευνα των Rastam & Gilberg.¹⁵ Στην έρευνα των Speranza et al³² ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας, βρέθηκε να παρατηρείται σταθερά στο ιστορικό των πασχόντων, μαζί με το ιστορικό σωματικής ή ψυχικής διαταραχής που παρουσιάζει κάποιο μέλος της οικογένειας, όπως πχ. οι μητέρες που βρέθηκε να πάσχουν από κατάθλιψη σε υψηλά ποσοστά.

Το διαζύγιο, επίσης, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα. Σε αρκετές εργασίες³²⁻³⁴ βρέθηκε ότι οι κόρες χωρισμένων γονιών είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής, γεγονός που οι συγγραφείς συνδέουν με τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και το επίπεδο θετικής ή αρνητικής αυτοαξιολόγησης που παρουσιάζουν τα παιδιά μετά από ένα διαζύγιο.

Για το ρόλο της κακοποίησης και την πιθανή σχέση στη μελλοντική εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες, όσον αφορά στην ηλικία του παιδιού, τη μορφή κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική) και τη διάρκεια της. Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες, εκτός από το ότι δεν ορίζουν με ακρίβεια τι θεωρούν κακοποίηση,³⁵ δεν αναφέρουν από ποιον έχει γίνει, αν και το πιο συνηθισμένο για τις μικρότερες ηλικίες είναι αυτή να συμβαίνει από μέλη της ευρύτερης ή πυρηνικής οικογένειας. Συνοψίζοντας αυτά τα ευρήματα αρκετοί ερευνητές^{32,36-38} βρίσκουν περισσότερα γεγονότα ζωής σχετικά με την κακοποίηση κάθε μορφής σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σχέση με το φυσιολογικό πληθυσμό, ιδιαίτερα μάλιστα, όσον αφορά στις γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία. Σχετικά με τον τύπο της κακοποίησης, οι Anderson et al³⁹ βρήκαν ότι δεν έχει τόσο σημασία η φύση της κακοποίησης τελικά, αλλά αυτό καθαυτό το γεγονός ότι συνέβη. Αντιθέτως, στην έρευνα των Rayworth et al⁴⁰ βρέθηκε πως η ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής, πιθανόν να σχετίζεται περισσότερο με τη σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, αλλά όχι με τη σεξουαλική, ενώ οι Shoemaker et al⁴¹ έδωσαν ιδιαίτερη βαρύτητα και στην ψυχολογική κακοποίηση. Σε έρευνες πάντως που οι πάσχοντες από διαταραχές πρόσληψης τροφής συγκρίνονταν με ασθενείς άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (κατάθλιψη,⁴¹ άγχος,⁴¹ οριακή διαταραχή προσωπικότητας⁴²) δε βρέθηκαν πολύ μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις ομάδες ασθενών και μάλιστα οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής φάνηκε να βρίσκονται πιο κοντά στο φυσιολογικό πληθυσμό παρά στις άλλες διαταραχές⁴² γεγονός που ωθεί τους ερευνητές να υποθέσουν ότι η κακοποίηση είναι μάλλον προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη ενός φάσματος διαταραχών και όχι μόνο διαταραχών πρόσληψης τροφής.^{35,41,43}

Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Ο ρόλος του επιπολιτισμού

Με αφορμή τους ισχυρισμούς ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εμφανίζονται κυρίως στις δυτικές κοινωνίες, ένα μέρος της έρευνας έχει ασχο-

ληθεί με τη συχνότητα εμφάνισής τους σε διάφορα μέρη του κόσμου και τη μορφή των συμπτωμάτων με τα οποία εκδηλώνονται. Η επιρροή που φαίνεται να έχει η δυτική κουλτούρα σε άτομα που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς έχει ερευνηθεί αρκετά με βάση τον όρο του επιπολιτισμού (acculturation) που σημαίνει την υιοθέτηση των πολιτιστικών στοιχείων που ενστερνίζεται η πλειοψηφία μιας κοινωνίας (συνήθως δυτικής) από άτομα που εισέρχονται σε αυτή από μια άλλη κουλτούρα. Οι Lake et al⁴⁴ μελετώντας γυναίκες από το Χονγκ Κονγκ στην Αυστραλία βρήκαν ότι οι παραδοσιακές γυναίκες του Χονγκ Κονγκ είχαν σχεδόν το ίδιο υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας με το σώμα τους με τις Αυστραλές, σε αντίθεση με τις ενταγμένες στη δυτική κουλτούρα γυναίκες από το Χονγκ Κονγκ, γεγονός που δείχνει, κατά τους ερευνητές, ότι οι πιο παραδοσιακές γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, μεγαλώνοντας με δύο ομάδες πολιτιστικών αξιών και λόγω της πίεσης να προσαρμοστούν στη νέα κουλτούρα. Οι Granillo et al⁴⁵ σε έρευνά τους στην Αμερική βρήκαν ότι οι γυναίκες από τη Λατινική Αμερική διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές πρόσληψης τροφής σε ποσοστό ανάλογο με την επικράτηση των διαταραχών αυτών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται περισσότερο θετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής από ό,τι ο βαθμός ένταξής τους στην αμερικανική κοινωνία. Σε δύο έρευνες^{46,47} μελετήθηκε η σχέση δυσαρέσκειας από την εικόνα του σώματος και ανάπτυξης διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς σε Αμερικανίδες Αφρικανικής καταγωγής και Ισπανίδες. Βρέθηκε ότι οι Αφρο-αμερικανές ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη δυσαρέσκεια σε σχέση με τις Ισπανίδες. Οι ερευνητές σχολιάζουν ότι, όταν τα άτομα αποτελούν πολιτιστική μειοψηφία, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τέτοιες ανησυχίες λόγω της ανάγκης τους να είναι ως γυναίκες, τόσο αρεστές, όσο και αποδεκτές. Την επικράτηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο δυτικό κυρίως κόσμο έρχονται να υποστηρίξουν έρευνες σε πληθυσμούς με δείγματα από τρία διαφορετικά μέρη της γης (Ινδούς,⁴⁸ Ιάπωνες,⁴⁹ Άραβες⁵⁰) στους οποί-

ους τα περιστατικά διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ελάχιστα. Το γεγονός αποδίδεται, αφενός στη διαφορετική πρόσληψη ιδιαίτερων κοινωνικών αξιών, όπως ο κοινωνιοκεντρικός ορισμός του εαυτού, η έννοια της συλλογικότητας και οι ενδο-οικογενειακές σχέσεις και αφετέρου στο διαφορετικό σχήμα και βάρος του σώματος, ως συμβόλου γονιμότητας.

**Μεθοδολογικά προβλήματα
(ανεπάρκεια εργαλείων
για τη διερεύνηση
των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων –
προβλήματα στην επιλογή του δείγματος)**

Κάποιοι ερευνητές με επικεφαλής τον S. Lee σε μια σειρά άρθρων αντιτίθενται στον ισχυρισμό ότι η επικράτηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο μη δυτικό κόσμο είναι μικρή. Οι ερευνητές αυτοί υποστηρίζουν αντίθετα ότι, απλώς, τα συμπτώματα διαφέρουν και προφανώς δεν ανιχνεύονται από τα δυτικότερα διαγνωστικά κριτήρια.⁵¹⁻⁵³ Συγκεκριμένα οι ασθενείς δεν εμφανίζουν το φόβο για αύξηση του βάρους, αλλά ερμηνεύουν την αποχή τους από το φαγητό λόγω επιγαστρικού φόρτου που αισθάνονται, με αποτέλεσμα το χαρακτηρισμό της περίπτωσης ως μη τυπικής δίπλα από τη διάγνωση, και επιπλέον την παραγνώριση περιστατικών που γίνονται αντιληπτά πολύ αργότερα, όταν πια η κατάσταση έχει γίνει σοβαρή.

Οι Riegel et al⁵⁴ σχολιάζοντας τις δύο αντικρουόμενες απόψεις καταλήγουν ότι αντί για το φόβο πάχυνσης ή το φόβο του φυσιολογικού βάρους το κριτήριο θα μπορούσε να είναι η εγω-συντονικότητα της απίσχνασης. Το κριτήριο αυτό χαρακτηρίζει τους ασθενείς του δείγματος των Lee et al, που όμως σύμφωνα με τους Riegel et al,⁵⁴ φαίνεται να πληρούν περισσότερο τα κριτήρια για κατάθλιψη παρά για ψυχογενή ανορεξία. Οι ίδιοι ερευνητές ασκούν σκληρή κριτική και στις έρευνες για τον επιπολιτισμό υποστηρίζοντας ότι δεν γίνεται επαρκής έρευνα σχετικά με τα πολιτισμικά δεδομένα της κοινωνίας που μελετάται και έτσι χαρακτηριστικά που ήδη υπάρχουν στην κουλτούρα της (όπως η νηστεία με τα διάφορα νοήματα που της αποδίδονται) επεξηγούνται με βάση μια δήθεν ένταξη και δυτικότερη συμπεριφορά. Αδυναμία στήρι-

ξης της υπόθεσης του επιπολιτισμού, διαπιστώνεται και από άλλους ερευνητές.⁵⁵

Προβαίνοντας σε πιο γενικά συμπεράσματα όπως αυτά που προσφέρει η μετα-ανάλυση των Wildes et al⁵⁵ φαίνεται ότι οι λευκές γυναίκες που ζουν σε Δυτικές χώρες, βιώνουν μεγαλύτερες διατροφικές ανησυχίες και έλλειψη ικανοποίησης με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους από τις μη λευκές. Τα αποτελέσματα είναι σαφέστερα για τις υποκλινικές (άτυπες) διατροφικές διαταραχές και λιγότερο σαφή για κλινικές (τυπικές) περιπτώσεις. Μια ερμηνεία που διατυπώνουν οι συγγραφείς είναι πως ίσως οι τυπικές και οι άτυπες διατροφικές διαταραχές να αντιπροσωπεύουν διαφορετικού τύπου ψυχοπαθολογία. Συγκεκριμένα, ενώ μερικοί άνθρωποι που πληρούν τα κριτήρια για άτυπες διατροφικές διαταραχές θα αναπτύξουν τελικά ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία, πολλοί θα συνεχίσουν σε υποκλινικά επίπεδα και άλλοι θα αναρρώσουν. Φαίνεται πως οι πολιτιστικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή την πορεία. Όσον αφορά, όμως, στις τυπικές διατροφικές διαταραχές τα πράγματα είναι διαφορετικά. Τα λεπτά πρότυπα σώματος και οι πιέσεις να είναι αδύνατες από την οικογένεια και τους φίλους δε φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και την πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας. Ευρήματα από μελέτες διδύμων υποδεικνύουν την πιθανότητα οι πολιτιστικές διαφορές στην ανάπτυξη τυπικών διαταραχών πρόσληψης τροφής να έχουν να κάνουν περισσότερο με τη βιολογία και όχι με τον πολιτισμό. Αν και οι λευκές γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς από τις έγχρωμες στα στερεότυπα του λεπτού σώματος, αυτό δε συμβαίνει και για τις Ασιάτισσες. Έρευνες για άλλες εθνικότητες λείπουν, ενώ η πλειοψηφία αυτών των ερευνών έχουν γίνει σε δυτικούς πολιτισμούς με δυτικά εργαλεία. Τέλος, μελέτες που χρησιμοποιούσαν δείγματα φοιτητριών κολεγίων, για να συγκρίνουν τη διατροφική παθολογία ανάμεσα σε λευκές και μαύρες, έβρισκαν σημαντικά μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ λευκών και μαύρων από ό,τι οι μελέτες με άτομα από άλλες κοινωνικές ομάδες. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που χρήζει μελέτης, αλλά ούτε οι Wildes et al,⁵⁵ ούτε οι Rodriguez Martin et al³ βρήκαν να επηρεάζει την ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν κατηγορηθεί συχνά για τα πρότυπα που προβάλλουν στις νεαρές γυναίκες, αλλά τα δεδομένα από τις έρευνες είναι ελλιπή. Το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών της δεκαετίας του '80 πάνω στο θέμα είχε ασχοληθεί με την απεικόνιση της τάσης για μείωση του βάρους και το αυξανόμενο ανδρόγυνο σχήμα σώματος των μοντέλων στα περιοδικά ή την αύξηση των άρθρων σχετικά με τη δίαιτα.⁵⁶ Μια παρόμοια, πιο πρόσφατη έρευνα, είναι αυτή των Syreck et al⁵⁷ που ερευνήσαν τα εξώφυλλα τεσσάρων δημοφιλών γυναικείων περιοδικών για το διάστημα 1959–1999. Το μέγεθος του σώματος των μοντέλων είχε μειωθεί σημαντικά κατά τη δεκαετία 80–90. Υπήρχε, επίσης μια εντυπωσιακή αύξηση στις ολόσωμες απεικονίσεις, που υποδεικνύουν την έμφαση στην αξία που δίνει η αμερικάνικη κοινωνία σε ένα λεπτό ιδεώδες γυναικείο σώμα, γεγονός που είναι συμβατό με την αύξηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής στις γυναίκες που ζουν στις Δυτικές κοινωνίες. Επιπλέον, κατά την τελευταία πενταετία της περιόδου που ερευνήθηκε (1994–1999) οι γυναίκες φορούσαν σαφώς πιο αποκαλυπτικά ρούχα από την πρώτη πενταετία, οπότε έχει αλλάξει και το ποσοστό της έκθεσης του γυναικείου σώματος, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στην «αντικειμενοποίηση» των γυναικών.

Οι Field et al⁵⁶ βρήκαν σε έρευνά τους σε σχολεία στις ανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες ότι η πλειοψηφία των κοριτσιών προ-εφηβικής και εφηβικής ηλικίας δεν ήταν ευχαριστημένες με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Η δυσανεμία αυτή σχετιζόταν έντονα με τη συχνότητα ανάγνωσης περιοδικών μόδας που αναφέρθηκε ότι επηρέασε την αντίληψή τους για το σχήμα του τέλειου σώματος κατά 69% των κοριτσιών. Ένα 60% των κοριτσιών που διάβαζαν σπάνια περιοδικά ανέφερε ότι είχε επηρεαστεί στην αντίληψη για το ιδανικό σώμα από αυτά. Επίσης, βρέθηκε πως η συχνότητα ανάγνωσης περιοδικών μόδας σχετιζόταν θετικά με την τάση να κάνουν δίαιτα για να χάσουν βάρος ή να κάνουν γυμναστική για να βελτιώσουν το σχήμα του σώματος. Οι συγγραφείς δεν κρίνουν αρνητικά την επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, καθώς υποστηρίζουν ότι δεδομένων των ποσοστών παχυσαρκίας,

θα μπορούσε να προωθηθεί ένα πιο υγιές πρότυπο σώματος μέσω αυτών.

Οι Martinez-Gonzalez et al⁵⁸ ασκούν κριτική στα ελλιπή στοιχεία των ερευνητικών δεδομένων που υπάρχουν για την αιτιολογική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του χρόνου διαβάσματος και τηλεθέασης και τη μελλοντική ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι ίδιοι δε βρήκαν σημαντική σχέση του χρόνου τηλεθέασης και συμπτωμάτων διαταραχών πρόσληψης τροφής, γεγονός που συμφωνεί με τα δεδομένα προγενέστερης μετααναλυτικής έρευνας των Tiggerman & Pickering (1996) που βρήκε πως δεν είναι ο χρόνος τηλεθέασης που σχετιζόταν με τη δυσανεμία από το σώμα και την επιθυμία για λεπτότητα, αλλά περισσότερο το περιεχόμενο των εκπομπών που παρακολουθούσαν. Άλλωστε κατά τον Robinson (2001), η παρακολούθηση τηλεόρασης μάλλον σχετίζεται περισσότερο με την εμφάνιση παχυσαρκίας. Η συχνότητα ανάγνωσης άρθρων σχετικών με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (σε περιοδικά που απευθύνονται σε εφήβους) και η ακρόαση παρόμοιων ραδιοφωνικών εκπομπών βρέθηκαν από τους Martinez-Gonzalez et al να παίζουν ρόλο στην αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Η σχέση με τη θρησκεία

Όσον αφορά στη θρησκεία και την επιρροή της στην ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής βρέθηκαν μόνο δύο άρθρα σχετικά με μελέτες περιπτώσεων που αντιλαμβάνονταν την ανορεξία ως ιερή και αγνή, σχετιζόμενη με τον ασκητισμό, τη νηστεία και την αυταπάρνηση, ως έναν τρόπο να επιτύχουν μεγαλύτερη πνευματικότητα και εγγύτητα στο Θεό και τη βουλιμία ως κακή, ως σημάδι αδυναμίας.^{59, 60}

Οι Morgan et al⁶⁰ στην έρευνά τους αναφέρουν πως μερικοί ασθενείς αντιλαμβάνονται τις διαταραχές πρόσληψης τροφής με θρησκευτικούς όρους. Αυτό το γεγονός μπορεί να επιφέρει ιδιαίτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών και η αντιμετώπιση πρέπει να έχει σχεδιαστεί, έτσι ώστε να φαίνεται ότι δεν υπονομεύει την πίστη τους.

Κοινωνικο-πολιτιστικές ιδεολογίες

Μια ενδιαφέρουσα θεωρία παρουσιάζεται στο άρθρο του Barber⁶¹ η οποία επιχειρεί να εξηγήσει την αλλαγή των ιδανικών προτύπων των γυναικών προς το πιο αδύνατο με βάση τις οικονομικές συγκυρίες. Ο ερευνητής διαπιστώνει ότι το σώμα των γυναικών τείνει να έχει περισσότερες καμπύλες σε περιόδους που η κοινωνία στρέφει τις γυναίκες στην οικονομική αποκατάσταση μέσω του γάμου, καθώς αυτές αποτελούν σύμβολο θηλυκότητας που προσελκύει περισσότερο το ενδιαφέρον του αντίθετου φύλου. Σε περιόδους που οι γυναίκες στρέφονται προς την εργασία για επιβίωση υιοθετούνται πρότυπα, πιο λεπτά προσομοιάζοντας τα αντρικά, που αποδίδουν περισσότερο την εντύπωση της εργασιακής αποδοτικότητας.

Οι Brooks et al⁶² σε έρευνά τους προσπάθησαν να εντοπίσουν κοινωνικο-πολιτιστικές αντιλήψεις πίσω από τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι ίδιες οι βουλιμικές τη διαταραχή τους. Προέκυψαν πέντε πρότυπα. Σύμφωνα με το πρώτο, το άτομο αναγνωρίζει την ψυχογενή βουλιμία ως ασθένεια και ευνοεί την ιατροποίηση και το διαχωρισμό από τη θρησκεία. Σύμφωνα με το δεύτερο πρότυπο η βουλιμία θεωρείται πράξη που κάποιος επιτελεί ενάντια στον εαυτό του με την έννοια της τιμωρίας καθόσον η ικανοποίηση σωματικών αναγκών είναι λιγότερο επιτρεπτή για τη γυναίκα. Σύμφωνα με το τρίτο πρότυπο η γυναίκα περιγράφεται ως θύμα των κοινωνικών στερεοτύπων (πρότυπα γυναικείας ομορφιάς και συναισθηματικής έκφρασης). Σύμφωνα με το τέταρτο πρότυπο η βουλιμία θεωρείται ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Αυτό συνδέεται με την έμφαση που δίνεται στο δυτικό πολιτισμό στην ατομική ευθύνη σε αντίθεση με την έμφαση σε υποχρεώσεις προς την κοινωνία, την οικογένεια και την επαφή με τη φύση σε άλλες μη δυτικές κουλτούρες. Τέλος, σύμφωνα με το πέμπτο πρότυπο περιγράφεται ο στιγματισμός τους από την κοινωνία και τις ίδιες ως άτομα με ιδιαιτερότητες.

Συμπεράσματα

Η έρευνα σχετικά με την πιθανή αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής συνεχίζεται, καθώς νέα δεδομένα προκύπτουν και προστίθενται στα

ήδη υπάρχοντα. Όσον αφορά στον παράγοντα της οικογένειας φαίνεται πως η γενικότερη δυσλειτουργία ως προς την επικοινωνία, την εκφραστικότητα και τη συνοχή σχετίζεται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, αλλά δε γνωρίζουμε τον ακριβή τρόπο. Η δυσλειτουργία θα μπορούσε να προϋπάρχει και όντως να οδηγεί στην εμφάνιση της διαταραχής. Θα μπορούσε όμως και να αποτελεί επακόλουθο. Σε αρκετές έρευνες εκφράζεται ακόμα και η αμφιβολία μήπως η δυσλειτουργία της οικογένειας αποτελεί δημιουργήμα της αντίληψης των μελών της, λόγω λανθασμένης μνημονικής ανάκλησης, καθώς η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι εκείνη της αυτοαναφοράς. Σε οποιαδήποτε περίπτωση δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι η δυσλειτουργία της οικογένειας οδηγεί άμεσα σε διαταραχές πρόσληψης τροφής ή ότι αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη άλλων διαταραχών.^{9,37} Ίσως εδώ ένα δείγμα ελέγχου από ομάδες άλλων ψυχιατρικών διαταραχών να βοηθούσε. Είναι γεγονός, ωστόσο, ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών διαπίστωσε διαφορές ανάμεσα στον τρόπο που μιλούν οι ανορεκτικοί και οι βουλιμικοί ασθενείς για την οικογένειά τους.

Η οικογένεια επίσης φάνηκε να μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη βασικών πεποιθήσεων σχετικών με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής τις οποίες ανέφεραν και οι ίδιες οι ασθενείς σχετικά με τον εαυτό τους, αλλά δεν τις απέδωσαν στην οικογένεια. Είναι γεγονός ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να εντοπιστούν οι πιο συχνές βασικές πεποιθήσεις και η προέλευσή τους.

Η γονεϊκή στάση της υπερπροστατευτικότητας αναφέρθηκε συχνά, ιδιαίτερα από τους ασθενείς με βουλιμία, αλλά και με ανορεξία, με ακόλουθη ενόχληση από την υπερβολική εμπλοκή και τη λιγότερη αυτονομία. Τα αδέλφια των ασθενών αντιλαμβάνονταν επίσης τους γονείς ως υπερπροστατευτικούς προς τις ασθενείς, πιθανόν λόγω της αντίληψης αυτών ως πιο ευάλωτων ή λόγω γενίκευσης της αντίληψης της προστατευτικότητας που εμφάνισαν οι γονείς μετά την εμφάνιση της διαταραχής. Μόνο δύο έρευνες μελέτησαν τη διάσταση της τελειοθαρίας που συνδέεται με την προσδοκία από τον περίγυρο να είναι ο ασθενής τέλειος και την εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Όσον αφορά στα γεγονότα ζωής, η σχέση της κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής βρέθηκε να είναι μικρή³⁵ γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αυτή μπορεί να αποτελέσει προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Η παρουσία αντιξοοτήτων κατά την παιδική ηλικία φάνηκε να είναι πιο συχνή ή να επηρεάζει περισσότερο τα άτομα με βουλιμία με αποτέλεσμα να διατυπωθεί από τους ερευνητές η υπόθεση ότι η ανορεξία πιθανόν να πηγάζει περισσότερο από συγκεκριμένες αναπτυξιακές αποτυχίες στις στενές πρωταρχικές σχέσεις κι όχι τόσο από συγκεκριμένα αρνητικά γεγονότα ζωής.

Η επίδραση του διαζυγίου αναφέρθηκε πιο συχνά από βουλιμικά άτομα, αφού οι ανορεκτικές οικογένειες, επειδή χαρακτηρίζονται από αποφυγή ανοιχτής σύγκρουσης, είναι λιγότερο πιθανόν να διαλυθούν. Σε άτομα με ανορεξία, ωστόσο, βρέθηκε να είναι πιο συχνό το σύνδρομο του ευάλωτου παιδιού. Σημασία πάντως έχει να υπολογίζουμε τις συνέπειες συγκεκριμένων γεγονότων σύμφωνα με το πλαίσιο και το νόημα για το άτομο, καθώς δεν επιφέρουν όλα τα γεγονότα τον ίδιο βαθμό άγχους σε όλους.

Σχετικά με τις διαφορές ανάμεσα σε δυτικούς και μη δυτικούς πολιτισμούς υπάρχει μια γενική σύγχυση ανάμεσα στους ερευνητές. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην άκριτη χρήση όρων, όπως φυλή, εθνικότητα, κουλτούρα που χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα χωρίς να είναι.⁵⁵ Διαπιστώθηκε έλλειψη μελετών που να έχουν γίνει εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών, του Καναδά και της Μεγάλης Βρετανίας, γεγονός που δυσκολεύει την πραγματική εκτίμηση της επίπτωσης των διαταραχών σε άλλες χώρες.⁵⁵ Εκφράστηκαν προβληματισμοί επίσης για έλλειψη πολιτισμικής ευαισθησίας των εργαλείων και των κριτηρίων διάγνωσης.

Τα δεδομένα των ερευνών για τον επιπολιτισμό και το ρόλο του στην ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι αντικρουόμενα. Βρέθηκε γενικά ότι οι λευκές γυναίκες που ζουν σε Δυτικές χώρες, βιώνουν μεγαλύτερες διατροφικές ανησυχίες και έλλειψη ικανοποίησης με το σώμα τους με τη διαφορά να είναι μεγαλύτερη στα άτυπα συμπτώματα και στα δείγματα φοιτητριών κολεγίου. Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ήταν μια μεταβλητή με αμφιλεγόμε-

νη σημασία, γεγονός που δε στηρίζει τη θεωρία ότι μόνο οι λευκές γυναίκες των ανώτερων κοινωνικών τάξεων παρουσιάζουν διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σε έρευνες σε μη δυτικές χώρες παρουσιάζεται χαμηλή επικράτηση γεγονός που αποδίδεται από τους συγγραφείς στις διαφορετικές αξίες και τη διαφορετική δομή της κοινωνίας.

Όσον αφορά στο ρόλο των μέσων μαζικής ενημέρωσης, παρόλο που αναφέρονται συχνά ως παράγοντες που συμμετέχουν στην αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, δε μελετήθηκε συστηματικά στη βιβλιογραφία. Τα περισσότερα άρθρα ασχολήθηκαν με την αυξανόμενη λεπτότερη αντιπροσώπευση του ιδανικού σώματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ελάχιστα με το χρόνο αφιέρωσης σε διάβασμα, παρακολούθηση και ακρόαση θεμάτων που ενθαρρύνουν την ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η συχνότητα έκθεσης σε τέτοια θέματα και η κατηγορία του προγράμματος είχαν μεγαλύτερη σχέση.⁵⁸

Είναι δύσκολο να καταδείξει κανείς τον πιθανό ρόλο της θρησκείας. Γενικότερα, δίνεται έμφαση στην ανάγκη να κατανοούν οι κλινικοί το προσωπικό νόημα της διαταραχής για τον ασθενή. Άτομα που έχουν νοσηλευτεί συχνά καταθέτουν την έλλειψη κατανόησης εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας της υποκειμενικής εμπειρίας τους⁶³ και την απομόνωσή τους από τις οικογένειές τους, τις οποίες θεωρούν στήριγμα στο δύσκολο αγώνα τους.⁶⁴

Συνολικά, διαπιστώθηκε σχετική απουσία ερευνών στη χώρα μας σχετικά με την επικράτηση και την αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής τουλάχιστον στη δεκαετία που εξετάσαμε. Στην ελληνική βιβλιογραφία μόνο μια έρευνα αποπειράθηκε να διερευνήσει δημογραφικούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής αλλά και την πιθανή σχέση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας σε μη κλινικό δείγμα εφήβων γενικού πληθυσμού.^{65,66} Στην κλινική πράξη το γεγονός αυτό μας οδηγεί στην αναγκαστική αναγωγή συμπερασμάτων βασισμένων σε έρευνες που διεξήχθησαν σε μη αντιπροσωπευτικό για τον ελληνικό πληθυσμό δείγμα και διαφορετικούς οικογενειακούς-κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες με τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα γενίκευσης αυτό επιφέρει.

The role of family and socio-cultural factors in the development of eating disorders

E. Spanou, F. Morogiannis

Unit of Social Care, Municipality of Konitsa, Ioannina, Greece

Psychiatriki 2010, 21:41–53

A great number of publications in the international literature have revealed the possible part of biological factors in eating disorders and as well as characteristics of the patients' personality that favour or contribute in the development of these disorders. The research in etiology, however, includes the examination of family and socio-cultural factors. The aim of the present paper was to concentrate bibliographic data related to the family and socio-cultural factors that form the conditions under which anorexia nervosa and bulimia nervosa develop, excluding articles about binge-eating disorder. Articles from 1995 to 2005 were included through search in the files of the electronic database Medline (PubMed) on terms of inventory (MESH) for both disorders. About the role of the family environment, it was found that the factors studied more were family dysfunction, overprotection and sexual or physical abuse. As for the socio-cultural factors it is not perfectly clear whether the western standards of life are linked to the development of these disorders or if there is simply a lack of culturally sensitive instruments to detect these disorders in their different possible forms in the non-western world. An important finding is that there are not enough researches to show clearly any negative part played by the mass media.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, etiology, family, socio-cultural factors

Βιβλιογραφία

- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr et al. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2006, 61:348–358
- Fornari V, Wlodearczyk-Bisaga K, Matthews M et al. Perception of Family Functioning and Depressive Symptomatology in Individuals With Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. *Compr Psychiatry* 1999, 40:434–441
- Rodríguez Martín A, Novalbos Ruiz JP, Martínez Nieto JM et al. Epidemiological study of the influence of family and socio-economic status in disorders of eating behaviour. *Eur J Clin Nutr* 2004, 58:846–852
- Calam R, Waller G. Are Eating and Psychosocial Characteristics in Early Teenage Years useful Predictors of Eating Characteristics in Early Adulthood? A 7-Year Longitudinal Study. *Int J Eat Disord* 1998, 24:351–362
- Wade TD, Bulik CM, Kendler KS. Investigation of Quality of the Parental Relationship as a Risk Factor for Subclinical Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord* 2001, 30:389–400
- Vidovic V, Juresa V, Bebovac I et al. Perceived Family Cohesion, Adaptability and Communication in Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev* 2005, 13:19–28
- Casper RC, Troiani M. Family Functioning in Anorexia Nervosa Differs by Subtype. *Int J Eat Disord* 2001, 30:338–342
- Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL et al. Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Int J Eat Disord* 2003, 33:143–154
- Laliberte M, Boland FJ, Leichner P. Family Climates: Family Factors Specific to Disturbed Eating and Bulimia Nervosa. *J Clin Psychol* 1999, 55:1021–1040
- Waller G, Meyer C, Ohanian V et al. The Psychopathology of Bulimic Women Who Report Childhood Sexual Abuse: The Mediating Role of Core Beliefs. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189:700–708
- Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol* 2000, 39:205–213
- MacBrayer EK, Smith GT, McCarthy DM et al. The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *Int J Eat Disord* 2001, 30:149–160
- Murray C, Waller G, Legg C. Family dysfunction and bulimic psychopathology: the mediating role of shame. *Int J Eat Disord* 2000, 28:84–89

14. Meyer C, Gillings K. Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *Int J Eat Disord* 2004, 35:229–233
15. Shoebridge P, Gowers SG. Parental high concern and adolescent-onset. *Br J Psychiatry* 2000, 176:132–137
16. Wade TD, Treloar SA, Martin NG. A comparison of family functioning, temperament, and childhood conditions in monozygotic twin pairs discordant for lifetime bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1155–1157
17. Bulic CM, Wade TD, Kendler KS. Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001, 29:1–10
18. Castro J, Toro J, Cruz M. Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychol Med* 2000, 30:61–67
19. Rorty M, Yager J, Rossoto E et al. Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *Int J Eat Disord* 2000, 28:202–208
20. Murphy F, Troop A, Treasure JL. Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *Br J Psychiatry* 2000, 39:193–203
21. Karwautz A, Nobis G, Haidvogel M et al. Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *Eur Child & Adol Psychiatry* 2003, 12:128–135
22. Berg ML, Crosby RD, Wonderlich SA et al. Relationship of temperament and perceptions of non-shared environment in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000, 28:148–154
23. Kuba SA, Harris DJ. Eating disturbances in women of color: an exploratory study of contextual factors in the development of disordered eating in Mexican American women. *Health Care for Women Int* 2001, 22:281–298
24. Karwautz A, Rabe-Hesketh S, Hu X et al. Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychol Med* 2001, 31:317–329
25. Young EA, Clopton JR, Bleckley MK. Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behaviour. *Eat Behav* 2004, 5:273–283
26. Franco-Paredes K, Mancilla-Diaz JM, Vazquez-Arevalo R et al. Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* 2005, 13:61–70
27. Halmi KA. Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders. *Eat Disord* 2005, 13:85–92
28. McLaren L, Gauvin L, White D. The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: replication and extension. *Int J of Eat Disord* 2001, 29:307–313
30. Halmi KA, Sunday SR, Strober M et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000, 157:1799–1805
31. Nilsson EW, Gillberg C, Rastam M. Familial factors in anorexia nervosa: A community-based study. *Compr Psychiatry* 1998, 39:392–399
32. Speranza M, Atger F, Corcos M et al. Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders. *Eur Psychiatry* 2003, 18:377–383
33. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 2003, 111:315–320
34. Welch SL, Doll HA, Fairburn CG. Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychol Med* 1997, 27:515–522
35. Smolak L, Murnen SK. A Meta-analytic examination of the relationship between sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002, 31:136–150
36. Johnson JG, Cohen P, Kasen S et al. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002, 159:394–400
37. Webster JJ, Palmer RL. The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychol Med* 2000, 30:53–60
38. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39:1277–1283
39. Anderson KP, LaPorte DJ, Crawford S. Child sexual abuse and bulimic symptomatology: relevance of specific abuse variables. *Child Abuse and Neglect* 2000, 24:1495–1502
40. Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology* 2004, 15:271–278
41. Shoemaker C, Smit F, Bijl RV, Vollebbergh WAM. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: Support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *Int J Eat Disord* 2002, 32:381–388.
42. Laporte L, Guttman H. Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189:522–531
43. Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 2005, 193:258–264
44. Lake AJ, Staiger P, Glowinski H. Effect of western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *Int J Eat Disord* 2000, 27:83–89
45. Granillo T, Jones-Rodriguez G, Carvajal SC. Prevalence of eating disorders in latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *J Adolesc Health* 2005, 36:214–220
46. Vander Wal JS, Thomas N. Predictors of body image dissatisfaction and disturbed eating attitudes and behaviors in African American and Hispanic girls. *Eat Behav* 2004, 5:291–301
47. The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:248–254
48. Bhugra D, Bhui K, Gupta KR. Bulimic disorders and sociocentric values in north India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, 35:86–93
49. Pike KM, Mizushima H. The clinical presentation of Japanese women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: A study of the eating disorders inventory-2. *Int J Eat Disord* 2005, 37:26–31
50. Abou-Saleh MT, Younis Y, Karim L. Anorexia nervosa in an Arab culture. *Int J Eat Disord* 1998, 23:207–212
51. Lee S. Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Soc Sci Med* 1995, 41:25–36
52. Lee S, Lee AM, Ngai E et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001, 29:224–229
53. Kam WK, Lee S. The variable manifestations and contextual meanings of anorexia nervosa: Two case illustrations from Hong Kong. *Int J Eat Disord* 1998, 23:227–231
54. Rieger E, Touyz SW, Swain T. Cross-cultural research on anorexia nervosa: Assumptions regarding the role of body weight. *Int J Eat Disord* 2001, 29:205–215
55. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2001, 21:521–551

56. Field AE, Cheung L, Wolf AM et al. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics* 1999, 103:36–40
57. Sypeck MF, Gray JJ, Ahrens AH. No Longer just a pretty face: fashion magazines depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *Int J Eat Disord* 2004, 36:342–347
58. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F et al. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 2003, 111:315–320
59. Baxter H. Religion and eating disorder. *Eur Eat Disorders Rev* 2001, 9:137–139
60. Morgan JF, Marsden P, Lacey JH. “Spiritual Starvation?”: A case series concerning christianity and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2000, 28:476–480
61. Barber N. The slender ideal and eating disorders: An interdisciplinary “telescope” model. *Int J Eat Disord* 1998, 23: 295–307
62. Brooks A, LeCouteur A, Hepworth J. Accounts of experiences of bulimia: A discourse analytic study. *Int J Eat Disord* 1998, 24:193–205
63. Button EJ, Warren RL. Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *Eur Eat Disorders Rev* 2001, 9:74–96
64. McMaster R, Beale B, Hillege S et al. The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *Int J of Ment Health Nurs* 2004, 13:67–73
65. Morogiannis F. Eating disorders and psychopathology: an epidemiological study in high-school students in Ioannina province, 2000. Thesis dissertation, University of Ioannina
66. Μωρόγιαννης Φ. Ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε μη κλινικό πληθυσμό εφήβων. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2007, 98:21–30

Αλληλογραφία: Φ. Μωρόγιαννης, Ψυχίατρος, Δωδώνης 2, 453 32 Ιωάννινα
Τηλ: 26510-26 035, 6944-570 811