

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
Σχολή Επιστημών Αγωγής

Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης  
Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Σπουδών

Διπλωματική εργασία με θέμα:

**Εφαρμογή και αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού  
προγράμματος για την πρόληψη των διατροφικών  
διαταραχών σε έφηβους**

**Καλυψώ Τόττη**

Επιβλέποντες:  
Στέφανος Βασιλόπουλος  
Ανδρέας Μπρούζος

Τριμελής Επιτροπή  
Στέφανος Βασιλόπουλος  
Ανδρέας Μπρούζος  
Πλουσία Μισαηλίδη

Ιωάννινα, 2013

## Περιεχόμενα

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>7</b>
1.1 Ορισμός των Διατροφικών Διαταραχών.....	7
Ψυχογενής Ανορεξία.....	7
Ψυχογενής Βουλιμία.....	9
Διαταραχή στη Πρόσληψη Τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.....	11
Υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού.....	11
Παχυσαρκία.....	12
1.2 Οι αιτιολογικοί παράγοντες των Διατροφικών Διαταραχών .....	12
1.2.1 Ψυχογενής Ανορεξία.....	13
1.2.2 Ψυχογενής Βουλιμία.....	17
1.3 Οι Διατροφικές Διαταραχές στην εφηβική ηλικία.....	19
1.3.1 Διατροφικές Διαταραχές σε Έλληνες εφήβους.....	25
1.4 Η έννοια της αυτοεκτίμησης στην εφηβική ηλικία .....	28
1.4.1 Η σχέση αυτοεκτίμησης και Διατροφικών Διαταραχών.....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	<b>33</b>
2.1 Οι τύποι ομάδων .....	33
2.2 Η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα και τα χαρακτηριστικά της.....	34
Στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας.....	35
Δομή και λειτουργία.....	36
Ρόλος του συντονιστή και ο συντονισμός της ομάδας.....	37
Τα μέλη της ομάδας.....	39
2.3 Κατηγορίες ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων .....	40
2.4 Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες παιδιών και εφήβων.....	43
2.5 Κατηγορίες ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων παιδιών και εφήβων.....	46
2.6 Τα πλεονεκτήματα της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας παιδιών και εφήβων.....	47
2.7 Οι θεραπευτικοί παράγοντες.....	49
2.7.1 Οι θεραπευτικοί παράγοντες στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες.....	49
2.8 Σχεδιασμός ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων .....	54
Αξιολόγηση.....	54
Οι στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας.....	55
Μέγεθος ομάδας και Φύλο .....	55
Διάρκεια και Αριθμός Συναντήσεων.....	55
Δραστηριότητες.....	56
Η δομή της συνάντησης.....	57
2.9 Η αποτελεσματικότητα των ομάδων στα σχολεία.....	59
2.10 Εφαρμογή ομαδικών προγραμμάτων στο σχολικό πλαίσιο για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών.....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	<b>66</b>
3.1 Ο σκοπός της έρευνας.....	66
3.2 Μεθοδολογία.....	66
3.2.1 Οι συμμετέχοντες.....	66

3.2.2 Δημογραφικά και Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά .....	67
3.2.3 Μορφωτικό Επίπεδο γονέων/κηδεμόνων .....	68
3.2.4 Τα εργαλεία .....	68
3.2.5 Η διαδικασία .....	71
3.2.6 Το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα .....	72
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b> .....	<b>76</b>
4.1 Εισαγωγή .....	76
4.2 Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων.....	76
4.3 Αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων .....	77
4.4 Αποτελέσματα ποιοτικών δεδομένων .....	80
4.4.1 Φυλλάδιο <i>pre-test</i> και <i>pos-ttest</i> .....	80
4.4.2 Φυλλάδιο ανατροφοδότησης/αξιολόγησης.....	85
4.5 Συμπεράσματα .....	92
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>96</b>
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	<b>97</b>
<b>Πίνακες</b> .....	<b>105</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της παρούσας έρευνας προήλθε μετά από την αναζήτηση πηγών σχετικά με την εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων πρόληψης διατροφικών διαταραχών στα Ελληνικά σχολεία. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης που πραγματοποίησα δεν ήταν τόσο ενθαρρυντικά και για αυτόν τον λόγο επέλεξα να διεξάγω μια έρευνα σχετικά με την εφαρμογή και την αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος πρόληψης των διατροφικών διαταραχών σε έφηβους.

Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί ένα αργό αλλά σταθερό βήμα στην σωστή διαχείριση των εργαλείων και των εφαρμογών που έχουμε στην διάθεση μας ώστε να αποτρέψουμε την εμφάνιση πιο σοβαρών προβλημάτων στο μέλλον. Ακόμα, η πρόληψη στα σχολεία αποτελεί σχετικά καινούργιο εγχείρημα στην Ελλάδα και εμπλέκει τους ειδικούς ψυχικής υγείας αλλά και τα παιδιά σε έναν πιο ολιστικό πλαίσιο, αυτό της υγείας.

Χωρίς ιδιαίτερη εκπαίδευση στην προετοιμασία, τον σχεδιασμό και τον συντονισμό των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων, η οργάνωση του θεωρητικού πλαισίου της έρευνας αποτέλεσε ένα κίνητρο για μένα και αφορμή για την επέκταση των γνώσεων μου.

Θα ήθελα, καταρχήν, να ευχαριστήσω την διευθύντρια του 5ου γυμνασίου Ιωαννίνων, Σταυρούλα Χαϊδεμενάκου και τον διευθυντή του 4ου γυμνασίου Ιωαννίνων, Γραβάνη Περικλή για τον χρόνο και τον χώρο που διέθεσαν ώστε γίνει η δυνατή η πραγματοποίηση της έρευνας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εκπαιδευτικούς των σχολείων που βοήθησαν τόσο στην διακίνηση, τη συγκέντρωση και την επιστροφή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων και παραχώρησαν κάποιες από τις ώρες τους για τις συναντήσεις. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή Ανδρέα Μπρούζο για την βοήθειά του σε θέματα που αφορούσαν την διεξαγωγή της έρευνας και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων και τον κύριο Στέφανο Βασιλόπουλο για την εποπτεία της έρευνας και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στα παιδιά και τους έφηβους βρίσκεται στο προσκήνιο τις τελευταίες δεκαετίες. Λόγω της έκτασης του προβλήματος εφαρμόζονται ποικίλα προγράμματα πρόληψης στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο τα άτομα δομούν την προσωπικότητά τους, αλληλεπιδρούν και υιοθετούν στάσεις και απόψεις. Τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να απευθύνονται είτε μόνο σε παιδιά και έφηβους, είτε σε γονείς και στους άμεσα εμπλεκόμενους με την εκπαιδευτική διαδικασία (Kater, Rohwer, & Levine, 2000. Neumark-Sztainer, Story, Hannan, & Rex, 2003. O' Dea & Abraham, 2000).

Αντικείμενο αυτής της μελέτης είναι η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών σε έφηβους. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων, συμπεριφορών και συνηθειών των εφήβων απέναντι στην διατροφή και στην αντίληψη του σχήματος και του βάρους του σώματος τους, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων και η απόκτηση γνώσεων για τα διατροφικά προβλήματα και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρατίθενται τα θεωρητικά στοιχεία και το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, ενώ στο δεύτερο τα εμπειρικά δεδομένα, τα αποτελέσματα της έρευνας και τα γενικά συμπεράσματα.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός των διατροφικών διαταραχών και περιγράφονται οι αιτιολογικοί παράγοντες που συντελούν στην εμφάνισή τους, έτσι όπως έχουν προταθεί από διάφορα θεωρητικά μοντέλα. Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για τις διατροφικές διαταραχές στην εφηβεία και τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Ακόμα, δίνονται πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές στους Έλληνες έφηβους, δηλαδή σε τι ποσοστό και συχνότητα εμφανίζονται σύμφωνα με τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί. Τέλος, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για την έννοια της αυτοεκτίμησης στην εφηβική ηλικία και την επίδραση της στην σωματική αυτοεικόνα. Ακολουθεί, η υποεπινότητα

όπου επισημαίνεται η ισχυρή συσχέτιση της αυτοεκτίμησης και της εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών στην εφηβεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αποσαφηνίζεται ο ορισμός της ψυχοεκπαίδευσης και των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφονται οι στόχοι και τα χαρακτηριστικά μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, απαριθμούνται οι κατηγορίες των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων και τονίζονται οι διαφορές με άλλους τύπους ομάδων. Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για την εμφάνιση και τον ρόλο των θεραπευτικών παραγόντων στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες, ως παράγοντες που συντελούν στην αποτελεσματικότητα των ομάδων.

Επιπρόσθετα, στο ίδιο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τον σχεδιασμό των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων (μέλη, δραστηριότητες, διάρκεια και αριθμός συναντήσεων). Τέλος, περιγράφεται η σημασία εφαρμογής ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων στα σχολεία, ως μέσο πρόληψης διάφορων ψυχολογικών και εκπαιδευτικών προβλημάτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρατίθενται αναλυτικά τα δεδομένα της έρευνας, ποιοτικά και ποσοτικά. Επιπλέον, γίνεται μια συστηματική ανάλυση της μεθοδολογίας και των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων. Στο ίδιο κεφάλαιο, περιγράφονται οι συναντήσεις που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, για την καλύτερη κατανόηση του σκοπού της έρευνας. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας, τόσο των ποιοτικών όσο και των ποσοτικών δεδομένων και τέλος, καταγράφονται τα συμπεράσματα και οι περιορισμοί της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

#### 1.1 Ορισμός των Διατροφικών Διαταραχών

Τα τελευταία χρόνια οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) έχουν συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καθώς τα ποσοστά εμφάνισής τους ολοένα και αυξάνονται, ειδικότερα σε έφηβες και νεαρές γυναίκες του Δυτικού κόσμου (O' Dea & Abraham, 2002). Η εμφάνιση και η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας στα έφηβα κορίτσια κυμαίνεται σε ποσοστό 1% ενώ σε ποσοστό 2-4% κυμαίνεται η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας (Patton, Selzer, Coffey, Carlin, & Wolfe, 1999). Ωστόσο, τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι και οι άνδρες εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές ή συμπτώματα διατροφικών διαταραχών με διαφορές στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Brunch, 1971). Η ψυχογενής βουλιμία παρουσιάζεται σε ποσοστό 0,2% σε νεαρούς άνδρες (Patton, et al., 1999). Οι Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom, & Kennedy (2001), υποστηρίζουν, επίσης, ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με ΔΠΤ εμφανίζουν την ίδια συννοσηρότητα, ως αίτιο ή ως αποτέλεσμα των διατροφικών διαταραχών. Ένα ποσοστό, περίπου, 25 με 33% των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία αναπτύσσουν μια χρόνια ασθένεια. Οι διατροφικές διαταραχές επιδεικνύουν μεγάλη συννοσηρότητα με την κατάχρηση ουσιών, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές (Μάνος, 1997).

Οι διατροφικές διαταραχές σύμφωνα με το DSM –IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (APA) διαχωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Αυτές είναι η ψυχογενής ή νευρική ανορεξία (anorexia nervosa), η ψυχογενής βουλιμία και η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (Μάνος, 1997).

#### **Ψυχογενής Ανορεξία**

Η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με την θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει κάποια βασικά χαρακτηριστικά, όπως η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο

φυσιολογικό βάρος, έντονο φόβο του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στην σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες. Τα άτομα που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή νιώθουν παχιά ακόμα και όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχυνθεί για το λόγο ότι η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει το φόβο της παχυσαρκίας. Παρά λοιπόν το γεγονός ότι το σωματικό τους βάρος κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος του, δηλαδή το βάρος του βρίσκεται κάτω από το 85% του φυσιολογικού ή ο Δείκτης Μάζας σώματος είναι κάτω από 17.5, το άτομο συνεχίζει να αντιστέκεται στην πρόσληψη τροφής. Γενικότερα, η διαταραχή αυτή αναφέρεται σε μια διαταραγμένη αντίληψη της σωματικής τους εικόνας και δίνει υπέρμετρη έμφαση στην επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση και στην αυτοεκτίμηση( Μάνος, 1997).

Βέβαια, ο όρος «ανορεξία» μπορεί να είναι παραπλανητικός γιατί παραπέμπει περισσότερο στην έλλειψη όρεξης για φαγητό ενώ το άτομο έχει κανονικά όρεξη για φαγητό αλλά συνειδητά αποφεύγει τροφές καταφεύγοντας σε σκληρή δίαιτα και άσκηση. Ορισμένα άτομα με ψυχογενή ανορεξία αισθάνονται συνέχεια ότι είναι υπέρβαρα και άλλα διαπιστώνουν ότι είναι αδύνατα, αλλά θεωρούν ότι πρέπει να χάσουν βάρος από ορισμένα σημεία του σώματος. Κάποιες φορές μπορεί να κυριαρχεί η εμμονή να μετρούν συνέχεια το βάρος τους για να διαπιστώσουν αν το «λίπος» έχει περιοριστεί. Αν καταφέρουν το στόχο τους, δηλαδή χάσουν λίπος τότε νιώθουν καλύτερα γιατί έχει βελτιωθεί η αυτοεικόνα τους. Λόγω όμως της έντονης επιθυμίας τους να νιώθουν καλύτερα, εντείνουν τις προσπάθειες τους ολοένα και περισσότερο και αν κάποια μέρα αυτό δεν συμβεί τότε κυριαρχούνται από πανικό και εντείνουν ακόμα περισσότερο τις προσπάθειες τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Τα Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Ανορεξία είναι τα εξής:

A) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του 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 του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο)



Β) Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ) Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ) Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

Γίνεται διάκριση δύο τύπων ψυχογενούς ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει την λήψη θερμίδων. Αυτή η διάκριση γίνεται περισσότερο για την διαφοροποίηση της πιθανής αιτιολογίας της ανορεξίας και κατ' επέκταση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης : κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό έμετο ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004. Μάνος 1997,)

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται σε ποσοστό 0,5-1% σε έφηβα και νεαρά κορίτσια. Μελέτες σε κλινικούς και γενικούς πληθυσμούς έχουν βρει ότι πάνω από 90% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι γυναίκες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι γυναίκες επηρεάζονται πιο πολύ από τα πρότυπα ομορφιάς των ανεπτυγμένων χωρών και τους απασχολεί ιδιαίτερα η εικόνα και το σχήμα του σώματος τους (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

### **Ψυχογενής Βουλιμία**

Η δεύτερη κατηγορία Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής αποτελεί η ψυχογενής βουλιμία, η οποία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία και εμφανίζεται με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από την ψυχογενή ανορεξία. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του ώστε να σταματήσει

να τρώει, η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων όπως προκλητού εμέτου, καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης για να μην πάρει βάρος και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος (Μάνος, 1997).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά το DSM-IV είναι τα εξής:

A) Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δυο τα παρακάτω:

(1) το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις

(2) μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει)

B) Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους όπως πρόκληση εμέτου, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, υπερβολική άσκηση.

Γ) Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, και τα δυο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ) Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.

E) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας

Διακρίνονται δυο τύποι ψυχογενούς βουλιμίας:

α) Ο καθαρτικός τύπος, όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

β) Ο μη καθαρτικός τύπος, όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων (Μάνος, 1997)

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίσταται στην κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα π.χ. παγωτά, κέικ, κουλουράκια κτλ. Σύμφωνα με τον Fairburn (1995) οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τρώνε δυο φορές πιο γρήγορα και καταναλώνουν 81, 5 θερμίδες το λεπτό σε σχέση με 34, 8 θερμίδες το λεπτό που καταναλώνουν οι φυσιολογικές γυναίκες. Πολλοί γεμίζουν το στόμα τους με φαγητό σχεδόν μηχανικά, μασώντας το ελάχιστα. Τα πρώτα λεπτά ενός επεισοδίου βουλιμίας μπορεί να είναι ευχάριστα. Η γεύση και η αίσθηση της τροφής φαίνεται ότι προσφέρουν μεγάλη απόλαυση. Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα των επεισοδίων ψυχογενούς βουλιμίας είναι ότι το άτομο ντρέπεται τόσο πολύ που προσπαθεί να το κρύψει από το περιβάλλον του. Τα επεισόδια αυτά ελκύονται από δυσφορικές καταστάσεις, διαπροσωπικά προβλήματα, έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή από αρνητικά συναισθήματα για το μέγεθος και το σχήμα του σώματος. Το άτομο δεν σταματάει να τρώει παρά μόνον όταν πονέσει η κοιλιά του ή πέσει στον ύπνο ή κάποιος τον διακόψει ή προκαλέσει έμετο (Fairburn, 1995).

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε ποσοστό 0,9 με 4,1 % σε έφηβα και νεαρά κορίτσια. Έχει διαπιστωθεί ότι η υπερφαγία συχνά πρωτοεμφανίζεται κατά τη διάρκεια ή μετά από μια προσπάθεια αυστηρής διαίτας που κάνει το άτομο για να χάσει βάρος.

#### **Διαταραχή στη Πρόσληψη Τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς**

Η τελευταία κατηγορία σύμφωνα με το DSM-IV είναι η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και συμπεριλαμβάνει διαταραχές στην πρόσληψη τροφής που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνει την υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού (binge eating behavior) (Wardle, 2009).

#### ***Υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού***

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια είναι υπό εξέταση τα κριτήρια για να θεωρηθεί η υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία, η οποία αποτελεί κύριο προβλεπτικό παράγοντα στην εμφάνιση της παχυσαρκίας (Wardle, 2009). Η υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού είχε περιγραφεί πρώτα ως σύνδρομο νυχτερινού φαγητού. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου το άτομο καταναλώνει κάθε περίπου 2 ώρες μια μεγάλη ποσότητα φαγητού, πολύ μεγαλύτερη από το φυσιολογικό

και από αυτό που θα καταναλώνει κάποιος σε παρόμοια περίοδο και κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Το άτομο δηλαδή δεν έχει έλεγχο της ποσότητας που καταναλώνει. Νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει, δεν έχει επίγνωση του τι καταναλώνει. Παράλληλα το άτομο νιώθει ότι θέλει να φάει όταν βαριέται ή στενοχωριέται και γενικά χωρίς να πεινάει πραγματικά. Συνήθως, τρώει μόνο του νιώθοντας ντροπή για την κατανάλωση φαγητού ή ενοχές και αηδία μετά την κατανάλωση φαγητού. Κατά μέσο όρο αυτή η συμπεριφορά εμφανίζεται μια φορά την εβδομάδα για περίπου τρεις (3) μήνες. Η υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού εμφανίζεται και στην βουλιμία αλλά δεν παρουσιάζει χαρακτηριστικά κάθαρσης όπως εμετό ή έντονη άσκηση (Fairburn, 1995).

Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι η παιδική παχυσαρκία, η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η παιδική ή ψυχολογική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Επίσης, η υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού συνδέεται με την αυστηρή δίαιτα, όπου μετά από κάποιο διάστημα το άτομο ξανακερδίζει αυτά που έχασε, μπαίνοντας έτσι σε έναν φαύλο κύκλο (Fairburn, 1995).

### ***Παχυσαρκία***

Τέλος, η παχυσαρκία δεν θεωρείται ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία, πολλοί βέβαια ειδικοί της ψυχικής υγείας αναφέρουν την παχυσαρκία ως διαταραχή βάρους και τη συμπεριλαμβάνουν στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αποτελεί ένα πολύπλοκο πρόβλημα και φαίνεται να συνδέεται με την εμφάνιση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Όπως και στις άλλες διατροφικές διαταραχές, το βάρος, το φαγητό και η εικόνα του σώματος είναι κοινά χαρακτηριστικά όπως και η κοινωνικό-πολιτισμική πίεση. Ανεξάρτητα όμως αν θα χαρακτηριστεί η παχυσαρκία διαταραχή ή όχι, πρέπει να σημειωθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές και πως ένα ποσοστό των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία είναι παχύσαρκα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004. Wardle, 2009). Ο Fairburn (1995) μάλιστα αναφέρει ότι ένα ποσοστό 5% με 10% των παχύσαρκων ανθρώπων πιθανότατα θα εκδηλώσουν βουλιμικά επεισόδια και ότι ανάμεσα σε αυτούς που συμμετέχουν σε προγράμματα ελέγχου του βάρους τους, το 20% με 40% αναφέρονται ως βουλιμικοί.

## **1.2 Οι αιτιολογικοί παράγοντες των Διατροφικών Διαταραχών**

### 1.2.1 Ψυχογενής Ανορεξία

Η εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων, τους οποίους πρέπει να κατανοήσουμε και να ερμηνεύσουμε. Οι θεωρίες πάνω στις οποίες βασίζεται αυτό το πολυπαραγοντικό μοντέλο μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής: α) βιολογικές, β) αναπτυξιακές, γ) οικογενειακές, δ) ψυχολογικές και ε) κοινωνικό-πολιτισμικές (Σίμος, 1996. Yates, 1989).

#### α) Βιολογικές θεωρίες

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στην λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου δηλαδή την αύξηση του παράγοντα CRF στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, 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 (Μάνος, 1997).

Νέα ευρήματα αποκαλύπτουν πολύπλοκες νευροενδοκρινικές ανωμαλίες και σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι ξεκάθαρό αν οι ανωμαλίες αυτές είναι η αιτία της διαταραχής ή το αποτέλεσμα της απίσχνασης (Σίμος, 1996) .

Ο Yates (1989) επισημαίνει ότι σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες οι ανορεκτικοί ασθενείς παρουσίαζαν νευροενδοκρινικές ανωμαλίες που μπορεί να οφείλονταν είτε στην έλλειψη ιχνοστοιχείων, μετάλλων, υδατανθράκων και αμινοξέων, είτε στο στρες που προκαλεί η πείνα ή στην προσπάθεια του οργανισμού να κρατήσει την ομοιόσταση. Τα συμπτώματα αυτά υποχωρούσαν μόλις ο ασθενής έπαιρνε βάρος.

#### β) Αναπτυξιακές θεωρίες

Σύμφωνα με την γνωστή θεωρία της Brunch (1973), η εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας έγκειται στο γεγονός ότι η έφηβη επιθυμεί να αποκτήσει έλεγχο, ταυτότητα και αυτονομία. Η έφηβη όμως δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένη για

αυτήν την αλλαγή καθώς οι διαπροσωπικές σχέσεις με την μητέρα της σε προηγούμενο στάδιο (νηπιακή ηλικία) ήταν διαταραγμένες. Η μητέρα δεν ανταποκρινόταν στις εσωτερικές και σωματικές της ανάγκες ή δεν ανταποκρινόταν καθόλου. Το παιδί, λοιπόν, δεν μπορεί να γνωρίσει τον εαυτό του και να θέσει τα όρια γιατί νιώθει μπερδεμένο. Τελικά, μαθαίνει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των άλλων με τρόπο παθητικό και υπάκουο. Όταν λοιπόν φτάνει το κορίτσι στην εφηβεία το μόνο που μπορεί να ελέγξει είναι το σώμα της.

Σύμφωνα με τον Yates (1989), η τροφή σχετίζεται με την ανάγκη του ατόμου να εκφράσει και να επιλύσει κάποιες πρώιμες συγκρούσεις γύρω από το να αγαπάς και να σε αγαπούν, να επιτίθεται και να σου επιτίθενται. Το σώμα συμβολίζει τον εαυτό και το φαγητό συμβολίζει την μητέρα. Επομένως, η καταναγκαστική συμπεριφορά, που εκδηλώνεται μέσω του φαγητού συμβολίζει τις συγκρούσεις και την επιφανειακή επίλυση των συγκρούσεων με την μητέρα.

#### γ) Οικογενειακές θεωρίες

Όπως υποστηρίζει ο Yates (1989) η οικογένεια του ατόμου που παρουσιάζει ψυχογενή ανορεξία είναι δύσκαμπτη τα μέλη δεν έχουν ξεκάθαρα όρια μεταξύ τους και είναι υπερπροστατευτικά. Η ανορεξία εμφανίζεται ως σύμπτωμα στην δυσκολία των μελών της οικογένειας να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα και να αντιμετωπίσουν τις προστριβές. Επομένως, στην εμφάνιση και στην συντήρηση της ψυχογενούς ανορεξίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα η δυναμική της οικογένειας. Μάλιστα αυτές οι οικογένειες αποδείχθηκε ότι δεν έχουν έλεγχο της κατάστασης και δεν κατανοούσαν τις αλλαγές που επέφερε η ασθένεια μέσα στην οικογένεια.

Ο Σίμος (1996) σημειώνει ότι υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες που κάποιο μέλος παρουσιάζει ψυχογενή ανορεξία. Τα χαρακτηριστικά αυτά, όπως η υπερπροστατευτικότητα, τα δύσκαμπτα όρια, η υπερβολική αλληλεμπλοκή και η αποφυγή υπερβολικής έκφρασης θυμού την καταστούν δυσλειτουργική. Οι γονείς, επίσης, των παιδιών με ψυχογενή ανορεξία περιγράφονται ως εξαιρετικά απαιτητικοί και τα παιδιά δεν λαμβάνουν άνευ όρων αγάπη και την ουσιαστική φροντίδα. Το παιδί τους αποκτά αξία και επιβραβεύεται μόνο όταν έχει κάποιο επίτευγμα.

Πολλές μελέτες σε οικογένειες και διδύμους έχουν δείξει την γενετική/κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε μονοζυγώτες διδύμους από ότι σε διζυγώτες (Μάνος, 1997).

#### δ) Ψυχολογικές θεωρίες

Οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία/φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα (Μάνος, 1997).

Η έρευνα των Button, Loan, Davies, & Sonuga-Barke (1997) υποδεικνύει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της χαμηλής αυτοεκτίμησης (σύνολο σκέψεων και συναισθημάτων που έχει κάποιος για τον εαυτό του) και του αυξημένου άγχους με την πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στα έφηβα κορίτσια. Οι ερευνητές ουσιαστικά συνδέουν το αυξημένο άγχος και την χαμηλή αυτοεκτίμηση με την πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Για την έρευνα τους χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης (Rosenberg Self-Esteem scale) (Rosenberg, 1965), το ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής (Eating Attitudes Test) (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) και το «Hospital Anxiety and Depression Scale» για την αξιολόγηση του άγχους, σε κορίτσια ηλικίας 15 με 16 χρονών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια που συγκέντρωσαν υψηλά ποσοστά στην κλίμακα του ερωτηματολογίου συνηθειών διατροφής (EAT-26), είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλά επίπεδα άγχους.

Ο Yates (1989) επισημαίνει ότι δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να σκιαγραφούν έναν συγκεκριμένο τύπο ανορεκτικού ατόμου. Τα άτομα, όμως, αυτά παρουσιάζουν κάποια χαρακτηριστικά όπως η υπερβολική εξάρτηση και συμμόρφωση, η τελειομανία και η κοινωνική ανασφάλεια και ανικανότητα για αυτονομία και για αυτό ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Ο Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye (1995), διεξήγαγαν μια έρευνα όπου τα υποκείμενα τους ήταν ανορεκτικοί ασθενείς. Στην έρευνα εξέτασαν την τελειομανία των ασθενών αυτών, βασιζόμενοι σε θεωρίες που συσχέτιζαν την τελειομανία με την ψυχογενή ανορεξία. Διαπίστωσαν ότι οι ανορεκτικοί ασθενείς συγκέντρωσαν υψηλά ποσοστά αναφορικά με τη συμπεριφορά τελειομανίας, η οποία συνέχιζε να αποτελεί χαρακτηριστικό των ασθενών και μετά την αποκατάσταση του βάρους τους.

#### ε) Κοινωνικό-πολιτισμικές θεωρίες

Στις Δυτικές κοινωνίες το αδύνατο σώμα είναι και το επιθυμητό. Αποτελεί για το γυναικείο φύλο ένα ισχυρό μέσο επίτευξης των στόχων και μέσο επιβράβευσης. Ειδικότερα, στην ενήλικη ζωή η επαγγελματική επιτυχία και η διαπροσωπική ευτυχία της γυναίκας συνδυάζεται με την εξωτερική της εμφάνιση. Οι πιο αδύνατες γυναίκες είναι πιο αποδεκτές από τους γύρω. Έτσι, η εξωτερική εικόνα της γυναίκας είναι συνδυασμένη με την εκπαιδευτική και επαγγελματική της θέση. Στην έρευνα των Schwartz, Thompson & Johnson (1982) τονίζεται το γεγονός ότι έχει γίνει εμμονή στις γυναίκες η ενασχόληση με το φαγητό, την διαίτα και την άσκηση λόγω της αντίληψης ότι οι αδύνατες γυναίκες είναι και επιτυχημένες. Οι γυναίκες συγκρίνουν τον εαυτό τους με τα πρότυπα ομορφιάς, τα οποία είναι πολύ λεπτότερα από τον μέσο όρο, και προβαίνουν σε αυστηρές δίαιτες και εξαντλητική άσκηση με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι γεγονός ότι συναντώνται περισσότερο στα ανώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα (Costarelli, Antonopoulou & Mavrounioti, 2010). Παρόλα αυτά δεδομένα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, λόγω της επίδρασης των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Deleel, Hughes, Miller, Hipwell, & Theodore (2009), αποδεικνύεται σαφέστατα ότι η εμμονή με το αδύνατο κορμί εξαπλώνεται και σε φυλετικές ομάδες πέραν αυτή της λευκής. Η ομάδα που αποτελούνταν από αφρό-Αμερικανίδες, Ασιάτισσες και Ισπανίδες, συγκέντρωσε τα μεγαλύτερα ποσοστά στο EAT -26.

Οι έφηβες και νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με επαγγέλματα όπως το μπαλέτο, το μόντελινγκ και την ενόργανη γυμναστική έχουν περισσότερες πιθανότητες να



εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές, καθώς η εμμονή για αδύνατο και καλλίγραμμο κορμί γίνεται όλο και πιο μεγάλη (World Health Organization-WHO, 2004).

Ο Yates (1989) επισημαίνει ότι η ρατσιστική αντιμετώπιση των υπέρβαρων ατόμων ξενικά ήδη από την μικρή ηλικία. Τα παιδιά που αποκλίνουν από το πρότυπο του αδύνατου σωματότυπου βιώνουν την κοινωνική απόρριψη από τους συνομηλίκους τους αλλά και από το περιβάλλον. Ισχυρή συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ των MME και των διατροφικών διαταραχών. Στην έρευνα των Harrison, Ashcroft, Christie, & Lord (1984) βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ανάγνωσης περιοδικών που αναφέρονταν σε καλλίγραμμο σώμα και υψηλών σκορ στο ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής (EAT-26). Μάλιστα η θετική συσχέτιση ήταν πιο ισχυρή μεταξύ της ανάγνωσης περιοδικών και των υψηλών σκορ στο παραπάνω ερωτηματολόγιο, παρά στην παρακολούθηση τηλεόρασης.

### 1.2.2 Ψυχογενής Βουλιμία

Η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας έχει κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες με την με την ψυχογενή ανορεξία. Οι αιτιολογικές θεωρίες που έχουν προταθεί μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής: α) βιολογικές, β) αναπτυξιακές, γ) οικογενειακές, δ) ψυχολογικές και ε) κοινωνικό-πολιτισμικές στα πλαίσια ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου για την κατανόηση και την ερμηνεία της ψυχογενούς βουλιμίας (Σίμος, 1996. Yates, 1989).

#### α) Βιολογικές θεωρίες

Οι διάφορες βιολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι στα άτομα που παρουσιάζουν ψυχογενή βουλιμία τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης είναι χαμηλά, χωρίς να είναι ξεκάθαρο αν αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της διαταραχής. Διαπιστώθηκε επίσης πως τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης επανέρχονται στα πλαίσια του φυσιολογικού όταν το άτομο ανακτήσει το βάρος του. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ο Yates (1989) υποστηρίζει ότι τα αυξημένα ποσοστά της πλάσμα Β- ενδορφίνης που εμφανίζονται στα άτομα με βουλιμία μπορεί να οφείλεται από τον εμετό, την κατανάλωση μεγάλης θερμιδικής ποσότητας, το στρες πριν από τον εμετό ή από την

διόγκωση του στομάχου. Ακόμα, η αύξηση των ενδορφινών μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ευφορίας που νιώθουν οι βουλιμικοί μετά την πρόκληση εμετού.

#### β) Αναπτυξιακές θεωρίες

Σύμφωνα με τις αναπτυξιακές θεωρίες η διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας είναι το αποτέλεσμα μιας πρώιμης εμπειρίας με παθολογικά στοιχεία ή ενός γεγονότος που επηρεάζει την ανάπτυξη του ατόμου. Το άτομο αρνείται να ωριμάσει σωματικά και συναισθηματικά (Crisp & Burns, 1983).

Η Brunch (1973), επισημαίνει ότι η έφηβη καλείται να διεκδικήσει την αυτονομία και την ταυτότητα της, στα πλαίσια της ανεξαρτησίας της. Στην περίπτωση, όμως, που η έφηβη δεν βίωσε και δεν έμαθε να αναγνωρίζει τις σωματικές και συναισθηματικές τις ανάγκες, σε μικρότερη ηλικία, δεν μπορεί να οριοθετήσει και να ελέγξει τον εαυτό της, παρά μόνο το σώμα της.

#### γ) Οικογενειακές θεωρίες

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τονίζουν ότι η εμπλοκή της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία της ψυχογενούς βουλιμίας αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπευτικής προσπάθειας. Η επίλυση των ενδοοικογενειακών προβλημάτων που αφορούν τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του, την ψυχοπαθολογία ή την απομόνωση της οικογένειας μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας προκειμένου να ξεπεραστεί η ψυχογενής βουλιμία.

Οι οικογένειες των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία διαφέρουν από εκείνες των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία. Ο Yates τονίζει ότι οι βουλιμικοί ασθενείς ζουν μέσα σε οικογένειες βιώνοντας απόρριψη, επίκριση και αμέλεια. Οι μητέρες εμφανίζονται περισσότερο συναισθηματικά απόμακρες από εκείνες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Έχουν περισσότερες προσδοκίες αλλά είναι ταυτόχρονα αδιάφορες και εχθρικές και προκαλούν άγχος και αποδιοργάνωση στα παιδιά τους. Το οικογενειακό περιβάλλον περιγράφεται ως αρνητικό απέναντι στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών και οι γονείς προσανατολίζονται περισσότερο στη συνεχή επιτυχία και διάκριση και στην αυστηρή στάση απέναντι σε «παραβατικές» συμπεριφορές (Σίμος, 1996). Δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμα αν η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια προκαλεί την εμφάνιση διαταραχών διατροφής, όπως ψυχογενή βουλιμία ή αν η

εμφάνιση των διαταραχών διατροφής συντελεί στην δυσλειτουργία της οικογένειας (Yates, 1989).

δ)Ψυχολογικές θεωρίες

Ο Fairburn (1995) επισημαίνει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των βουλιμικών ασθενών προϋπάρχουν της εμφάνισης του προβλήματος. Τα συναισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας είναι συνήθη στους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας. Έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και κρίνουν τον εαυτό τους αρνητικά, χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν ένα χρόνιο πρόβλημα και να προκαλεί τα βουλιμικά επεισόδια. Ένα άλλο συνηθισμένο χαρακτηριστικό των ατόμων αυτών είναι η τελειομανία, η τάση τους δηλαδή να θέτουν ανέφικτους στόχους, η οποία επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής τους αλλά γίνεται ακόμα πιο έντονη όταν εμφανίζεται η ψυχογενής βουλιμία. Οι επαναλαμβανόμενες «αποτυχίες» σε σχέση με τους στόχους τους και η χαμηλή αυτοεκτίμησή τους διογκώνει το πρόβλημα. Τέλος, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία προχωρούν σε γνωστικές διαστρεβλώσεις όπως διχοτόμος τρόπος σκέψης, δηλαδή η σκέψη του όλα ή τίποτα όπου τα άτομα έχουν την τάση να τα βλέπουν όλα τα πράγματα μαύρα ή άσπρα (Fairburn, 1995. Yates, 1989).

### **1.3 Οι Διατροφικές Διαταραχές στην εφηβική ηλικία**

Η εφηβεία αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και είναι περίοδος ραγδαίων αλλαγών στη σωματική και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006. Μάνος, 1997). Ενώ οι σωματικές αλλαγές είναι ορατές, οι συναισθηματικές αλλαγές είναι πολύπλοκες και αποτελούν πρόκληση και για τους ίδιους τους έφηβους. Στις αλλαγές αυτές καλείται να προσαρμοστεί τόσο ο έφηβος όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος. Οι βιοσωματικές αλλαγές επηρεάζουν τη διαμόρφωση και τη διαφοροποίηση της εικόνας που έχει ο έφηβος για τον εαυτό του και την εικόνα που οι άλλοι έχουν για αυτόν. Προσπαθεί να ορίσει τον εαυτό του και να κερδίσει την αυτογνωσία του.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας, όπως τα προβλήματα διατροφής, οι διαιτητικές συνήθειες και η αρνητική εικόνα του σώματος

συγκρούονται με τις προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο έφηβος και είναι μια περίοδος που είναι ιδιαίτερα ευάλωτος (Carr-Gregg & Shale, 2002). Τα έφηβα κορίτσια βιώνουν πιο έντονα το άγχος και την ανησυχία για την εικόνα του σώματος η οποία καθορίζει την συνολική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους.

Βρίσκουν τον εαυτό τους πολύ χοντρό και τα αγόρια πολύ λεπτό (Kaplan, Busner, & Pollack, 1988). Οι ανησυχίες που εκδηλώνουν οι έφηβοι σε σχέση με το σώμα τους οδηγεί τους έφηβους στον υπερβολικό αυτοέλεγχο των διατροφικών τους συνηθειών με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής όπως την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία (Carr-Gregg & Shale, 2002).

Στην έρευνα των Buddeberg – Fischer, Bernet, Schmid, & Buddeberg (1996) σε έναν μη κλινικό πληθυσμό 1944 εφήβων (αγοριών και κοριτσιών) ηλικίας 14-19 ετών, διερευνήθηκε η πιθανότητα εμφάνισης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με την χρήση του ερωτηματολογίου συνηθειών διατροφής (EAT-26) και η παρουσία ψυχοπαθολογίας με την χρήση του ερωτηματολογίου Symptom Checklist- 90 Revised (SCL-90R), με σκοπό την διερεύνηση της συσχέτισης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας. Οι ερευνητές βρήκαν ότι στα κορίτσια, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής (EAT-26  $\geq$ 20) και συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, και πιο συγκεκριμένα των υποκλιμάκων «διαπροσωπική ευαισθησία» και «κατάθλιψη». Βρέθηκε επίσης συσχέτιση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής (EAT-26  $\geq$ 20) και σωματικών ενοχλημάτων στα κορίτσια. Αντίστοιχες συσχετίσεις δεν βρέθηκαν για τα αγόρια.

Οι Shisslak, Crago & Estes (1994), πραγματοποιώντας μια ανασκόπηση των ερευνών σχετικά με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους επισημαίνουν ότι ένα ποσοστό 5 με 13% των εφήβων παρουσιάζει μερικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών όπως δίαιτα, έντονη ενασχόληση με το σώμα και το φαγητό, υπερβολική κατανάλωση τροφών υψηλών σε θερμιδική αξία και καταμέτρηση των θερμίδων των τροφών. Συγκεκριμένα, επισημαίνουν ότι στην ηλικία των 9 με 11 χρονών τα παιδιά εμφανίζουν έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος τους και το φαγητό και η συμπεριφορά αυτή αυξάνεται ιδιαίτερα στην μετάβαση στο γυμνάσιο.

Στην έρευνα των Rosen, Tacy & Howell (1990) φαίνεται ξεκάθαρα ότι το πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών παίρνει μεγάλες διαστάσεις και προσβάλλει όλο και περισσότερους έφηβους. Στην έρευνα που διεξήγαγαν, συμμετείχαν 1300 έφηβοι , αγόρια και κορίτσια. Από αυτούς το 63% των κοριτσιών και το 16% των αγοριών δήλωσαν ότι ακολουθούσαν τεχνικές για να χάσουν κιλά σε σύγκριση με το 33% και το 5% αντίστοιχα που συμμετείχαν σε παρόμοιες έρευνες της δεκαετίας του 60.

Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Γαλλία (Ledoux, Choquet & Flament, 1991) και στην οποία συμμετείχαν έφηβοι τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κάποιες συμπεριφορές όπως η χρήση στρατηγικών για τον έλεγχο του βάρους, η έντονη ανησυχία για το σχήμα του σώματος και η αρνητική αυτοαξιολόγηση υποδηλώνουν την παρουσία της βουλιμίας (σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV ) σε ποσοστό 1,1% στα κορίτσια και 0, 2% στα αγόρια . Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό των υποκειμένων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφάνισαν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για πλήρη διάγνωση.

Οι Tomogi και Rus-Makovec (2000) αναφέρουν ορισμένους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτοί οι παράγοντες είναι η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, οι σχέσεις με την οικογένεια και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των εφήβων, όπως η αυτοεκτίμηση. Στη έρευνα τους εξέτασαν με ποιον τρόπο οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να συντελούν στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Βρήκαν ότι οι έφηβοι που δήλωναν ότι δεν είχαν συναισθηματική υποστήριξη από τους γονείς τους συγκέντρωναν μεγαλύτερα ποσοστά στην ερώτηση αν ήταν δυσαρεστημένοι από το σχήμα τους σώματός τους. Οι ίδιοι έφηβοι δήλωναν ότι είχαν συχνά διαφωνίες με τους γονείς τους αλλά ταυτόχρονα δεν μπορούσαν να μιλήσουν ανοιχτά για τα προβλήματα τους. Τέλος, στην ίδια κατηγορία οι έφηβοι που είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση, είχαν αρνητική εικόνα για το σχήμα του σώματος τους και υποτιμούσαν γενικότερα τον εαυτό τους.

Σε έρευνα του που διεξήχθη στην Αμερική (McVey, Pepler, Davis, Flett, & Abdoell, 2002) διερευνήθηκε σε ποιο βαθμό οι παράγοντες α) η αντίληψη των ικανοτήτων (ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς), β) η σημαντικότητα της εξωτερικής εμφάνισης, γ)

η κοινωνική αποδοχή των συνομηλίκων, δ) η τελειομανία (έτσι όπως την καθορίζει ο ίδιος ο έφηβος και με τον τρόπο που είναι κοινωνικά καθορισμένη), ε) τα αρνητικά γεγονότα και στ) η γονεϊκή υποστήριξη συσχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η παρουσία αρνητικών γεγονότων, η χαμηλή γονεϊκή υποστήριξη, το χαμηλό επίπεδο αυτοαντίληψης των ικανοτήτων, η σημαντικότητα της κοινωνικής αποδοχής συσχετίζονται με υψηλό επίπεδο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στα αγόρια είναι μικρότερη απ' ότι στα κορίτσια, υπάρχουν όμως ενδείξεις πως σταδιακά αυξάνεται (Herpertz- Dahlmann & Salbach- Andrae, 2008). Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι οι διατροφικές διαταραχές εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Στα αγόρια το ιδανικό σώμα είναι γραμμωμένο και με μυς, ενώ στα κορίτσια το ιδανικό σώμα είναι το αδύνατο (Fairburn and Beglin, 1990).

Σφάλμα! Δεν βρέθηκαν καταχωρήσεις πίνακα περιεχομένων.

Είναι γεγονός ότι τα ποσοστά εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στους εφήβους έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες ( Muise, Stein, & Arbess, 2003).

Σύμφωνα, όμως, με τον Shannon (2004), ορισμένα έφηβα αγόρια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές. Οι κατηγορίες στις οποίες μπορεί να ανήκουν οι έφηβοι είναι πρώτον, οι αθλητές για τους οποίους το γυμνασμένο και μυώδες σώμα αποτελεί σήμα κατατεθέν της επαγγελματικής τους επιτυχίας και της σεξουαλικής τους ταυτότητας, δεύτερον, οι έφηβοι που δεν έχουν ξεκαθαρίσει την σεξουαλική τους ταυτότητα και έχουν περισσότερο ομοφυλοφιλικές προτιμήσεις, τρίτον, οι έφηβοι που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή, τέταρτον οι έφηβοι που ζουν σε οικογένειες με κληρονομικό ιστορικό διατροφικών διαταραχών και τέλος τα έφηβα αγόρια που ζουν σε ασταθές οικογενειακό περιβάλλον.

Ειδικότερα, οι αθλητές ή αυτοί που εμπλέκονται γενικά σε αθλητικές δραστηριότητες πρέπει να διατηρήσουν το βάρος τους σε ορισμένα επίπεδα ή να έχουν κάποιο συγκεκριμένο σωματότυπο. Στην δεύτερη κατηγορία στην οποία ανήκουν τα έφηβα αγόρια που βιώνουν μια σύγχυση με την σεξουαλική τους ταυτότητα και έχουν ομοφυλοφιλικές τάσεις, είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν διατροφικές διαταραχές γιατί βιώνουν την σεξουαλική απομόνωση, δεν έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και

δεν αξιολογούν θετικά τον εαυτό τους. Επιπρόσθετα, οι ίδιοι έφηβοι δίνουν μεγάλη σημασία στην εξωτερική εμφάνιση και αυτό τους οδηγεί στην έντονη ενασχόληση με το σχήμα του σώματος τους. Τα έφηβα αγόρια που έχουν ψυχικές διαταραχές όπως, διαταραχές διάθεσης, εξάρτησης ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας παρουσιάζουν ταυτόχρονα διατροφικές διαταραχές ή συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Η συννοσηρότητα ψυχαναγκαστικής διαταραχής και διατροφικών διαταραχών είναι πολύ συχνή και εκδηλώνεται μέσα από τις καταναγκαστικές συμπεριφορές του έφηβου σε σχέση με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος. Πρέπει, ακόμα, να αναφερθεί ότι τα έφηβα αγόρια με διαταραχές διάθεσης και προσωπικότητας παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με το σχήμα και το βάρος του σώματος τους.

Τέλος, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διατροφικές διαταραχές οι έφηβοι που ζουν σε ένα ασταθές, ανασφαλές και διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον. Κάθε απώλεια στην οικογένεια όπως ένα διαζύγιο ή ένας θάνατος αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στον έφηβο. Αλλά και στις οικογένειες στις οποίες δίνεται έμφαση στην εμφάνιση, το βάρος και το σχήμα του σώματος, οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κάποια διατροφική διαταραχή (Shannon, 2004).

Όσον αφορά τα κορίτσια στην εφηβική ηλικία, η πιθανότητα να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές είναι πολύ μεγαλύτερη από ότι στα αγόρια (Fisher, Schneider, Pegler, & Napolitano 1991). Ο Stice (2002) υποστηρίζει ότι κύριος παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών στην εφηβεία αποτελεί η αυξημένη μάζα σώματος, με αποτέλεσμα τα κορίτσια να νιώθουν δυσαρέσκεια με το σώμα τους, λόγω της κοινωνικής πίεσης, και να οδηγούνται σε αυστηρή διαίτα. Η κοινωνική πίεση προέρχεται, κυρίως, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα νεανικά περιοδικά που προβάλλουν συγκεκριμένα πρότυπα. Ακόμα, η υπέρμετρη σημασία που δίνουν τα νεαρά κορίτσια στην εικόνα του αδύνατου σώματος, που είναι τις περισσότερες φορές εξωπραγματικό και ανέφικτο, συμβάλλει ακόμα περισσότερο στην διατήρηση του προβλήματος. Ένας δεύτερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, σύμφωνα με τον Stice (2002), αποτελούν τα πρότυπα για το σώμα και την εξωτερική εμφάνιση που προβάλλονται από το οικογενειακό περιβάλλον ή τους συνομήλικους και

προκαλούν παθολογικές συμπεριφορές. Τα πρότυπα μπορεί να προβάλλονται είτε άμεσα (εντολές και συμβουλές από κάποιο πρόσωπο της οικογένειας) είτε έμμεσα (θετικά ή αρνητικά σχόλια για το σώμα από την οικογένεια ή κάποιον συνομήλικο).

Η τελειομανία, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των έφηβων κοριτσιών προβλέπει σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Το κορίτσι επιθυμεί το τέλειο σώμα. Επίσης, τα έφηβα κορίτσια που αθλούνται, κάνουν μπαλέτο ή γενικά κάποια αθλητική δραστηριότητα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές καθώς πρέπει να διατηρήσουν το βάρος τους σε συγκεκριμένα επίπεδα, μετρώντας το καθημερινά (Garner & Garfinkel, 1980).

Οι ίδιοι ερευνητές (Garner & Garfinkel, 1980) πραγματοποίησαν μια έρευνα με 55 σπουδάστριες μπαλέτου, ηλικίας 11 έως 14 ετών, με σκοπό την διερεύνηση συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό. Δυο χρόνια αργότερα, οι 35 σπουδάστριες επανεξετάστηκαν και βρέθηκε ότι οι δεκατέσσερις είχαν αναπτύξει κάποιου είδους διατροφική διαταραχή. Οι εννέα διαγνώστηκαν με ψυχογενή ανορεξία, μια με ψυχογενή βουλιμία και τέσσερις είχαν διάγνωση διατροφικής διαταραχής άτυπης μορφής. Τα υψηλά ποσοστά επικράτησης (περίπου 30%) διαταραχών διατροφής σε αυτούς τους πληθυσμούς γυναικών (μπαλαρίνες, αθλήτριες, μοντέλα) οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η εμμονή τους με το αδύνατο σώμα συσχετίζεται με την αντίληψη ότι θα έχουν επαγγελματική επιτυχία, εφόσον είναι αδύνατες και προκαλεί διατροφικά προβλήματα.

Η έρευνα των Fisher et al., (1991), επιβεβαίωσε τα ευρήματα άλλων ερευνών σχετικά με την σχέση χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυξημένου άγχους και εμφάνισης διατροφικών προβλημάτων στην εφηβεία. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 268 κορίτσια από τα προάστια της πόλης της Νέας Υόρκης και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν α) το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26), β) η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg και το Stait- Trait Anxiety Inventory των Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg και Jacobs (1983) για την μέτρηση του άγχους. Από τα δεδομένα φαίνεται ότι τα κορίτσια που είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυξημένα επίπεδα άγχους, είχαν μη φυσιολογικές συνήθειες διατροφής. Αυτό συμβαίνει, σύμφωνα με τους ερευνητές, γιατί τα κορίτσια με χαμηλή αυτοεκτίμηση ήταν πιο ευάλωτα στις αρνητικές αξιολογήσεις και στα πρότυπα της κοινωνίας και



προκειμένου να ταιριάζουν σε αυτά, υιοθετούσαν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Τέλος, λόγω των αυξημένων επιπέδων άγχους δεν ήταν σε θέση να διαχειριστούν δύσκολες καταστάσεις γενικά αλλά και ειδικά όπως τη δυσαρέσκεια με το βάρος και το σχήμα του σώματος και με την εξωτερική εμφάνιση.

### **1.3.1 Διατροφικές Διαταραχές σε Έλληνες εφήβους**

Σύμφωνα με την Γιαννακούλια και τους συνεργάτες της, τα ποσοστά των Ελλήνων εφήβων με συμπτώματα διατροφικών διαταραχών είναι από τα πιο υψηλά σε Ευρωπαϊκές και μη χώρες. Τα ποσοστά ανέρχονται σε 20, 3% για τα κορίτσια και 7, 3 % για τα αγόρια (Yannakoulia, Matalas, Yiannakouris, Papoutsakis, Passos, & Klimis-Zacas, 2004).

Η πρώτη απόπειρα διερεύνησης της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών στους Έλληνες εφήβους πραγματοποιήθηκε το 1988 από τον Fichter και τους συνεργάτες του (Fichter, Elton, Sourdi, Weyerer, & Koptagel-Pal, 1988). Στην έρευνα συμμετείχαν έφηβοι ηλικίας 13 με 19 ετών, κάτοικοι των Ιωαννίνων και της Βέροιας οι οποίοι αποτέλεσαν ομάδα σύγκρισης με τους Έλληνες εφήβους που ζούσαν στο Μόναχο της Γερμανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών για τους έφηβους που ζούσαν στην Ελλάδα ήταν μικρότερα σε σχέση με τους έφηβους που ζούσαν στην Γερμανία (0.41- 035 και 1.10 αντίστοιχα). Το συμπέρασμα των ερευνητών ήταν ότι η μετανάστευση, η αφομοίωση του γερμανικού πολιτισμού, η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης και τα πρότυπα του Δυτικού κόσμου σε σχέση με την ομορφιά και το αδύνατο σώμα αύξησαν τα ποσοστά επικράτησης των διατροφικών διαταραχών για τους εφήβους που ζούσαν στο Μόναχο.

Τις τελευταίες δεκαετίες πραγματοποιήθηκαν αρκετές έρευνες που αφορούσαν τις διατροφικές διαταραχές στους Έλληνες εφήβους, με την χρήση κυρίως του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26). Το 1994 ο Morogiannis (2000) διεξήγαγε μια έρευνα με 856 συμμετέχοντες που ζούσαν μέσα και κοντά στην πόλη των Ιωαννίνων. Από τα δεδομένα φάνηκε ότι το 25% των κοριτσιών και το 5% των αγοριών εκδήλωναν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Επιπρόσθετα δεν

βρέθηκαν διαφορές σε σχέση με το περιβάλλον διαβίωσης (αστικό/αγροτικό) ούτε σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου EAT-26 δεν συσχετίστηκαν με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον (ηλικία, ακαδημαϊκή επίδοση) των συμμετεχόντων αλλά αντίθετα με την ψυχολογική τους προσαρμογή.

Ο καθηγητής και ψυχίατρος Σίμος Γρηγόρης πραγματοποίησε στην Θεσσαλονίκη μια έρευνα για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών στους Έλληνες εφήβους και τους τρόπους πρόληψης αυτών (Σίμος, 1996). Οι συμμετέχοντες ήταν 1190 μαθητές και μαθήτριες από τα Λύκεια της πόλης της Θεσσαλονίκης (κέντρο και άλλες περιοχές) και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση των διατροφικών διαταραχών ήταν το EAT-26 και το EDI (Eating Disorders Inventory). Στα πλαίσια της έρευνας πραγματοποιήθηκε ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών και η οποία αξιολογήθηκε. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: το 24, 8% των κοριτσιών και το 7, 8% των αγοριών είχαν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες, οι μαθήτριες ήταν πιο δυσαρεστημένες από το βάρος και το σχήμα του σώματος τους συγκριτικά με τα αγόρια της ηλικίας τους και ήταν πιο πιθανό να έχουν εμπειρία από δίαιτα και τέλος, η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση κρίθηκε ικανοποιητική.

Το 1998 η Γιαννακούλια και οι συνεργάτες της (Yannakoulia, Matalas, Yannakouris, Papoutsakis, Passos, & Klimis-Zacas, 2002) διερεύνησαν τις διατροφικές συνήθειες των μαθητών λυκείου στην περιοχή της Αθήνας. Οι ερευνητές βρήκαν ότι το 20% των κοριτσιών και το 75% των αγοριών εκδήλωναν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Παρόμοια έρευνα που διεξήγαγαν οι ίδιοι, στην περιοχή της Κοζάνης και του Μεσολογγίου, ανέδειξε παρόμοια ποσοστά στην εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών στους έφηβους. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και των δυο παραπάνω ερευνών δείχνει ότι μια στις πέντε έφηβες δεν έχει φυσιολογικές συνήθειες στο φαγητό. Η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στους έφηβους και στους νέους μπορεί να οφείλεται στο φαινόμενο, που η Γιαννακούλια ονομάζει «διατροφική μετάβαση». Δηλαδή, την πολιτισμική μετάβαση από τις παραδοσιακές κοινωνίες της Ελλάδας και γενικότερα της Μεσογείου στις κοινωνίες του Δυτικού κόσμου, η οποία συνέβαλε στην αλλαγή του τρόπου διατροφής των κατοίκων, που σημαίνει την κατανάλωση περισσότερου κρέατος ή fast food. δηλαδή από την πιο μεσογειακή

διατροφή σε πιο δυτικού τύπου (fast food) ή και στην κατανάλωση κρέατος (Yannakoulia, Matalas, Grivetti, 2003).

Στα πλαίσια της πολιτισμικής αυτής μετάβασης οι κάτοικοι της Ελλάδας αποκτούν καινούργιες αξίες, που έρχονται από τον δυτικό κόσμο αλλά δεν τις αφομοιώνουν στις ήδη υπάρχουσες συμπεριφορές και συνήθειες τους. Η γρήγορη αυτή μετάβαση, η βιασύνη για εκμοντερνισμό και η ψυχολογική ένταση αυξάνει την συχνότητα εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, ειδικά στους νέους που λαμβάνουν, πολύ συχνά, μπερδεμένα ή αντιφατικά μηνύματα από τους επαγγελματίες υγείας, την βιομηχανία τροφών, τους γονείς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Yannakoulia et al., 2003).

Η υπόθεση μιας άλλης έρευνας αφορούσε την συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εφήβων όπως την αυτοεκτίμηση, την ενσυναίσθηση και το άγχος. Οι 202 συμμετέχοντες ήταν μαθητές (109 αγόρια και 93 κορίτσια), ηλικίας 15 έως 18 χρονών. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν α) Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26), β) State-Trait Anxiety Inventory, γ) Self - Perception Profile for Adolescents, δ) Multidimensional Body-self questionnaire- overweight Preoccupation και ε) Index of Empathy of Children and Adolescents. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 24, 7% των κοριτσιών και το 12, 8% των αγοριών από το συνολικό δείγμα είχαν μη φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες. Οι ίδιοι έφηβοι είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε την εξωτερική τους εμφάνιση (ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς). Δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των παραγόντων αυτοεκτίμηση και ενσυναίσθηση.

Στην έρευνα που πραγματοποίησε η Εύη Μακρή- Μπότσαρη με δείγμα 313 μαθητών Λυκείου, ηλικίας 16 χρονών, μελετήθηκε η σχέση της εμφάνισης διαιτητικής συμπεριφοράς των εφήβων με την δυσαρέσκεια για το βάρος και το σχήμα του σώματος τους, την αυτοεκτίμηση και την αυτοαντίληψη (Μακρή- Μπότσαρη, 2009). Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) για την διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και οι αντίστοιχες κλίμακες του ερωτηματολογίου της Μακρή –Μπότσαρη (Μακρή-

Μπότσαρη, 2001) “Πώς αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου IV” , το οποίο αποτελεί την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου «Self Perception Profile for Adolescents” της Harter, προκειμένου να αξιολογηθεί η αυτοαντίληψη της φυσικής εμφάνισης και η αυτοεκτίμηση. Τέλος, ο βαθμός δυσαρέσκειας για το βάρος και μέγεθος του σώματος αξιολογήθηκε βάση μιας πενταβάθμιας κλίμακας. Από το σύνολο των 313 μαθητών, οι 76 ανέφεραν μη φυσιολογική διαιτητική συμπεριφορά. Από αυτούς τους 76, το 71,1% αντιστοιχούσε στα κορίτσια ενώ το 28,9% στα αγόρια. Ακόμα, τα κορίτσια φάνηκαν να κάνουν περισσότερο αυτοκριτική απέναντι στον εαυτό τους, για την εικόνα του σώματος τους, από ότι τα αγόρια. Τέλος, η έρευνα έδειξε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψης της φυσικής εμφάνισης.

Η έρευνα των Bilali, Galanis, Velonakis, Katostaras (2010), μελέτησε την επικράτηση των μη φυσιολογικών διατροφικών στάσεων στους έφηβους και τους παράγοντες κινδύνου που συντελούν σε αυτές. Έγινε τυχαία επιλογή έξι σχολείων στην περιοχή της Πάτρας. Οι συμμετέχοντες ήταν συνολικά 540 μαθητές, ηλικίας 13 με 18 χρονών. Από την αξιολόγηση των δεδομένων φάνηκε ότι οι έφηβοι δεν έχουν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες, σε ποσοστό 16, 7% και βρίσκονται σε κίνδυνο να παρουσιάσουν στο μέλλον κάποια διατροφική διαταραχή. Όσον αφορά τα κορίτσια που συγκέντρωσαν μεγαλύτερο ποσοστό από ότι τα αγόρια (13, 6% και 9,8% αντίστοιχα) οι ερευνητές συμπέραναν ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών γιατί είναι πιο ευάλωτα στα μηνύματα όπου το αδύνατο σώμα είναι και το επιθυμητό. Επίσης, σημαντικό ρόλο έπαιζε ο παράγοντας αν κάποιο μέλος της οικογένειας κάνει δίαιτα γιατί τότε αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανίσει ο έφηβος κάποια διατροφική διαταραχή.

#### **1.4 Η έννοια της αυτοεκτίμησης στην εφηβική ηλικία**

Η έννοια της αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσε ο Rosenberg (1979) αναφέρεται στα αισθήματα του ανθρώπου για την αυτο-αξία του (Bolognini, Plancherel, Bettschart, & Halfon, 1996). Η Harter (1999) αναφέρει, μάλιστα, ότι η εξωτερική εμφάνιση και η κοινωνική αποδοχή από τους συνομήλικους αποτελούν δυο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση των εφήβων. Κατά τους Brown, Dutton & Cook (2001) η αυτοεκτίμηση έχει τρεις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση περιγράφει για το πώς νιώθουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους. Αυτή είναι

η σφαιρική αυτοεκτίμηση (global self-esteem ή trait self-esteem) και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που εμφανίζεται σε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις. Η δεύτερη διάσταση της αυτοεκτίμησης είναι οι αυτο-αξιολογήσεις, δηλαδή, πώς αξιολογούν οι άνθρωποι τις ικανότητες, τις δυνατότητες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους. Η τρίτη διάσταση της αυτοεκτίμησης είναι αξία που δίνουμε στον εαυτό μας (self-worth) και πρόκειται ουσιαστικά για μια έννοια η οποία περιγράφει στιγμιαίες συναισθηματικές καταστάσεις, ειδικά αυτές που προκύπτουν από ένα θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα.

Η αυτοεκτίμηση στην έναρξη της εφηβείας, μια μεταβατική περίοδο, αφορά τον ορισμό του εαυτού τους εκ νέου. Αυτό συμβαίνει γιατί πρώτον, ο έφηβος βιώνει ορισμένες αλλαγές στο σώμα του, στις γνωστικές του ικανότητες και στις κοινωνικές του σχέσεις (οικογένεια και φίλοι). Δεύτερον, η εφηβεία είναι μια περίοδος κατά την οποία ο έφηβος δείχνει περισσότερη προσοχή στον εαυτό του και η διαδικασία της ενδοσκόπησης παίζει σημαντικό ρόλο. Τρίτον, στην εφηβεία το φύλο έχει επιτακτικό ρόλο στην επιλογή των δραστηριοτήτων, των ενδιαφερόντων και των αξιών του έφηβου. Τέταρτον, η εφηβεία συμπίπτει με το χρονικό διάστημα του επαγγελματικού προσανατολισμού, δηλαδή την επιλογή των μαθημάτων, της επαγγελματικής τους καριέρας αλλά και του στυλ ζωής τους. Επίσης οι έφηβοι υιοθετούν σε αυτήν την περίοδο συγκεκριμένες στάσεις απέναντι στις ουσίες, το κάπνισμα και την σεξουαλική τους συμπεριφορά και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επομένως, η αυτοεκτίμηση παίζει σημαντικό και διαμεσολαβητικό ρόλο στις επιλογές του έφηβου αλλά και ταυτόχρονα μεταβάλλεται συνεχώς. Και μάλιστα το επίπεδο αυτοεκτίμησης των κοριτσιών ήταν πολύ χαμηλότερο από το επίπεδο των αγοριών, αν και η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ψυχικής υγείας είναι πολύ ισχυρή και για τα δυο φύλα (Bolognini et al., 1996).

Όπως επισημαίνει η Harter (1999), παρόλο που οι έννοιες αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στην βιβλιογραφία εντούτοις αντιπροσωπεύουν διαφορετικές αλλά σχετικές δομές. Η έννοια της αυτοαντίληψης αναφέρεται στις αντιλήψεις των μαθητών και μαθητριών για τις ικανότητες τους σε ακαδημαϊκές ή μη επιδόσεις (κοινωνικά, διαπροσωπικές σχέσεις, άθληση). Ενώ η αυτοεκτίμηση εκφράζεται ως η γενική αξιολόγηση για τον εαυτό τους συμπεριλαμβάνοντας συναισθήματα ικανοποίησης και ευτυχίας. Οι θετικές

αξιολογήσεις (αυτοαντίληψη) στην παιδική ηλικία είναι χαρακτηριστικές. Τα παιδιά τείνουν να υπερεκτιμούν τις ικανότητες τους επειδή τους λείπει η κριτική σκέψη και δεν μπορούν να συνδυάσουν δεδομένα από διαφορετικές πηγές. Κατά τη διάρκεια, όμως, της εφηβείας και καθώς αναπτύσσονται γνωστικά μπορούν να ξεχωρίσουν τις δυνατότητες τους και η αυτοαντίληψη τους γίνεται πιο ακριβής. Συμμετέχουν με μεγαλύτερη ελευθερία σε πιο πολλές δραστηριότητες και αποδεικνύουν με αυτόν τον τρόπο τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους. Η Harter (1999), επίσης, υπογραμμίζει ότι η αυτοαντίληψη της εξωτερικής εμφάνισης έχει ισχυρή συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση. Για αυτό τον λόγο χρειάζεται να υιοθετήσουν άλλες αξίες, πέραν της εξωτερικής εμφάνισης και να αποφεύγουν ανθυγιεινά πρότυπα.

#### **1.4.1 Η σχέση αυτοεκτίμησης και Διατροφικών Διαταραχών**

Οι Birdonf, Ryan, Auinger, & Aten (2005) επισημαίνουν ότι η αυτοεκτίμηση επηρεάζει την ψυχική υγεία των εφήβων. Η υψηλή αυτοεκτίμηση έχει σχέση, όπως επισημαίνουν, με την ψυχική υγεία και σταθερότητα, την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων και με χαμηλότερα επίπεδα εμφάνισης της κατάθλιψης τόσο στους ενήλικες όσο και στους εφήβους. Επίσης, τα κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας είναι περισσότερο ευάλωτα από ότι τα συνομήλικα αγόρια για αυτό και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, λόγω της αρνητικής εικόνας και της δυσαρέσκειας με το σώμα τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια διατροφική διαταραχή. Για τους παραπάνω λόγους έχουν προταθεί προγράμματα ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης για την πρόληψη διατροφικών διαταραχών, όπου η αυτοεκτίμηση είναι προστατευτικός παράγοντας (Shen, & Armstrong, 2008).

Οι Shen et al., (2008) εφάρμοσαν στην Αμερική ένα ομαδικό πρόγραμμα ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης 40 μαθητριών από διάφορες πόλεις βορειοδυτικά της Αμερικής. Οι μαθήτριες χωρίστηκαν σε ομάδα ελέγχου και πειραματική ομάδα. Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης τα κορίτσια της πειραματικής ομάδας σημείωσαν υψηλότερα σκορ στην αυτοεκτίμηση που συνδέεται με την κοινωνική αποδοχή και μπόρεσαν να διαχειριστούν καλύτερα μια δύσκολη κατάσταση. Τα κορίτσια της ίδια ομάδας δήλωσαν ότι έδιναν λιγότερη έμφαση στα αρνητικά συναισθήματα για το

σχήμα και το βάρος του σώματος τους ενώ έδιναν βαρύτητα στα καλά χαρακτηριστικά του εαυτού τους.

Οι Holcomb-McCoy και Moore-Thomas (2001) υποστηρίζουν ότι τα στερεότυπα και τα ιδανικά που προβάλλονται από την κοινωνία και τον πολιτισμό για αδύνατο σώμα έχουν αρνητική επίπτωση στην αυτοεκτίμηση νεαρών έφηβων κοριτσιών και προτείνουν την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητριών.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα εφαρμόστηκε στην Αυστραλία το «Everybody's Different Program» με σκοπό την βελτίωση της εικόνας του σώματος και των διατροφικών συνηθειών των εφήβων μέσω της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης τους (O' Dea & Abraham, 1999). Με την εφαρμογή του συγκεκριμένου προγράμματος οι έφηβοι κατάφεραν να αλλάξουν κάποιες από τις διατροφικές τους συνήθειες τους και την αυτοαντίληψη τους σε σχέση με την εξωτερική τους εμφάνιση. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι ανέφεραν ότι η κοινωνική αποδοχή (η αποδοχή από τους συνομήλικους και η δημοσιότητα), η εξωτερική εμφάνιση και η αθλητική τους ικανότητα, έπαιζαν λιγότερο σημαντικό ρόλο, μετά την παρέμβαση. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους ερευνητές για να αυξήσεις το επίπεδο ικανοποίησης των εφήβων από το βάρος και το σχήμα του σώματος, τους πρέπει να εστιάζεις απευθείας στο γνωστικό κομμάτι για να επιτευχθεί αλλαγή των στάσεων και των πεποιθήσεων και της αυτοεκτίμησης.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω στην έρευνα της Μακρή –Μπότσαρη (2009), υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης και της δυσαρέσκειας με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Και αυτό γιατί οι αξιολογήσεις που κάνουν τα σημαντικά πρόσωπα παίζουν καθοριστικό ρόλο από την έναρξη της παιδικής ηλικίας έως και την εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Ειδικά, στην εφηβική ηλικία, η υψηλή αυτοεκτίμηση έχει διαμεσολαβητικό ρόλο στην κοινωνική αποδοχή και διαμορφώνει το επίπεδο των σχέσεων. Υποστηρίζει επίσης ότι οι έφηβοι χρησιμοποιούν ως μέτρο σύγκρισης και αξιολόγησης τα κοινωνικά πρότυπα που προβάλλονται. Τα πρότυπα που προωθούν μια συγκεκριμένη εικόνα και όσες περισσότερες διαφορές και αποκλίσεις, πραγματικές ή υποκειμενικές, βρίσκει ο έφηβος ανάμεσα στο δικό του σώμα και την εξωτερική του εμφάνιση τόσο

μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να δημιουργηθούν συναισθήματα άγχους, απογοήτευσης ή δυσαρέσκειας.

Η O' Dea (2004) αναφέρει ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί παράγοντα κινδύνου στην εφηβεία για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Η βελτίωση, επομένως, της αυτοεκτίμησης των εφήβων συμβάλλει στην εικόνα που έχουν για το σώμα τους, καθώς φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι με το σχήμα και το βάρος του σώματος τους και παράλληλα πιο ανθεκτικοί στα πρότυπα που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Τα παιδιά και οι έφηβοι με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν καλύτερα τα πειράγματα, την κριτική, το στρες και το άγχος σε σχέση με τα διατροφικά προβλήματα που εμφανίζονται. Δεύτερον, η θετική αυτο-εικόνα βοηθάει τα παιδιά να εκτιμούν και να αξιολογούν χαρακτηριστικά πέραν της εξωτερικής εμφάνισης, τόσο στους ίδιους όσο και σε άλλους. Τρίτον, η υψηλή αυτοεκτίμηση βοηθάει να μειωθεί το αίσθημα της τελειομανίας, δηλαδή ότι κάποιος πρέπει να είναι τέλειος για να τον εκτιμούν και αν τον αγαπούν.

Η πρόταση αυτή επαληθεύεται από τα δεδομένα μιας μακροχρόνιας έρευνας (Button, 1990) στην οποία συμμετείχαν 594 έφηβες, ηλικίας 11-12 χρονών που παρουσίαζαν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ίδιες έφηβες επαναξιολογήθηκαν στην ηλικία των 15-16 χρονών και φάνηκε ότι κάποιες από αυτές παρουσίαζαν διατροφικές διαταραχές.

Μια άλλη έρευνα (McVey, 2002) η οποία διεξήχθη στον Καναδά επιβεβαίωσε τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, δηλαδή ότι η αυτοεκτίμηση έχει ισχυρή συσχέτιση με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, ειδικότερα όταν οι έφηβοι δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην κοινωνική αποδοχή από τους συνομήλικους.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

#### 2.1 Οι τύποι ομάδων

Σύμφωνα με τους Βασιλόπουλο, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη «Ομάδα είναι ένα σύνολο αλληλεπιδρώντων προσώπων με κοινές αξίες και ένα σύστημα αλληλεξαρτώμενων ρόλων, η οποία είναι προσανατολισμένη προς την επίτευξη ενός κοινού στόχου που ικανοποιεί τις ανάγκες των μελών» (σελ. 72). Οι ομάδες, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά όπως η δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, η άμεση επικοινωνία μεταξύ των μελών, οι κοινόι στόχοι και οι επιδιώξεις τους, η συναισθηματική ταύτιση, η ψυχολογική ικανοποίηση ορισμένων αναγκών των μελών και το αίσθημα του ανήκειν μέσα στην ομάδα.

Η Ένωση Ειδικών στην Ομαδική Εργασία (ASGW) αναφέρει τέσσερις διαφορετικούς τύπους ομάδων σύμφωνα με τους στόχους που θέτουν και την διαδικασία την οποία ακολουθούν. Ο διαχωρισμός αυτός εξυπηρετεί την καλύτερη οργάνωση των διαφορετικών τύπων ομάδων (Association for Specialists in Group Work, 2000).

Αυτές είναι: 1) οι ομάδες *έργου/στόχου* στις οποίες ο συντονιστής/σύμβουλος προσπαθεί να διορθώσει ή να βελτιώσει την λειτουργία τους (ομάδες κοινότητας, επιχειρήσεις, κ.ά.), 2) οι ομάδες *ψυχοεκπαίδευσης/καθοδήγησης* όπου ο συντονιστής της ομάδας χρησιμοποιεί την ομάδα ως μέσο για να εκπαιδεύσει τους συμμετέχοντες να ανταπεξέλθουν σε μια πιθανή απειλή (π.χ. AIDS) σε ένα μεταβατικό στάδιο ή ένα σημαντικό γεγονός στην ζωή τους ή πως να αντιμετωπίσουν ένα τραυματικό γεγονός. Στόχος της δημιουργίας της ομάδας αποτελεί η αποτροπή εμφάνισης μιας ψυχολογικής ή μαθησιακής διαταραχής στους συμμετέχοντες, 3) οι ομάδες *συμβουλευτικής/ επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων* μέσα από την οποία οι συμμετέχοντες, με την βοήθεια του συμβούλου, προσπαθούν να επιλύσουν τα συχνά, αλλά δύσκολα προβλήματα της ζωής. Ή να αναπτύξουν τις ήδη υπάρχουσες

δεξιότητες και ικανότητες τους έτσι ώστε να είναι ικανοί στο μέλλον να χειριστούν προβλήματα παρόμοιας φύσης και 4) οι ομάδες *ψυχοθεραπείας/αναδόμησης της προσωπικότητας*, τα μέλη των οποίων αντιμετωπίζουν ορισμένα ψυχολογικά προβλήματα και ο ρόλος του συμβούλου ανάγεται στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων και στην αναδόμηση ορισμένων βασικών πτυχών της προσωπικότητάς τους. Η ταξινόμηση των ομάδων αποτελεί σημαντικό βήμα γιατί πριν κάθε είδους ομάδα θεωρούνταν ομάδα θεραπείας (Delucia -Waack, 2006. Kulic, Dagley & Home, 2001).

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες ανήκουν στον τομέα της πρόληψης των εκπαιδευτικών δυσκολιών ή των προβλημάτων ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε αντίθεση με τις συμβουλευτικές/ ψυχοθεραπευτικές ομάδες που στοχεύουν στην θεραπεία των προβλημάτων που έχουν ανακύψει (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

Ωστόσο, διακρίνονται κάποια κοινά στοιχεία μεταξύ των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων και των ομάδων συμβουλευτικής όπως η σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών, η προσοχή που δίνεται στις δυναμικές της ομάδας και τη διαδικασία, η ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ο ρόλος του συντονιστή, ως διευκολυντή της ομάδας. Σε ορισμένα σημεία, όμως, διαφέρουν όπως ότι οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες είναι πιο εύκολο να οργανωθούν σε επίπεδο σχεδιασμού και καθοδήγησης. Και αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει λιγότερη αμφιβολία και αβεβαιότητα ως προς το υλικό που πρέπει να καλύψουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ως προς τι πρέπει να μαθευτεί, τη συνοχή του εκπαιδευτικού υλικού προς μάθηση και την αυτοαποκάλυψη των συμμετεχόντων. Αντιθέτως, οι ομάδες συμβουλευτικής απαιτούν μεγαλύτερη βεβαιότητα και δίνουν έμφαση στα συναισθήματα και στην μάθηση που απέκτησε το κάθε άτομο ξεχωριστά, παρά ως ομάδα (Delucia- Waack, 2006).

## **2.2 Η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα και τα χαρακτηριστικά της**

Ως ψυχοεκπαιδευτική ομάδα η Ένωση Ειδικών στην Ομαδική εργασία (ASGW, 2000), ορίζει τις ομάδες που έχουν στόχο «...την προσωπική ανάπτυξη και επίλυση

προβλημάτων, την διευθέτηση των διαπροσωπικών σχέσεων ή την αποκατάσταση των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών» (σελ. 330).

#### **Στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες (ή ομάδες καθοδήγησης) εστιάζουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για να προλάβουν ή να αποτρέψουν την εμφάνιση προβλημάτων. Χρησιμοποιούν «ομαδικές εκπαιδευτικές και αναπτυξιακές στρατηγικές» (ASGW, 2000, σελ.330), ειδικότερα παιχνίδι ρόλων, επίλυση προβλημάτων, λήψη αποφάσεων και εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας. Ανάλογα φυσικά και με τον στόχο της ομάδας, αναπτύσσονται κάθε φορά δεξιότητες και στρατηγικές όπως διαχείριση θυμού, κοινωνικές δεξιότητες ή αυτοεκτίμηση (Delucia- Waack, 2006).

Γενικά, κάποιοι τυπικοί στόχοι των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων μπορεί να περιλαμβάνουν: α) την αναγνώριση και την έκφραση συναισθημάτων, β) την αναγνώριση και την αμφισβήτηση παράλογων σκέψεων που μπορεί να κάνουν κάποιον να αισθάνεται λυπημένος, γ) την κατανόηση της έννοιας να είσαι φίλος και να έχεις φίλους, δ) την αντικατάσταση ορισμένων δυσλειτουργικών συμπεριφορών των μαθητών με κατάλληλες, ε) την κατανόηση της έννοιας του στρες και ποιοι είναι οι παράγοντες που το προκαλούν, στ) την εκμάθηση τριών βασικών τεχνικών για τη διαχείριση του στρες και την εκμάθηση δεξιοτήτων οργάνωσης (Delucia-Waack, 2006).

Η Brown (2011), επισημαίνει ότι πρωταρχικός στόχος των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων είναι η εκπαίδευση πάνω σε ένα θέμα ψυχολογικής φύσεως. Η ίδια χρησιμοποιεί τον όρο *ψυχοεκπαιδευτική ομάδα* για να συμπεριλάβει ένα ευρύ φάσμα ομάδων με στόχο την εκπαίδευση, με μια ψυχολογική όμως προσέγγιση. Τέτοιες ομάδες μπορούν να συσταθούν από παιδιά, έφηβους και ενήλικες και σε όλα τα πλαίσια όπως νοσοκομεία, εργασιακούς χώρους, πανεπιστήμια, κυβερνητικές και κοινωνικές υπηρεσίες και στον στρατό. Μπορεί να αποτελούνται από μια ή περισσότερες συναντήσεις. Βασική αξίωση είναι ότι αυτές οι ομάδες δίνουν έμφαση στην μάθηση και την εκπαίδευση παρά στην αυτογνωσία και την κατανόηση του εαυτού. Το γνωστικό στοιχείο προηγείται του συναισθηματικού και σε ορισμένες ομάδες λείπει εντελώς.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες μοιάζουν σε μια τάξη ενός σχολείου όπου υπάρχει ένας συγκεκριμένος αριθμός συμμετεχόντων, οι οδηγίες πρέπει να εφαρμόζονται, το παρεχόμενο υλικό πρέπει να μαθευτεί και να εξασφαλιστεί η γνώση και ο συντονιστής της ομάδας είναι ο ειδικός. Όπως οι τάξεις έτσι και οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες έχουν την τάση να δίνουν έμφαση πρώτα στη γνώση και έπειτα στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά (Brown, 2011).

#### **Δομή και λειτουργία**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες είναι δομημένες ομάδες περιορισμένου χρόνου, δηλαδή υπάρχει ένας περιορισμένος αριθμός συναντήσεων και οι δραστηριότητες είναι συγκεκριμένες και έχουν βασιστεί πάνω σε συγκεκριμένους στόχους ακαδημαϊκής μάθησης και κοινωνικό-συναισθηματικής ανάπτυξης. Κάθε συνάντηση επικεντρώνεται πάνω σε μια θεματική ενότητα και οι συναντήσεις είναι συνήθως 15 με 20, διάρκειας 30-45 λεπτών. Αντίθετα, οι συμβουλευτικές/θεραπευτικές ομάδες έχουν μεγαλύτερη διάρκεια που μπορεί να εκτείνεται από κάποιους μήνες έως και χρόνια. Κάθε συνάντηση έχει διάρκεια μιάμιση ώρα και δεν εφαρμόζονται συχνά δομημένες δραστηριότητες για την εκπαίδευση μιας συγκεκριμένης δεξιότητας ή την εξάσκηση μιας νέας συμπεριφοράς (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

Επιπρόσθετα, οι συντονιστές των συμβουλευτικών/ψυχοθεραπευτικών ομάδων επικεντρώνονται στη διαδικασία, δηλαδή στις δυνάμεις που αναπτύσσει η ομάδα και στις διαπροσωπικές σχέσεις και όχι στο περιεχόμενο. Στόχος τους είναι η αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών και η υιοθέτηση άλλων πιο λειτουργικών, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και η απόκτηση αυτογνωσίας. Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες, από την άλλη, ενδιαφέρονται λιγότερο για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των μελών και περισσότερο για το περιεχόμενο, δηλαδή τα ζητήματα προς επίλυση και την εκπλήρωση των στόχων που έχει θέσει ο συντονιστής. Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες επομένως είναι στόχο-κεντρικές ομάδες όπου οι στόχοι και οι δραστηριότητες ανήκουν σε ένα δομημένο και συγκεκριμένο πλαίσιο (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

Όπως τονίζει η Delucia-Waack (2006), η δομή των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από αυτή των ομάδων συμβουλευτικής και θεραπείας. Γενικότερα, η δομή είναι απαραίτητη για να προάγει την ασφάλεια και τη συνέχεια σε

όλες τις ομάδες. Ωστόσο, στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες η δομή είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου και την επικέντρωση σε σχετικά θέματα. Επίσης, η δομή προσφέρεται, σε αυτές τις ομάδες, για την χρήση δραστηριοτήτων ώστε οι συμμετέχοντες να διδαχθούν και να εφαρμόσουν τις δεξιότητες που απέκτησαν και αποτελεί ζωτικό κομμάτι κάθε συνάντησης. Από την άλλη οι ομάδες συμβουλευτικής και θεραπείας μπορεί περιστασιακά να χρησιμοποιούν δραστηριότητες για να διδάξουν νέες δεξιότητες και συμπεριφορές, σίγουρα πάντως όχι σε τακτική βάση (Brown, 2011. Delucia-Waack, 2006).

Η διαδικασία στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες εστιάζει στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης πολύ συχνά μπορεί να κλείσουν με τις ερωτήσεις «Τι έμαθες σήμερα;», «Πώς το έμαθες», τις οποίες καλούνται να απαντήσουν οι συμμετέχοντες. Οι ερωτήσεις αυτές βοηθούν τους συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν νέες στρατηγικές και πολύ περισσότερο τους βοηθάει να αναγνωρίσουν τον τρόπο με τον οποίο τις έμαθαν και έτσι να τις εφαρμόσουν και σε επόμενες συναντήσεις ή και έξω από το πλαίσιο της ομάδας.

Επιπρόσθετα, οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συνήθως είναι πιο σύντομες και έχουν μικρότερη διάρκεια (κάθε συνεδρία) από ότι οι ομάδες συμβουλευτικής και θεραπείας. Οι ομάδες ψυχοεκπαίδευσης κυμαίνονται από 6 έως 20 συνεδρίες, ενώ η διάρκεια των ομάδων συμβουλευτικής και θεραπείας κυμαίνεται από τρεις μήνες και άνω. Ακόμα, η διάρκεια της κάθε συνεδρίας στις ομάδες συμβουλευτικής και θεραπείας είναι συνήθως μιάμιση ώρα ενώ οι συναντήσεις των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων είναι πολύ πιο σύντομες, από 30 έως 45 λεπτά, ιδιαίτερα εάν πραγματοποιούνται στο σχολείο (Delucia-Waack, 2006).

#### **Ρόλος του συντονιστή και ο συντονισμός της ομάδας**

Ο συντονιστής ή οι συντονιστές μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας υιοθετούν περισσότερο τον ρόλο του δασκάλου και του ειδικού στο περιεχόμενο και τη διαδικασία της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας. Οι συντονιστές πρέπει να γνωρίζουν το θέμα για το οποίο έχει συγκροτηθεί μια τέτοια ομάδα και να χρησιμοποιούν ανάλογες και κατάλληλες δραστηριότητες. Ως υπεύθυνοι της ομάδας πρέπει να εστιάζουν στην εμπλοκή των συμμετεχόντων σε δραστηριότητες, στην ανταλλαγή ιδεών, στην επίλυση προβλημάτων, στις δεξιότητες που πρέπει να διδαχθούν και στον στόχο για τον οποίο έχει συγκροτηθεί η ομάδα. Ενώ, οι συντονιστές των ομάδων

συμβουλευτικής και θεραπείας είναι πιο ελαστικοί ως προς το θέμα που θα συζητηθεί και το οποίο μάλιστα μπορούν να επιλέξουν και οι ίδιοι οι συμμετέχοντες- η ομάδα να αποτελεί μια μικρογραφία του πραγματικού κόσμου- δεν συμβαίνει το ίδιο με τις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες. Ο συντονιστής είναι αυτός που έχει την ευθύνη για την λειτουργία της ομάδας και αυτός ορίζει τους στόχους άρα και τις θεματικές ενότητες (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

Ο ρόλος του συντονιστή στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες που είναι περισσότερο καθοδηγητικός διευκολύνει την διαδικασία και τον συντονισμό των συμμετεχόντων ιδιαίτερα σε μικρότερες ηλικίες όπως στα παιδιά Δημοτικού και Νηπιαγωγείου. Παρόλα αυτά οι Βασιλόπουλος Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (2011), τονίζουν ότι ο ρόλος του συντονιστή μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά στην διαδικασία καθώς οι μαθητές θα θεωρήσουν ότι συμμετέχουν ακόμα μια φορά σε δραστηριότητες που δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους και δεν είναι ενεργητικοί. Για αυτό θα ήταν χρήσιμο ο συντονιστής να συνδέσει τους στόχους της ομάδας με τις προσωπικές ανάγκες των μελών και να ενισχύσει έτσι τον παράγοντα προσωπική εμπλοκή, μέσω της ελεύθερης έκφρασης τους, όταν αυτό είναι εφικτό.

Ο συντονιστής είναι υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία και τον συντονισμό της ομάδας. Είναι σημαντικό όμως να κατέχει και γνώσεις πάνω στην μάθηση, στην γνώση και τις αρχές της διδακτικής μεθόδου και των σύγχρονων θεωριών της. Επειδή ακριβώς δεν υπάρχουν μεγάλες απαιτήσεις για τις σπουδές, την κατάρτιση, την προσωπική ανάπτυξη και τις γνώσεις των συντονιστών για την συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία, συντονιστής σε μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα μπορεί να είναι ένας δάσκαλος, σύμβουλος, ή σχολικός ψυχολόγος με τις απαραίτητες, όμως, γνώσεις των ομαδικών τεχνικών και συντονισμού της ομάδας (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

Σύμφωνα με τους Cogey και Cogey (1992), ένας επιτυχημένος συντονιστής έχει ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά που φυσικά συντελούν στην αποτελεσματικότητα της ομάδας. Τα προσωπικά αυτά χαρακτηριστικά είναι πρώτον το κουράγιο, δηλαδή η προθυμία του να παραδέχεται τα λάθη του και τις ατέλειες του, να επαναξιολογεί την ζωή του, να είναι ειλικρινής και ευθύς και να συνδέεται συναισθηματικά με τα μέλη. Δεύτερον, η παροχή προτύπου συμπεριφοράς, δηλαδή

μέσα από την δική του συμπεριφορά δημιουργεί εύφορο έδαφος μέσα στην ομάδα για να ανοιχτούν τα μέλη, να αποδεχτούν τους άλλους και να παίρνουν ρίσκα. Τρίτον, η παρουσία, η ικανότητα του συντονιστή να είναι συναισθηματικά παρών κατά τη διάρκεια των συναντήσεων και να ενστερνίζεται την χαρά, τον πόνο και τις δυσκολίες των άλλων. Τέταρτον, το ειλικρινές ενδιαφέρον και η φροντίδα του συντονιστή για τα μέλη είναι από τα βασικά χαρακτηριστικά του συντονιστή. Πέμπτον, η πίστη στην ομαδική διαδικασία, δηλαδή η εκδήλωση θετικών συναισθημάτων για την αξία της ομαδικής διαδικασίας ώστε να προκύψουν θετικά αποτελέσματα. Ο συντονιστής πρέπει να πιστεύει σε αυτό που κάνει και στους θεραπευτικούς παράγοντες της ομαδικής διαδικασίας.

Ακόμα, ο συντονιστής επιβάλλεται να είναι ανοιχτός στα μέλη της ομάδας, στις νέες εμπειρίες που του προσφέρει η ομάδα και σε άλλους τρόπους ζωής που διαφέρουν από τον δικό του. Η αποδοχή των διαφορετικών άλλων προϋποθέτει την αυτογνωσία εκ μέρους του συντονιστή, όπως να έχει επίγνωση του εαυτού του, των στόχων και των κινήτρων του, των αδυναμιών και των δυνατοτήτων του, των συναισθημάτων και των προβλημάτων του. Εάν δεν έχει αποκτήσει αυτογνωσία δεν θα καταφέρει να βοηθήσει και τους άλλους να καταφέρουν το ίδιο. Επιπλέον, ο συντονιστής πρέπει να διαθέτει χιούμορ, γιατί παρόλο που η διαδικασία της ομάδας είναι μια σοβαρή υπόθεση, υπάρχουν πολλές χιουμοριστικές πλευρές που προκύπτουν. Το χιούμορ ενέχει την ικανότητα του συντονιστή να γελάει με τον εαυτό του και να βλέπει την χιουμοριστική πλευρά στις αδυναμίες του. Εξάλλου, ορισμένες φορές η ομάδα έχει ανάγκη από κάποιες στιγμές γέλιου και πλάκας για να εκτονωθεί η ένταση. Τέλος, ένα βασικό χαρακτηριστικό του συντονιστή είναι η εφευρετικότητα του, που σημαίνει να είναι αυθόρμητα δημιουργικός και να παρέχει νέες ιδέες

#### **Τα μέλη της ομάδας**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες αποτελούνται από άτομα που δεν παρουσιάζουν κάποια σημαντική δυσλειτουργία στην συμπεριφορά τους, ή ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, αλλά απευθύνονται περισσότερο σε μη κλινικό πληθυσμό, σε αντίθεση με τις ομάδες συμβουλευτικής/θεραπείας όπου οι συμμετέχοντες εμφανίζουν ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Δεν υπάρχει περιορισμός ως προς τον αριθμό των συμμετεχόντων, ενώ μπορούν να εισέλθουν σε αυτές νέα μέλη σε κάθε φάση των ομάδων. Η δομή των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων είναι τέτοια, που σε κάθε

συνάντηση υπάρχει κάποια θεματική ενότητα προς ανάλυση και έτσι το νέο μέλος δεν χρειάζεται μεγάλο χρονικό διάστημα για να προσαρμοστεί και να ενταχθεί στην ομάδα αυτή. Ωστόσο, ο συντονιστής της ομάδας πρέπει να γνωρίζει ότι τα μέλη δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τα 20-25 άτομα και θα πρέπει να υπάρχει μια συνέχεια στην σύνθεση τους για να λειτουργήσει αποτελεσματικά η ομάδα (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

### **2.3 Κατηγορίες ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων**

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: *δομημένες* και *μη δομημένες*, *προσωπικές* έναντι *γενικές*, *αναπτυξιακές* έναντι *θεραπευτικές* και *ανοιχτές* έναντι *κλειστές*. Οι κατηγορίες ανήκουν σε ένα συνεχές και κάποιοι τύποι ομάδων, όπως είναι φυσικό, ανήκουν ταυτόχρονα σε παραπάνω από μια κατηγορία (Brown, 2011).

Όλες οι ομάδες απαιτούν κάποια δομή για να αναπτυχθούν ομαλά και για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι των υποκειμένων, ωστόσο κάποιες είναι πιο δομημένες από ότι άλλες. Στις ομάδες που έχουν κάποια δομή, ο συντονιστής επιλέγει τις δραστηριότητες για την πραγματοποίηση συγκεκριμένου στόχου και είναι συνήθως γραπτές για να διευκολύνουν τη συζήτηση. Τα μέλη της ομάδας συμμετέχουν λίγο ή και καθόλου στην επιλογή δραστηριοτήτων και στόχων (*δομημένες*).

Αντίθετα, στις *μη δομημένες* ομάδες, ο συντονιστής, εφόσον υπάρχει, φροντίζει να διασφαλίσει ότι η ομάδα έχει συγκεντρωθεί και ότι έχουν αποσαφηνιστεί οι στόχοι της. Τα μέλη της ομάδας είναι υπεύθυνα για την εξέλιξη της ομαδικής διαδικασίας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν ένα καλό παράδειγμα μη δομημένης ομάδας.

Οι *προσωπικές* ομάδες διαπραγματεύονται θέματα αυτογνωσίας ή γενικότερα τις ανησυχίες που απασχολούν το κάθε μέλος. Η αυτοαποκάλυψη και η προσωπική εμπλοκή είναι αναμενόμενες για αυτό και ενισχύονται. Στην πραγματικότητα οι συντονιστές όλων των ομάδων πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν προσωπικά θέματα των συμμετεχόντων.

Οι *γενικές* ομάδες από την άλλη, ασχολούνται με θέματα που προσεγγίζουν το προσωπικό ενδιαφέρον των συμμετεχόντων, αλλά δεν απαιτούν τον ίδιο βαθμό



αυτοαποκάλυψης ή προσωπικής εμπλοκής όπως στις προσωπικές ομάδες. Τα θέματα που ανακύπτουν κάθε φορά απαιτούν ήπια συναισθηματική εμπλοκή ή και καθόλου. Οι ομάδες συζήτησης, εκπαίδευσης (π.χ. χτίσιμο ομάδας) και άλλες εκπαιδευτικές ομάδες ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία.

Οι ομάδες *ανάπτυξης ή αναπτυξιακές* ενισχύουν τις δυνατότητες των μελών, ενώ οι θεραπευτικές εστιάζουν στις αδυναμίες και τα μειονεκτήματα. Οι αναπτυξιακές ομάδες έχουν πιο προληπτικό χαρακτήρα αλλά δεν περιορίζονται στην πρόληψη. Στις *θεραπευτικές* ομάδες ο συντονιστής μπορεί να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι πολλοί συμμετέχοντες βρίσκονται χωρίς την θέληση τους γιατί αρνούνται ότι έχουν αδυναμίες και δεν θέλουν να βρίσκονται στην ομάδα.

Οι *ανοιχτές* ομάδες έχουν μεγάλη διάρκεια κατά την οποία τα μέλη εναλλάσσονται, φεύγουν κάποια μέλη και έρχονται καινούργια. Οι *κλειστές* ομάδες, επίσης, μπορεί να διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα αλλά καθώς τα παλιά μέλη φεύγουν, δεν μπορούν να εισέλθουν νέα. Οι ομάδες που δημιουργήθηκαν για περιορισμένο χρονικό διάστημα είναι συνήθως κλειστές. Οι ομάδες υποστήριξης, εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων και οι ομάδες συζήτησης αποτελούν παραδείγματα ανοιχτών ομάδων. Έτσι η ομάδα ανανεώνεται συνεχώς, και πολλές φορές με την έλευση νέων μελών επιστρέφει στο αρχικό της στάδιο για να τους υποδεχθεί. Μια μεγάλη πρόκληση που αντιμετωπίζει ο συντονιστής μιας ανοιχτής ομάδας είναι να καταφέρει τα νέα μέλη να αισθανθούν άνετα και όχι αμήχανα.

Οι *κλειστές* ομάδες έχουν ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων που είναι σταθερός καθ' όλη τη διάρκεια ζωής της ομάδας και αν κάποιο μέλος φύγει, δεν αντικαθίσταται αλλά η ομάδα συνεχίζει με τα υπόλοιπα μέλη. Η ομάδα είναι πιο πιθανό με αυτόν τον τρόπο να περάσει από τα αναμενόμενα στάδια (Brown, 2011).

Οι Βασιλόπουλος, Κατσοπούλου και Ρέγκλη (2011), έκαναν μια ταξινόμηση των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων με βάση τους στόχους που θέτουν, ωστόσο, επισημαίνουν ότι υπάρχει αναπόφευκτα κάποια αλληλοεπικάλυψη μεταξύ τους. Τις διακρίνουν σε: α) *Εκπαιδευτικές/Μαθησιακές ομάδες* (Educational/learning groups), β) *Ομάδες εκπαίδευσης δεξιοτήτων* (Skills training groups), γ) *Ομάδες οικοδόμησης και ενίσχυσης της ομαδικότητας* (Team building and training), δ) *ομάδες προσωπικής ανάπτυξης* (personal development groups), ε) *Ψυχοεκπαιδευτικές θεραπευτικές ομάδες*

και ομάδες υποστήριξης (psychoeducational group therapy and support groups) και στ) σε ομάδες βοήθειας σε μεταβατικές περιόδους της ζωής (life transitions groups).

α) *Εκπαιδευτικές/ Μαθησιακές ομάδες*

Εφαρμόζονται σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, σε επιμορφωτικά σεμινάρια και εργαστήρια. Στόχος τους είναι η μάθηση, η οποία επιτυγχάνεται μέσω διαλέξεων, παρουσιάσεων, καθυκόντων στο σπίτι και αξιολόγηση της αποκτηθείσας γνώσης και κατανόησης. Οι συναντήσεις είναι περιορισμένες ενώ μπορεί να πραγματοποιηθεί μια και μόνο συνάντηση

β) *Ομάδες Εκπαίδευσης δεξιοτήτων*

Οι ομάδες αυτές έχουν στόχο την εκμάθηση δεξιοτήτων ζωής (life skills) όπως δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, διαχείρισης άγχους και στρες, διαχείρισης θυμού, χαλάρωσης. Οι ομάδες αυτές μπορεί να λειτουργούν προληπτικά, ώστε να προλάβουν την εμφάνιση κάποιων προβληματικών συμπεριφορών ή παρεμβατικά για να αντιμετωπίσουν κάποιες ήδη προβληματικές συμπεριφορές.

γ) *Ομάδες οικοδόμησης και ενίσχυσης της ομαδικότητας*

Οι συγκεκριμένες ομάδες απευθύνονται στο ανθρωπινό δυναμικό επιχειρήσεων όπως διευθυντές διοικητικού, προϊσταμένου προσωπικού, ή σε κάποιο υπεύθυνο ομάδας ή τμήματος. Στόχος των ομάδων αυτών είναι να βελτιώσουν ή να ενισχύσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων και την εργασιακή τους απόδοση. Οι ομάδες πραγματοποιούνται μέσα από βιωματικά σεμινάρια, όπου οι συμμετέχοντες αναπτύσσουν τις προσωπικές τους ικανότητες. Οι θεματικές ενότητες μπορεί να είναι οι βασικές αρχές της ομαδικής εργασίας, οι τρόποι δημιουργίας θετικού κλίματος κ.ά.

δ) *Ομάδες προσωπικής ανάπτυξης*

Οι ομάδες προσωπικής ανάπτυξης παρομοιάζονται με τις ομάδες συμβουλευτικής/ψυχοθεραπείας καθώς βασίζονται στην ίδια θεωρητική προσέγγιση έχουν κοινές τεχνικές και στόχος τους είναι να βοηθήσουν να μέλη να επεξεργαστούν και να επιλύσουν τυχόν προσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων αυξάνεται η αυτογνωσία των μελών και οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες.

*ε) Ψυχοεκπαιδευτικές θεραπευτικές ομάδες και ομάδες υποστήριξης*

Οι ψυχοεκπαιδευτικές θεραπευτικές ομάδες έχουν στόχο να βοηθήσουν τα μέλη να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, φοβίες ή διατροφικές διαταραχές κ.ά. Τα μέλη της ομάδας μπορεί ταυτόχρονα να λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή ή να παρακολουθούν κάποιο εξατομικευμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα.

Οι ομάδες *υποστήριξης* αφορούν άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα αλλά είναι περισσότερο ανοιχτές ομάδες, δηλαδή η σύνθεση της ομάδας αλλάζει συνεχώς λόγω της προσέλευσης νέων μελών σε αυτές. Επιπλέον, μπορούν να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σκοπός των ομάδων αυτών είναι η τόνωση της αυτοπεποίθησης και του ηθικού των μελών μέσω της αλληλοϋποστήριξης και της ανταλλαγής πληροφοριών και βιωμάτων και τα θέματα που επεξεργάζονται προκύπτουν από τους συμμετέχοντες.

*στ) Ομάδες βοήθειας σε μεταβατικές περιόδους ζωής*

Τα άτομα έρχονται συχνά αντιμέτωπα με ανατρεπτικές καταστάσεις στην ζωή τους όπως η απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου, γέννηση ενός νέου μέλους στην οικογένεια, εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας. Ή μπορεί να βιώνουν κάποιες μεταβατικές περιόδους στην ζωή τους (π.χ από την παιδική στην εφηβική ηλικία, ή από την οικογένεια στο σχολείο). Σκοπός των ομάδων αυτών είναι να βοηθήσουν το άτομο που βιώνει αυτήν την αλλαγή όσο το δυνατόν πιο ομαλά, να την κατανοήσει και να προσαρμοστεί σε αυτήν. Οι ομάδες βοήθειας αποτελούνται από μέλη που βιώνουν το ίδιο πρόβλημα και για αυτό νιώθουν πιο άνετα να μοιραστούν το πρόβλημα τους με τους άλλους.

## **2.4 Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες παιδιών και εφήβων**

Η Delucia-Waack (2006) αναφέρει ότι η εφαρμογή προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης στο σχολικό πλαίσιο είναι χρήσιμη αφού γίνονται κοινωνικοί της διαδικασίας εκτός από τα παιδιά ή τους εφήβους, το εκπαιδευτικό προσωπικό και οι γονείς, και δίνεται έμφαση στην πρόληψη και στην οικοδόμηση δεξιοτήτων. Οι ψυχοεκπαιδευτικές

ομάδες είναι λιγότερο «απειλητικές» για τα μέλη τους γιατί νιώθουν ασφαλείς και δεν πρόκειται να χαρακτηριστούν ως προβληματικά παιδιά, πιο απλά να στιγματιστούν.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος είναι αναγκαία για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Η βιβλιογραφία, οι έρευνες και η επιστημονική κοινότητα τονίζουν την σημαντικότητα και την αξία εφαρμογής προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης για την ομαλή ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων (Kulic, Dagley & Horne, 2001).

Τα παιδιά και οι έφηβοι περνούν ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους στο σχολείο, γιατί αλληλεπιδρούν με τους συνομηλίκους τους, κοινωνικοποιούνται και διαμορφώνουν την προσωπικότητά τους. Επομένως, το σχολείο αποτελεί ένα ασφαλές πλαίσιο παρέμβασης και πρόληψης όπου τα παιδιά και οι έφηβοι θα διδαχθούν, θα μεταφέρουν και θα χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητες που απέκτησαν στην πραγματική ζωή (Gerrity & Delucia-Waack, 2006).

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες έχουν σχεδιαστεί περισσότερο για τα παιδιά και τους εφήβους. Οι στόχοι των ομάδων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχουν προληπτικό χαρακτήρα και βασίζονται στην εκμάθηση δεξιοτήτων. Ανεξάρτητα από την ομάδα και τον στόχο της, όλες οι ομάδες εστιάζουν στην εκμάθηση και εφαρμογή κοινωνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Κοινά θέματα σε πολλές ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για παιδιά και εφήβους αποτελούν οι αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, η εκμάθηση ικανοτήτων για σύναψη φιλικής σχέσης και επικοινωνίας, η επίλυση προβλημάτων, η ανταλλαγή ιδεών και η λήψη αποφάσεων. Ακόμα και στις ομάδες, στις οποίες οι συμμετέχοντες ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου ή αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία, στόχος τους αποτελεί η διδασκαλία νέων δεξιοτήτων, πιο προσαρμοστικών και η εκμάθηση γνωστικών στρατηγικών. Για παράδειγμα, σε μια ομάδα παιδιών χωρισμένων γονιών ένας στόχος μπορεί να αποτελεί η αναγνώριση συναισθημάτων θυμού και λύπης και η έκφραση αυτών. Αντιθέτως, στις ομάδες συμβουλευτικής και θεραπείας στις οποίες οι συμμετέχοντες είναι ενήλικες είναι αυτονόητο ότι κατέχουν τις διαπροσωπικές δεξιότητες αλλά για κάποιο λόγο επέλεξαν ή δεν έχουν την ικανότητα να τις χρησιμοποιήσουν (Delucia-Waack, 2006).

Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι η δομή μιας ομάδας παιδιών και εφήβων διαφέρει από αυτή των ενηλίκων. Για τους ενήλικες είναι πιο εύκολο να συζητούν και να κάνουν διάλογο κάτι το οποίο δεν ισχύει για τα παιδιά και τους εφήβους. Η λεκτική, επομένως, μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως στις ομάδες ενηλίκων ενώ στις ομάδες παιδιών η συζήτηση μπορεί να διαρκεί γύρω στα 10 με 15 λεπτά, το θέμα είναι πιο σαφές και χρησιμοποιούνται και άλλα μέσα για την επίτευξη του στόχου.

Επιπρόσθετα, πέρα από το γεγονός ότι η δομή των ομάδων παιδιών και εφήβων πρέπει να είναι αυστηρή, είναι επιτακτική η ανάγκη ενός κατευθυντικού, ειδικού, ζεστού και άμεσα εμπλεκόμενου συντονιστή. Ο συντονιστής ή οι συντονιστές των ομάδων πρέπει να εμπλέκουν τα παιδιά και τους εφήβους στην διαδικασία της ομάδας και να διορθώνουν κάθε είδους παράξενες και αμήχανες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Οι ενήλικες, θεωρείται ότι κατέχουν τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες που συμβάλλει σε μια ομαλή διαδικασία ενώ τα παιδιά δεν είναι τόσο ανεκτικά (Delucia-Waack, 2006).

## **2.5 Κατηγορίες ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων παιδιών και εφήβων**

Σύμφωνα με την Brown (2011), μπορούμε να ταξινομήσουμε τις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για παιδιά σε 1) *ομάδες με ένα κοινό πρόβλημα* (common- problem groups), 2) *ομάδες περιπτώσεων* (case -centered groups), 3) *ομάδες ανάπτυξης ανθρώπινων δυνατοτήτων* (human-potential groups) και 4) *ομάδες ανάπτυξης δεξιοτήτων* (Skill developmental groups). Όλες οι παραπάνω κατηγορίες ομάδων έχουν αποτελεσματικότητα είτε δρουν σε προληπτικό επίπεδο, δηλαδή ενισχύονται κάποιες πλευρές των παιδιών, είτε δρουν σε παρεμβατικό επίπεδο, απευθύνονται επομένως σε παιδιά που αντιμετωπίζουν ήδη κάποιες δυσκολίες. Ο εκπαιδευτικός τους χαρακτήρας τις κάνει πιο οικείες και αποφεύγεται ο στιγματισμός (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

- 1) Οι ομάδες με κοινά προβλήματα αφορούν παιδιά ή εφήβους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα ή έχουν μεταξύ τους κοινά χαρακτηριστικά. Η ομοιογένεια των μελών συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη της εμπιστοσύνης

και της ασφάλειας στην ομάδα και ο σχεδιασμός είναι πιο εύκολος. Η Brown (1994) περιγράφει ένα μοντέλο για την δημιουργία ομάδων για παιδιά που το πρόβλημα είναι κοινό στην βάση της ομάδας, αλλά μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετική κατάσταση. Παραδείγματος χάρη, σε μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα που εστιάζει στην απώλεια και στο πένθος, τα μέλη μπορεί να έχουν βιώσει διάφορες μορφές απώλειας όπως θάνατο, διαζύγιο ή φυλάκιση.

- 2) Στις ομάδες περιπτώσεων οι συμμετέχοντες επεξεργάζονται διαφορετικά προβλήματα. Το κάθε μέλος δέχεται προσοχή, ανατροφοδότηση και υποστήριξη από τα άλλα μέλη της ομάδας και από τον συντονιστή της. Αυτού του είδους η ομάδα αναγνωρίζει την ατομικότητα/προσωπικότητα και την διαφορετικότητα μεταξύ των μελών. Στην πορεία της ομάδας είναι πιθανό να προκύψει ένα κοινό θέμα για επεξεργασία παρόλο που το κάθε μέλος έχει διαφορετικές ανάγκες. Η ετερογένεια μπορεί να αποτελεί στην αρχή ένα μειονέκτημα της ομάδας καθώς τα μέλη της θα εστιάσουν περισσότερο στις διαφορές παρά στις ομοιότητες τους. Υπάρχουν ωστόσο δυο υποστηρικτικοί παράγοντες που θα ενδυναμώσουν την ομάδα και θα προσφέρουν ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Ο πρώτος παράγοντας είναι η καθολικότητα όπου ο συντονιστής χρησιμοποιεί τις δεξιότητες του για να επισημάνει τις ομοιότητες που μπορεί να μην είναι εμφανείς, όπως συναισθήματα εγκατάλειψης, αξίες (επιθυμία για επιτυχία) ή προσωπικά χαρακτηριστικά (αποφασιστικότητα). Ο δεύτερος υποστηρικτικός παράγοντας είναι ο αλτρουισμός. Η αλληλεπίδραση από τους συνομήλικους οδηγεί τους συμμετέχοντες στην κατανόηση και τον σεβασμό των άλλων μέσα από την αναγνώριση των κρυφών δυνατοτήτων και την αξιολόγηση τους.
- 3) Μέσα από τις ομάδες ανθρώπινων δυνατοτήτων οι συμμετέχοντες έχουν ευκαιρίες να αναπτύξουν τα θετικά χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες τους αφού εστιάζουν περισσότερο στις αναπτυξιακές ανησυχίες παρά στην θεραπεία προβλημάτων. Η διευρυμένη γνώση για την ανθρώπινη ανάπτυξη αποτελεί την βάση αυτών των ομάδων. Φυσικά είναι πολύ βοηθητικό ο συντονιστής να κατέχει γνώση γύρω από τις μεταβατικές περιόδους ζωής και τους πολιτιστικούς παράγοντες που επιδρούν.

- 4) Οι ομάδες ανάπτυξης δεξιοτήτων εκπαιδεύουν τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν τις κοινωνικές ικανότητες τους με έναν παρόμοιο τρόπο που χρησιμοποιούν οι ομάδες συμβουλευτικής/ψυχοθεραπείας. Οι υπεύθυνοι χρησιμοποιούν τεχνικές ανάπτυξης δεξιοτήτων σε συνδυασμό με θεωρητικές προσεγγίσεις όπως τη γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία (π.χ. παιχνίδι ρόλων). Μπορεί επίσης να συμπεριλαμβάνουν την ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων για επιθετικά παιδιά ή έφηβους. Μέσα στην ομάδα οι συμμετέχοντες λαμβάνουν καθοδήγηση, παροχή προτύπου, και ανατροφοδότηση της επίδοσης τους. Εστιάζουν σε θέματα όπως την αντιμετώπιση της κριτικής, την διαπραγμάτευση, και τη επίλυση προβλημάτων (Brown, 2011).

## **2.6 Τα πλεονεκτήματα της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας παιδιών και εφήβων**

Η εφαρμογή ομάδων και ειδικότερα ψυχοεκπαιδευτικών με παιδιά και έφηβους έχει πολλά πλεονεκτήματα και οφέλη τα οποία λειτουργούν θετικά και έξω από το ομαδικό πλαίσιο. Οι Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (2011), επισημαίνουν τα οφέλη από την εφαρμογή των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων σε παιδιά. Για να είναι βέβαια επιτυχής και αποτελεσματική μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα παιδιών και εφήβων ο συντονιστής της ομάδας θα πρέπει να κάνει έναν σχεδιασμό που να αφορά τη δομή και τους στόχους της ομάδας, τη διαδικασία, το μέγεθος της ομάδας, τη διάρκεια και τον αριθμό των συναντήσεων.

Πρώτο πλεονέκτημα των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων αποτελεί η φύση τους, πρόκειται για ένα πλαίσιο οικείο στα παιδιά. Τα παιδιά έχουν μάθει να ανήκουν, να λειτουργούν και να αλληλεπιδρούν σε ομάδες όπως η οικογένεια, το σχολείο για αυτό και η μετάβαση σε μια ομάδα είναι κάτι γνώριμο για αυτά. Η επαφή μεταξύ ενός παιδιού και ενήλικα σε ατομικό επίπεδο είναι πολύ πιο βοηθητική για το παιδί γιατί αναπτύσσεται μια ιδιαίτερα σημαντική σχέση. Ωστόσο, όταν τα παιδιά δεν μπορούν να διαχειριστούν αυτές τις τόσο σημαντικές επαφές με τους ενήλικες, η ένταξη σε μια ομάδα μπορεί να λειτουργήσει εξίσου υποστηρικτικά και το παιδί να μοιράζεται τη σχέση του με τον ενήλικα και με τους συνομηλίκους του.

Εξίσου σημαντικό πλεονέκτημα της εφαρμογής των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων είναι η ευκαιρία που δίνεται στα παιδιά για αλλαγή και βελτίωση μέσα από τις αλληλεπιδράσεις τόσο με άλλα παιδιά όσο και με τον συντονιστή. Τα παιδιά παίρνουν και δίνουν ανατροφοδότηση (θετική ή αρνητική) για τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους και μαθαίνουν στρατηγικές για να βοηθήσουν τους εαυτούς τους. Στην ομάδα ο ρόλος του κάθε παιδιού είναι πολύ υποστηρικτικός για τα υπόλοιπα, αφού λειτουργεί ως πρότυπο για τα άλλα μέλη και μέσα από την ταύτιση τους, οι συμπεριφορές επανορθώνονται (επανορθωτική ταύτιση) (Trounson, 1996).

Η κοινωνική αλληλεπίδραση αποτελεί άλλο ένα σημαντικό πλεονέκτημα των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων για παιδιά. Η κοινωνική αλληλεπίδραση ενέχει την μάθηση αποδεκτών τρόπων συμπεριφοράς και ευκαιρίες για κατάλληλη έκφραση. Το παιδί στο ασφαλές αυτό πλαίσιο καταφέρνει να αναπτυχθεί, να εκφράσει τα συναισθήματα του, να μοιραστεί τα προβλήματα του και να πειραματιστεί. Στις περιπτώσεις δε, που στις ομάδες αυτές συμμετέχουν παιδιά με ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες ή δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, τα μέλη μαθαίνουν να εξασκούνται σε πιο αποδεκτές και λειτουργικές συμπεριφορές και ενισχύεται η αυτοεκτίμηση τους μέσα από τις θετικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

Μέσα από την δημιουργία της ομάδας ικανοποιείται, επίσης, η ανάγκη των παιδιών να ανήκουν κάπου και ενισχύεται η αυτοπεποίθηση τους. Επιπρόσθετα, τα παιδιά αποκτούν κίνητρο για την εκπλήρωση των προσωπικών αναγκών τους αλλά και τις ανάγκες της ομάδας και άρα ενισχύεται ακόμα περισσότερο η αίσθηση ότι ανήκει σε μια ομάδα και είναι χρήσιμος για αυτή.

Τέλος, όσον αφορά ακόμα ένα πλεονέκτημα των ομάδων οι Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (2011), επισημαίνουν ότι οι ομάδες είναι πιο οικονομικά αποδοτικές συγκριτικά με την ατομική εργασία. Η εφαρμογή των ομάδων καλύπτει τις ανάγκες όλων των συμμετεχόντων ταυτόχρονα και σε λιγότερο χρόνο από ότι η ατομική εργασία.



## 2.7 Οι θεραπευτικοί παράγοντες

Ο Yalom (2006), ήταν ο πρώτος που διερεύνησε συστηματικά και εμπειρικά τους παράγοντες που οδηγούν στην αλλαγή στην ομαδική ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα, αναγνώρισε έντεκα θεραπευτικούς παράγοντες όπως *η ενστάλαξη της ελπίδας, η καθολικότητα, η μετάδοση πληροφοριών, ο αλτρουισμός, η διορθωτική ανασύσταση της πρωτογενούς ομάδας (οικογένεια), η ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης, η μιμητική συμπεριφορά, η διαπροσωπική μάθηση, η συνεκτικότητα της ομάδας, η κάθαρση και οι υπαρξιακοί παράγοντες*. Επισημαίνει, μάλιστα, ότι σύμφωνα με τις απόψεις των πελατών, η διαπροσωπική μάθηση και η κάθαρση ήταν οι πιο σημαντικοί θεραπευτικοί παράγοντες ενώ η μιμητική συμπεριφορά και η μετάδοση πληροφοριών ήταν οι λιγότερο σημαντικοί παράγοντες. Ωστόσο, αυτοί οι παράγοντες επιδρούν διαφορετικά σε κάθε τύπο ομάδας και πάντα σε σχέση με τον πληθυσμό από την οποία αποτελείται μια ομάδα. Για παράδειγμα σε μια έρευνα που διεξήχθη (Corder, Whiteside, & Haizlip, 1981), οι συμμετέχοντες ήταν έφηβοι που συμμετείχαν σε ψυχοθεραπευτική ομάδα για ορισμένο χρονικό διάστημα. Οι έφηβοι σημείωσαν ότι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για αυτούς ήταν η κάθαρση, η διαπροσωπική μάθηση και οι υπαρξιακοί παράγοντες ενώ η μιμητική συμπεριφορά και η διορθωτική ανασύσταση της ομάδας ήταν οι λιγότερο σημαντικοί.

### 2.7.1 Οι θεραπευτικοί παράγοντες στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες

Σύμφωνα με την Delucia-Waack (2006), η ομάδα συμπεριλαμβάνει έμφυτους θεραπευτικούς παράγοντες που ενισχύουν την απόδοση και την έκβαση της. Σε κάθε ψυχοεκπαιδευτική, όμως, ομάδα οι θεραπευτικοί παράγοντες ποικίλουν λόγω των διαφορετικών στόχων που θέτει η καθεμία.

Η έρευνα των Shechtman, Bar-el και Hadar (1997) σχεδιάστηκε με σκοπό να συγκρίνει τους θεραπευτικούς παράγοντες που εμφανίζονται σε ομάδες συμβουλευτικής και ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες αποτελούμενες από έφηβους. Ειδικότερα, η σύγκριση μεταξύ τους βασίστηκε στον αριθμό των θεραπευτικών παραγόντων που εμφανίζονται στις θεραπευτικές ομάδες και πως τους αξιολογούν οι συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ήταν 148 μαθητές Λυκείου στο Ισραήλ. Οι 109

μαθητές συμμετείχαν σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες ενώ οι 38 σε ομάδες συμβουλευτικής. Σε κάθε ψυχοεκπαιδευτική ομάδα συμμετείχαν περίπου κατά μέσο όρο 34 μαθητές ενώ στις ομάδες συμβουλευτικής κατά μέσο όρο 19 άτομα. Οι θεραπευτικοί παράγοντες καταγράφηκαν με το εργαλείο αυτοαναφοράς «Κρίσιμα γεγονότα στην Διαδικασία» (Critical Incidence Procedure) το οποίο σχεδιάστηκε από τους Bezon, Pious και Parson το 1963. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αφορούσαν τρεις κατηγορίες: α) τα συναισθήματα των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της συνάντησης-συνεδρίας, β) πράγματα που έμαθαν γενικά και γ) τα πιο σημαντικά πράγματα που έμαθαν μέσα στην ομάδα. Το ερωτηματολόγιο αυτό χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες στην πρώτη, τρίτη, έκτη, ένατη και τελευταία συνάντηση και των δυο ομάδων. Σε κάθε ομάδα εφαρμόστηκε παρέμβαση η οποία αποτελούνταν από 15 εβδομαδιαίες συναντήσεις στο σχολείο, διάρκειας 45 λεπτών. Υπήρχε ένας συντονιστής για κάθε ομάδα και οι στόχοι των δυο ομάδων επικεντρώθηκαν περισσότερο στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, στο θετικό ομαδικό κλίμα και στις σχέσεις μεταξύ των μελών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των θεραπευτικών παραγόντων μεταξύ των δυο τύπων ομάδων αλλά ούτε και στην αξιολόγηση που έδιναν οι μαθητές. Η διαπροσωπική μάθηση και η κάθαρση ήταν οι δυο παράγοντες που έλαβαν μεγαλύτερη αξία και στις δυο ομάδες. Οι συγγραφείς (Shechtman, et al., 1997) επισημαίνουν ότι από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι τόσο οι ομάδες συμβουλευτικής όσο και οι ψυχοεκπαιδευτικές προσφέρουν ένα εύρος εφαρμογών στο σχολικό πλαίσιο

Οι Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (2011) αναφέρουν αναλυτικά τους θεραπευτικούς παράγοντες που εμφανίζονται στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες και με ποιον τρόπο αυτοί λειτουργούν μέσα σε αυτές.

#### *Ενστάλαξη της ελπίδας*

Η ενστάλαξη της ελπίδας σχετίζεται με την προσδοκία του ατόμου ότι θα βοηθηθεί και θα ωφεληθεί μέσα από την συμμετοχή του στην ομάδα και είναι τόσο ισχυρή που μπορεί από μόνη της να βοηθήσει το άτομο να λειτουργήσει καλύτερα. Στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες η ενστάλαξη της ελπίδας παίζει σημαντικό ρόλο και ειδικότερα στις ομάδες για παιδιά, γιατί το κάθε μέλος βλέπει τους συνομήλικους του που έχουν παρόμοια προβλήματα και δυσκολίες να ανταπεξέρχονται αποτελεσματικά. Παρατηρεί τους άλλους έχει ελπίδα για τον εαυτό του.

### *Καθολικότητα*

Η καθολικότητα αποτελεί ένα πολύ έντονο στοιχείο στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες γιατί το θέμα τους είναι συγκεκριμένο και τα μέλη νιώθουν ότι έχουν περισσότερα κοινά στοιχεία μεταξύ τους. Για παράδειγμα, σε μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα παιδιών, τα μέλη έχουν την ίδια ηλικία και αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα όπως την διαχείριση του θυμού. Στην αρχή της ομάδας το κάθε μέλος πιστεύει ότι είναι ο μόνος που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα και δεν αναγνωρίζει τον παράγοντα *καθολικότητα* μέσα στην ομάδα. Αργότερα, όμως, το κάθε μέλος αναγνωρίζει και έχει την δυνατότητα να εντοπίσει ομοιότητες με τους άλλους και να μην νιώθει πλέον απομονωμένο.

### *Μετάδοση πληροφοριών*

Ο συντονιστής σε μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα είναι υπεύθυνος να καθοδηγήσει, να διδάξει νέες ικανότητες στα μέλη να μεταφέρει νέες πληροφορίες και να τις εξηγήσει ώστε να τις αφομοιώσουν τα μέλη της ομάδας. Η διδακτική καθοδήγηση που προσφέρει ο συντονιστής βοηθάει στην αλλαγή των δυσλειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς και συμβάλλει στην συνοχή της ομάδας. Τα μέλη ανταλλάσσουν μεταξύ τους χρήσιμες πληροφορίες και προσφέρουν βοήθεια ενώ ταυτόχρονα ενισχύεται η αίσθηση της αλληλεγγύης και της αλληλοϋποστήριξης.

### *Αλτρουισμός*

Η ομάδα δίνει την δυνατότητα στα παιδιά να προσφέρουν υποστήριξη, συνεργασία και να μοιράζονται τις εμπειρίες τους χωρίς να περιμένουν κάτι από αυτό. Ο αλτρουισμός έχει ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά καθώς νιώθουν ότι προσφέρουν βοήθεια και όχι ότι δέχονται, όπως συνήθως, και άρα νιώθουν χρήσιμα.

### *Διορθωτική ανασύσταση της πρωτογενούς ομάδας*

Μια ομάδα μπορεί να παρομοιαστεί με την οικογένεια καθώς παρουσιάζονται σχέσεις και αλληλεπιδράσεις όπως αυτής μιας οικογένειας (σχέσεις γονέων/παιδιών, συνομήλικων/αδελφών). Αν και το χρονικό διάστημα που πραγματοποιούνται οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες δεν είναι μεγάλο, ωστόσο, είναι πολύ πιθανό η μεταβίβαση να είναι έντονη ανάμεσα στα μέλη, στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης. Τότε λειτουργεί θεραπευτικά ο παράγοντας *διορθωτική ανασύσταση* γιατί ο

συντονιστής ή οι συντονιστές βοηθούν το παιδί να κατανοήσει και να αξιολογήσει τον ρόλο του μέσα στην ομάδα και να δοκιμάσει νέους τρόπους αλληλεπίδρασης.

#### *Ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης*

Η ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης αποτελεί χρήσιμο παράγοντα στις ομάδες για παιδιά και αποτελεί είτε κύριο στόχο της ομάδας είτε επιβοηθητικό, ανάλογα με το θέμα της ομάδας. Ειδικότερα, για τα παιδιά τα οποία βρίσκονται στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης τους, η μάθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι πολύ ωφέλιμη και σημαντική στις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους, προκειμένου να μάθουν νέες πιο αποδεκτές κοινωνικές συμπεριφορές. Και μάλιστα για τα παιδιά που δεν έχουν ακόμα αναπτύξει στενές διαπροσωπικές σχέσεις η ομάδα αποτελεί το πρώτο πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν ανατροφοδότηση ως προς την κοινωνική τους συμπεριφορά.

#### *Μιμητική συμπεριφορά*

Η μίμηση παίζει σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της μάθησης ειδικά για τα μικρά παιδιά. Η συμμετοχή στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα δίνει ευκαιρίες στα μέλη να μιμηθούν τόσο τις συμπεριφορές του συντονιστή, όσο και των άλλων παιδιών ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο την παροχή προτύπου συμπεριφοράς. Το παιδί μιμείται τον τρόπο που οι συνομήλικοί του διαχειρίζονται τα προβλήματα τους και τον ωθεί να πειραματιστεί και αυτός σε συμπεριφορές πιο λειτουργικές για τον ίδιο.

#### *Διαπροσωπική μάθηση*

Η διαπροσωπική μάθηση δεν αποτελεί συνήθως κυρίαρχο στόχο στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες. Ωστόσο, το παιδί μέσα από την αλληλεπίδραση με τους συνομήλικους τους μαθαίνει τους κανόνες συμπεριφοράς που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις. Μέσα από την ανατροφοδότηση και την αξιολόγηση αναγνωρίζει τις δυσκολίες, τις αδυναμίες ή τα προβλήματα του, γίνεται δηλαδή παρατηρητής του εαυτού του και των άλλων και τροποποιεί τις πιο δυσλειτουργικές συμπεριφορές του. Τις πιο αποδοτικές συμπεριφορές που απέκτησε θα τις μεταφέρει από την ομάδα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

#### *Η συνοχή της ομάδας*

Η συνοχή στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες αναπτύσσεται μέσα από τις ομοιότητες που εμφανίζουν τα μέλη μεταξύ τους και τις εμπειρίες που μοιράζονται. Όταν λοιπόν έχουν χώρο να εκφράσουν, να επεξεργαστούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους και βιώνουν την κατανόηση και την αποδοχή μπορούν να αναπτύξουν πιο ουσιαστικές και βαθύτερες σχέσεις με τους άλλους και να συνεργαστούν μαζί τους. Η συνοχή της ομάδας ενισχύει την αυτοεκτίμηση των παιδιών και την μάθηση πιο αποδεκτών τρόπων κοινωνικής συμπεριφοράς με στόχο τα μέλη να κερδίσουν την εκτίμηση της ομάδας και να προσαρμοστούν στον έξω-ομαδικό περιβάλλον.

#### *Κάθαρση*

Η συναισθηματική έκφραση και η ανταλλαγή συναισθημάτων μέσα στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα οδηγεί στην συναισθηματική αποφόρτιση των συμμετεχόντων και στην κάθαρση. Ωστόσο, στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για παιδιά δεν υπάρχει χρόνος για να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και επομένως για να εκφραστούν ελεύθερα και ανοιχτά τα συναισθήματα. Μπορεί η συναισθηματική αποφόρτιση να θέσει σε κίνδυνο τους στόχους και την ασφάλεια των μελών. Σε άλλες περιπτώσεις όπου στόχος της ομάδας είναι η διαχείριση του θυμού και των συγκρούσεων μπορεί να υπάρξει σε κάποιο βαθμό κάθαρση με προσεκτικούς όμως χειρισμούς από την πλευρά του συντονιστή.

#### *Υπαρξιακοί παράγοντες*

Οι υπαρξιακοί παράγοντες αφορούν θέματα της ύπαρξης, σκέψεις και συναισθήματα γύρω από αυτές. Πρέπει να επισημανθεί, όμως, ότι σε κάθε ψυχοεκπαιδευτική ομάδα οι υπαρξιακοί παράγοντες διαφέρουν, ανάλογα με τους στόχους της. Λόγου χάρη, σε μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα παιδιών χωρισμένων γονιών μπορεί να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση σε υπαρξιακά ζητήματα από ότι σε μια ομάδα που έχει ως στόχο την διαχείριση του θυμού τους. Σε κάθε περίπτωση ο συντονιστής της ομάδας πρέπει να χειρίζεται κατάλληλα και με ασφαλές τρόπο για την ομάδα.

Οι Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (σελ. 71, 2011), αναφέρουν ότι οι παράγοντες όπως η καθολικότητα, η μετάδοση πληροφοριών, ο αλτρουισμός, η ανάπτυξη τεχνικών κοινωνικοποίησης, η μιμητική συμπεριφορά, η διαπροσωπική μάθηση και η συνοχή συναντώνται αρκετά συχνά στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες καθώς σχετίζονται με τους στόχους και την λειτουργία της ομάδας. Από την άλλη

πλευρά, η διορθωτική ανασύσταση, οι υπαρξιακοί παράγοντες και η κάθαρση συναντώνται σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες όπου χρειάζεται κατάλληλη εκπαίδευση του συντονιστή

## **2.8 Σχεδιασμός ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων**

Πριν την έναρξη της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας και των συναντήσεων, ο συντονιστής ή οι συντονιστές είναι απαραίτητο να λάβουν υπόψη τους ορισμένους παράγοντες για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή, προκειμένου να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011. Delucia-Waack, 2006).

### **Αξιολόγηση**

Το πρώτο βήμα που πρέπει να ακολουθήσει ο συντονιστής είναι να συλλέξει τις απαραίτητες πληροφορίες για να αξιολογήσει τις ανάγκες των συμμετεχόντων. Ένας τρόπος είναι να επισκεφτεί τα σχολεία για να διερευνήσει τα ενδιαφέροντα ή τις ανησυχίες των μαθητών, για ποια θέματα θα επιθυμούσαν ή θα ήταν ωφέλιμο να συμμετάσχουν σε μια τέτοια ομάδα. Για να επιτευχθεί το βήμα αυτό θα ήταν καλό ο συντονιστής να μοιράσει κάποια ερωτηματολόγια στους μαθητές και μαθήτριες για να διερευνήσει τις προτιμήσεις του, πριν την έναρξη της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας. Επιπρόσθετα, ο συντονιστής θα μπορούσε να έρθει σε επαφή με τους διδάσκοντες οι οποίοι λόγω της επαφής με τα παιδιά και τους εφήβους γνωρίζουν τι είδους ομάδες θα ωφελήσουν τα παιδιά.

Στη συνέχεια, ο συντονιστής πρέπει να ξεκαθαρίσει τον σκοπό για τον οποίο θα συγκροτηθεί η ψυχοεκπαιδευτική ομάδα, σύμφωνα με τις ανάγκες των παιδιών, και να οριοθετήσει τους στόχους. Κάθε ψυχοεκπαιδευτική ομάδα πρέπει να έχει έναν σκοπό που μπορεί να αφορά την εκπαίδευση, την μάθηση ή την υποστήριξη. Ο σκοπός πρέπει να είναι ξεκάθαρος γιατί σύμφωνα με αυτόν θα αναπτυχθούν και οι υπόλοιπες συνιστώσες αυτής. Ο συντονιστής μπορεί να καταγράψει τον σκοπό ή τους σκοπούς για τους οποίους θέλει να συγκροτήσει την ψυχοεκπαιδευτική ομάδα και να προσπαθήσει να ακολουθήσει το σχέδιο του.

### **Οι στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας**

Αφού έχει αποσαφηνιστεί ο σκοπός δημιουργίας της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, ο συντονιστής μπορεί να ορίσει τους επιμέρους στόχους της. Οι στόχοι αφορούν τη γενική γνώση, τη μάθηση, τη δεξιότητα ή τις δεξιότητες που θα αποκτήσουν οι συμμετέχοντες, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής τους στην ομάδα. Επειδή ο χρόνος είναι περιορισμένος, οι επιμέρους στόχοι δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τους δυο σε αριθμό. Για παράδειγμα, ένας στόχος σε μια ψυχοεκπαιδευτική ομάδα παιδιών ηλικίας 8 με 10 θα ήταν η απόκτηση γνώσης σχετικά με την αγορά εργασίας και η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

### **Μέγεθος ομάδας και Φύλο**

Βάσει των στόχων που έθεσε ο συντονιστής της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, πρέπει να αποφασίσει για το μέγεθος της ομάδας και το φύλο των συμμετεχόντων. Ο ιδανικός αριθμός συμμετεχόντων ποικίλει ανάλογα με την ηλικία των παιδιών. Σε μικρότερες ηλικίες ο ιδανικός αριθμός είναι τρία με έξι παιδιά, πέντε με επτά παιδιά για ηλικίες 6 με 9 και πάνω από οχτώ παιδιά σε ομάδες εφήβων. Επίσης, θα πρέπει να συμπεριληφθεί και ο παράγοντας αποχώρησης των παιδιών από την ομάδα και για αυτόν τον λόγο θα χρειαστεί να συμπεριληφθούν περισσότερα παιδιά από τον αναμενόμενο αριθμό.

Όσον αφορά το φύλο των παιδιών σε μικρότερες ηλικίες δεν φαίνεται να επηρεάζει τη διαδικασία. Εξαρτάται βέβαια και από τις δυνατότητες και την εμπειρία του συντονιστή αν θα συμπεριλάβει στην ομάδα του και τα δυο φύλα (αγόρια-κορίτσια) ή μόνο ένα από αυτά. Κάποιοι σύμβουλοι αναφέρουν ότι η διαφορετικότητα στα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των δυο φύλων αυξάνει την αποτελεσματικότητα της ομάδας.

### **Διάρκεια και Αριθμός Συναντήσεων**

Η διάρκεια κάθε συνάντησης μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων. Για παιδιά ηλικίας έξι χρονών και κάτω, 20 με 30 λεπτά είναι μια καλή διάρκεια, 30 με 40 λεπτά για παιδιά ηλικίας 6 με 9 ετών και 40 με 75 λεπτά για παιδιά ηλικίας εννέα ετών και άνω (Thompson and Rudolph, 1988). Ο αριθμός των έξι με οχτώ συναντήσεων κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους είναι

ένας καλός αριθμός για τη διάρκεια μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, λόγω και της πίεσης του χρόνου. Ένας άλλος παράγοντας που παίζει ρόλο στον αριθμό των συναντήσεων είναι το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται τα παιδιά ή οι έφηβοι, μέλη της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας.

Ανεξάρτητα από την διάρκεια της ομάδας, οι πρώτες δυο συναντήσεις πρέπει να αφορούν την εγκαθίδρυση στόχων και κανόνων της ομάδας, την σύσταση της ομάδας και την ανάπτυξή της. Αντίστοιχα, προς το τέλος μια τουλάχιστον συνεδρία, αν όχι δυο, πρέπει να αφιερωθεί στους στόχους της ομάδας και τις δεξιότητες και γνώσεις που αποκτήθηκαν μέσα από αυτούς. Στην τελευταία συνάντηση, επίσης, είναι δεδομένο για την διαδικασία της ομάδας ότι τα παιδιά-μέλη θα εκφράσουν τα συναισθήματά τους για την ομάδα και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες και θα συζητήσουν για αυτά που έμαθαν και με ποιον τρόπο θα τα χρησιμοποιήσουν έξω από το πλαίσιο της ομάδας. Για αυτό ο συντονιστής όταν σχεδιάζει μια ομάδα πρέπει να συμπεριλάβει μια με δυο συναντήσεις εισαγωγής, μια με δυο για τον τερματισμό της ομάδας και μια με δυο συναντήσεις για κάθε στόχο που έχει επιλέξει.

#### **Δραστηριότητες**

Οι Jones και Robinson (2000), αναφέρουν ότι οι δραστηριότητες πρέπει να είναι αντίστοιχες του σταδίου ή της φάσης που βρίσκεται η ομάδα (π.χ. φάση σύγκρουσης). Ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η ομάδα, τα μέλη της παρουσιάζουν διαφορετικές ανάγκες και ικανότητες. Για αυτόν τον λόγο ο συντονιστής πρέπει να υπολογίσει τον βαθμό της έντασης της κάθε δραστηριότητας και τι αντίκτυπο θα έχει στους συμμετέχοντες. Δεύτερον, ο συντονιστής πρέπει να έχει ήδη αποσαφηνίσει τον πρωταρχικό στόχο σύστασης της ομάδας και των επιμέρους στόχων της για να επιλέξει τις κατάλληλες δραστηριότητες (Delucia-Waack, 2006). Δεν αρκεί οι δραστηριότητες να είναι απλά διασκεδαστικές για τους συμμετέχοντες.

Επιπλέον, ένας σημαντικός παράγοντας όπως αναφέρουν οι Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (2011), για την σωστή επιλογή των δραστηριοτήτων αποτελεί ο χρόνος που διαθέτει ο συντονιστής για να την εφαρμόσει και να την αξιολογήσει. Θα ήταν επομένως ωφέλιμο να κάνει μια πρόβα από πριν για να εκτιμήσει τον χρόνο. Πρέπει να έχει υπόψη του και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάποιων παιδιών που συμμετέχουν στην ομάδα, δηλαδή μπορεί να υπάρχουν



ντροπαλά παιδιά που δυσκολεύονται να συμμετάσχουν σε μια δραστηριότητα στην οποία θα εκτεθούν πολύ. Τέλος η επιλογή των δραστηριοτήτων εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του, αν νιώθει ότι του ταιριάζουν ορισμένες δραστηριότητες ώστε να τις εκτελέσει με άνεση.

Γενικά κάποια είδη δραστηριοτήτων που εφαρμόζονται στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες είναι: α) οι εικαστικές δραστηριότητες, β) το θεατρικό παιχνίδι ή το παιχνίδι ρόλων, γ) οι σωματικές δραστηριότητες, δ) η μουσική, ε) η φαντασία και άλλα ενώ υπάρχει πλήθος βιβλίων που μπορεί να συμβουλευτεί ο συντονιστής ή οι συντονιστές (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011. Delucia-Waack, 2006).

#### **Η δομή της συνάντησης**

Η δομή στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα είναι απαραίτητη για να προάγει την συνέχεια και την ασφάλεια στα παιδιά και είναι ουσιώδης για τη σωστή και αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου. Ανάλογα με το είδος της ομάδας και την ηλικία των συμμετεχόντων η δομή μπορεί να διαφέρει. Όσο πιο νέα σε ηλικία είναι τα μέλη της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, τόσο περισσότερο η δομή είναι απαραίτητη. Προσφέρει την ομαλή μετάβαση από την μια συνάντηση στην άλλη και δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης καθώς όλα είναι προβλέψιμα και αναμενόμενα. Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες είναι συνήθως πιο δομημένες, με την χρήση δραστηριοτήτων οι οποίες διευκολύνουν την συζήτηση ενός θέματος μέσα στην ομάδα και την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και συμπεριφορών.

Η συνάντηση μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας αποτελείται, τυπικά, από τέσσερα μέρη. Το *άνοιγμα*, το οποίο περιλαμβάνει στοιχεία από την προηγούμενη συνάντηση, κάποιες εργασίες για το σπίτι και την εισαγωγή στην νέα συνάντηση και στα καινούργια θέματα. Το *κύριο μέρος* εστιάζει στους στόχους της ομάδας με συζητήσεις γύρω από ένα επιλεγμένο θέμα ή την εκμάθηση δεξιοτήτων ή ακόμα και την εφαρμογή αποτελεσματικών συμπεριφορών. Η *συζήτηση*, αφορά το πιο σημαντικό κομμάτι στις ομάδες ψυχοεκπαίδευσης και τέλος, το *κλείσιμο* όπου οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν τα οφέλη από την συμμετοχή τους στην ομάδα (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011. Delucia-Waack, 2006).

### *Άνοιγμα*

Το άνοιγμα σε κάθε συνάντηση έχει δυο στόχους: πρώτον, να θυμίσει στα μέλη τις εργασίες της προηγούμενης συνάντησης και δεύτερον, να τους εισάγει στο θέμα της παρούσας συνάντησης. Οι συμμετέχοντες της ομάδας καλούνται να μοιραστούν σκέψεις και συναισθήματα από τις προηγούμενες συναντήσεις και από την παρούσα. Η έκφραση συναισθημάτων διευκολύνεται μέσα από κάποιες ασκήσεις (rounds-check-in) όπου το κάθε παιδί απαντά σε σχετικές ερωτήσεις (*Πώς νιώθετε σήμερα;*) ή μέσω μιας άσκησης προθέρμανσης (warm-up activity) που θα κινητοποιήσει όλα τα μέλη. Στην περίπτωση που ο συντονιστής έχει αναθέσει κάποιες εργασίες στα παιδιά από την προηγούμενη συνάντηση, το άνοιγμα αποτελεί ευκαιρία να συζητηθούν οι εργασίες αυτές. Τέλος, το μέρος αυτό πρέπει να περιλαμβάνει μια σύνοψη της προηγούμενης συνάντησης.

### *Κύριο μέρος*

Το κύριο μέρος αφορά τους στόχους σύστασης μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, που σημαίνει την τροποποίηση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών ή δεξιοτήτων των μελών και την υιοθέτηση νέων. Στο πρώτο μέρος ο συντονιστής καλείται να διδάξει την επιμέρους θεματική ενότητα και να βοηθήσει τα παιδιά να επεξεργαστούν τις νέες πληροφορίες. Στο δεύτερο μέρος, οι συμμετέχοντες προσπαθούν να εφαρμόσουν τις καινούργιες δεξιότητες ή έννοιες που έχουν διδαχθεί με την βοήθεια του συντονιστή. Σε αυτήν την φάση οι ομαδικές δραστηριότητες και οι βιωματικές ασκήσεις προσφέρουν την αλληλεπίδραση των μελών, την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και την εξάσκηση νέων συμπεριφορών.

### *Συζήτηση*

Η Delucia-Waack (2006) αναφέρει ότι το κομμάτι της συζήτησης είναι απαραίτητο για την αποτελεσματικότητα όλων των ομάδων ανεξάρτητα από την ηλικία, τους στόχους ή τους συμμετέχοντες της. Οι ερωτήσεις που διατυπώνονται σκοπεύουν να βοηθήσουν τα μέλη να αναλογιστούν τις αντιδράσεις τους να κατανοήσουν τον εαυτό τους και να μεταφέρουν αυτήν την γνώση στη ζωή τους. Για παράδειγμα ο συντονιστής μπορεί να ζητήσει από τους συμμετέχοντες να πουν τι έμαθαν σε μια συνάντηση με μια φράση όπως «Σήμερα μέσα από την ομάδα έμαθα ότι.....» και με αυτόν τον τρόπο να βεβαιωθεί ότι τα παιδιά κατέχουν νέες ικανότητες και ότι θα τις εφαρμόσουν στην ζωή τους. Επιπλέον άλλες ερωτήσεις όπως «Πως βοήθησες τον

εαυτό σου σήμερα ή πως βοήθησες τους άλλους», βοηθούν τους συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν τους θεραπευτικούς παράγοντες μέσα στην ομάδα, την επικοινωνία, την επίλυση προβλημάτων και τις κοινωνικές δεξιότητες. Το κομμάτι της συζήτησης διαρκεί λίγα λεπτά (3-8) και συνοδεύεται από μια μικρή σύνοψη που συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση και την ανατροφοδότηση της ομάδας.

#### *Κλείσιμο*

Το κλείσιμο δίνει έμφαση στην μετάβαση έξω από την ομάδα. Το κάθε μέλος της ομάδας μεταφέρει τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις νέες συμπεριφορές του έξω από την ομάδα. Αυτή η δράση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την ανάθεση εργασιών για το σπίτι (homework) οι οποίες μπορεί να αφορούν το σύνολο της ομάδας ή να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε μέλους. Εκτός από αυτό, το κλείσιμο πρέπει να περιλαμβάνει μια δραστηριότητα που θα συμβολίζει το προσωρινό τέλος της ομάδας καθώς τα παιδιά κατά την μετάβαση τους στην εξωομαδική ζωή δεν πρέπει να έχουν αφήσει έντονα ή άλυτα συναισθήματα. Μπορεί, λόγω χάρη ο συντονιστής να βάλει χαλαρωτική μουσική για να τα βοηθήσει να αποχωρήσουν ήρεμα από την ομάδα.

Οι Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου και Ρέγκλη (2011) επισημαίνουν ότι αν και υπάρχει αυτή η δομή σε κάθε συνάντηση δεν είναι απαραίτητο να είναι άκαμπτη. Με άλλα λόγια ο συντονιστής πρέπει να έχει πάντα στο μυαλό του τις ανάγκες της ομάδας αλλά αν χρειαστεί να προσαρμόσει κάποια στοιχεία της στο εδώ -και -τόρα για να είναι πιο αποτελεσματική η ομάδα και ο ίδιος να νιώθει πιο ασφαλής.

### **2.9 Η αποτελεσματικότητα των ομάδων στα σχολεία**

Οι Gerrity και Delucia- Waack (2006) επισημαίνουν ότι από τους τέσσερις τύπους ομάδων που προτείνει η Ένωση Ειδικών στην Ομαδική Εργασία (ASGW, 2000) οι ομάδες συμβουλευτικής/ψυχοθεραπείας και οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες είναι οι πιο συνηθισμένες παρεμβάσεις στο σχολικό περιβάλλον. Οι ομάδες συμβουλευτικής/ψυχοθεραπείας εφαρμόζονται για θεραπευτικούς σκοπούς (π.χ. κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές) ενώ οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες χρησιμοποιούνται περισσότερο στα σχολεία στα πλαίσια της πρόληψης και πρώτης

παρέμβασης για τους μαθητές που βρίσκονται σε ομάδες κινδύνου. Οι «ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες χρησιμοποιούν ομαδικές εργασίες και αναπτυξιακές στρατηγικές» (ASGW, σελ. 330) ειδικότερα παιχνίδι ρόλων, επίλυση προβλημάτων και εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε μια προσπάθεια να αποτρέψουν προβλήματα όπως διαχείριση θυμού, αυτοεκτίμηση και άλλα.

Οι Hoag και Burlingame (1997) πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση των ερευνών και αναφέρουν ότι οι 56 έρευνες που αφορούσαν την παρέμβαση σε ομαδικό επίπεδο (74% έλαβαν χώρα στα σχολεία) μεταξύ 1947 και 1997 είχαν θέματα όπως προβλήματα συμπεριφοράς, κοινωνικές δεξιότητες και διαχείριση καταστάσεων όπως το διαζύγιο. Πάνω από το 60% των προγραμμάτων αυτών εφάρμοσαν τεχνικές από την συμπεριφορική ή γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία και φάνηκε βελτίωση στη μη λειτουργική συμπεριφορά, στο άγχος, στην προσαρμογή σε ένα διαζύγιο, στις κοινωνικές δεξιότητες και στην αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων.

Οι Durlak και Wells (1997) κάνοντας μια μετά-ανάλυση των 156 προγραμμάτων πρόληψης για παιδιά και εφήβους, που πραγματοποιήθηκαν κατά πλειοψηφία σε σχολεία, επισημαίνουν ότι υπήρξε βελτίωση από 59% μέχρι και 82% σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Επιπρόσθετα σημειώνουν ότι οι πιο αποτελεσματικές ομάδες ήταν αυτές που χρησιμοποιούσαν μεθόδους και τεχνικές της συμπεριφορικής-γνωστικής θεραπείας.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες δίνουν περισσότερο έμφαση στον πρωτογενή τομέα πρόληψης, δηλαδή απευθύνονται σε άτομα που δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα ή δυσλειτουργική συμπεριφορά. Για αυτό τον λόγο οι Kulic, Dagley και Horne (2001), υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτών πρέπει να αξιολογηθεί σε βάθος χρόνου. Επιπλέον, είναι ανάγκη να πραγματοποιηθούν έρευνες που θα εστιάζονται όχι μόνο στην έκβαση του αποτελέσματος αλλά και στην ίδια την διαδικασία της ψυχοεκπαίδευσης για να εξάγουμε συμπεράσματα για την λειτουργικότητα και την αποδοτικότητα των ομάδων αλλά για να βελτιωθούν τα ήδη υπάρχοντα προγράμματα (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011). Η Brown (2011) επισημαίνει ότι δεν υπάρχει αρκετό ερευνητικό υλικό σε σχέση με το περιεχόμενο των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων, δηλαδή το διδακτικό και μαθησιακό κομμάτι τους όπως οι δραστηριότητες και η μετάδοση πληροφοριών και είναι

επιτακτική ανάγκη η μελλοντική έρευνα πρέπει να προσανατολιστεί προς αυτά τα ερωτήματα.

Από την άλλη μεριά, οι Mytton, Di Guisepi, Cough, Taylor, και Logan (2002), πραγματοποίησαν μια μετά-ανάλυση των ερευνών σε σχέση με τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε παιδιά με επιθετικότητα και πρόβλημα ελέγχου του θυμού τους και συμπέραναν ότι η εφαρμογή τους είχε περιορισμένη αποτελεσματικότητα ως προς την μείωση των επεισοδίων βίαιης συμπεριφοράς και επιθετικότητας των παιδιών. Και πάλι, όπως αναφέρουν οι Gerrity και Delucia- Waack (2006), υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί στις έρευνες που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των ομαδικών παρεμβάσεων όπως το μικρό δείγμα, η απουσία επαναξιολόγησης των αποτελεσμάτων (feedback) και ομάδες έλεγχου και άλλα.

Η εφαρμογή των ομάδων στο σχολικό πλαίσιο αποδεικνύεται αποτελεσματική για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ενίσχυση της γνώσης των παιδιών και των εφήβων. Ωστόσο, οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικές στον τομέα της πρόληψης ενώ είναι τόσο αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται για να καταστείλουν ή να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές ή προβλήματα (Βασιλόπουλος, Κουτσοπούλου & Ρέγκλη, 2011).

#### **2.10 Εφαρμογή ομαδικών προγραμμάτων στο σχολικό πλαίσιο για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών**

Ο τομέας της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών πραγματοποίησε μεγάλα βήματα τις τελευταίες δεκαετίες και ειδικότερα, την τελευταία δεκαετία. Υπάρχει ένα συνεχές ενδιαφέρον για τη σημασία της πρόληψης στους νέους ανθρώπους (παιδιά και έφηβους) σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές, δηλαδή να αισθάνονται καλύτερα με τον εαυτό τους και το σώμα τους και να αποφεύγουν μη υγιείς διατροφικές συμπεριφορές, ώστε να αποφευχθούν οποιαδήποτε διατροφικά προβλήματα στο μέλλον. Όπως επισημαίνουν οι Neumark-Sztainer, Levine, Paxton, Smolak, Piran και Wertheim (2006), έχουν προταθεί διάφορα προγράμματα πρόληψης

που εντάσσονται στο σχολικό πρόγραμμα και κινητοποιούν τους μαθητές και μαθήτριες σε αυτά τα ευαίσθητα θέματα.

Ειδικότερα, πρέπει να επισημανθεί ότι έχουν εφαρμοστεί προγράμματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών στο σχολικό πλαίσιο (Killen, Taylor, Hammer, Litt, Wilson et al., 1993. Neumark-Sztainer, Butler, & Palti, 1995. Paxton, 1993) στην Αμερική, στην Αυστραλία και στο Ισραήλ αντίστοιχα. Κάθε ένα από αυτά τα προγράμματα χρησιμοποιούσαν την ίδια στρατηγική, δηλαδή την παροχή πληροφοριών σε σχέση με την κατανάλωση θερμίδων, την υγιεινή διατροφή, την κοινωνική κατασκευή του σώματος και άλλα. Από τα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών φάνηκε ότι οι μαθητές κέρδισαν γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές και τα προβλήματα διατροφής αλλά δεν επηρέασαν τις στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές των συμμετεχόντων σε σχέση με το φαγητό. Κάποιοι επιστήμονες υποστηρίζουν μάλιστα ότι τέτοιες παρεμβάσεις, που στηρίζονται μόνο στην μετάδοση πληροφοριών γύρω από τις διατροφικές διαταραχές αποδεικνύονται επικίνδυνες ή επιζήμιες για τους έφηβους καθώς αυξάνουν την γνώση γύρω από τις διατροφικές διαταραχές και τους πληροφορούν για νέες επικίνδυνες πρακτικές γύρω από τον έλεγχο του βάρους τους (Neumark-Sztainer, Levine, Paxton, Smolak, Piran et al., 2006).

Για αυτόν τον λόγο προτάθηκαν και εφαρμόστηκαν από ορισμένους ερευνητές προγράμματα πρόληψης των διατροφικών διαταραχών που συμπεριέλαβαν και άλλους παράγοντες όπως την αυτοεκτίμηση, την θετική εικόνα του σώματος και άλλα. Το πρόγραμμα πρόληψης «Everybody's different» το οποίο εφαρμόστηκε στην Αυστραλία είχε ως στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των εφήβων, τη βελτίωση της εικόνας του σώματος τους και των συνήθειών-συμπεριφορών τους απέναντι στο φαγητό (O' Dea & Abraham, 2000). Οι συμμετέχοντες ήταν 470 έφηβοι (173 αγόρια και 297 κορίτσια), ηλικίας 15-16 χρονών. Το πρόγραμμα πρόληψης που εφαρμόστηκε αποτελούνταν από εννέα συναντήσεις που σχετίζονταν με την διαχείριση του στρες, την ενίσχυση της θετικής αυτοαντίληψης, τα στερεότυπα στην κοινωνία σχετικά με το σώμα και την εξωτερική εμφάνιση, τη θετική αυτοαξιολόγηση και την εκμάθηση διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης βελτίωσε τις συνήθειες και τις στάσεις των μαθητών και μαθητριών απέναντι στο φαγητό, ακόμα και αυτούς που άνηκαν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Το πρόγραμμα πρόληψης των διατροφικών διαταραχών «Healthy Body Image: Teaching Kids to Eat and Love their bodies Too!» των Kater, Rohwer και Levine (2000), εφαρμόστηκε σε 222 μαθητές και μαθήτριες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Μινεσότα των ΗΠΑ. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποσκοπούσε στην ενημέρωση των μαθητών για τις υγιείς μεθόδους ελέγχου του βάρους τους και τις αλλαγές στο σώμα, στη διδασκαλία των γενετικών διαφορών σχετικά με το σώμα, στην έμφαση στην διαίτα και στην προώθηση υγιών συνηθειών σε σχέση με το φαγητό. Οι δραστηριότητες που εφαρμόστηκαν στα πλαίσια της παρέμβασης στόχευαν στην ενθάρρυνση των μαθητών να αναπτύξουν ικανότητες και ενδιαφέροντα που δεν στηρίζονται στην εξωτερική εμφάνιση και στην εκμάθηση δεξιοτήτων ώστε να αξιολογούν με κριτική σκέψη τα πρότυπα που προβάλλονται. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πρώτον, ότι οι μαθητές και μαθήτριες απέκτησαν γνώση σχετικά με το φαγητό και δεύτερον ότι οι συμμετέχοντες απέκτησαν πιο θετική εικόνα για το σώμα τους μετά την παρέμβαση (64% μετά, 34% πριν). Το 70% των παιδιών δήλωσαν ότι η εξωτερική εμφάνιση δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα δυσαρέσκειας σε σχέση με την συνολική τους αυτοεκτίμηση. Μετά την παρέμβαση απέκτησαν πιο υγιείς συνήθειες σε σχέση με το φαγητό.

Η πλειοψηφία των ομαδικών προγραμμάτων πρόληψης διατροφικών διαταραχών δεν στοχεύει μόνο στα αγόρια αλλά και στα κορίτσια. Ένα τέτοιο πρόγραμμα πρόληψης των διατροφικών διαταραχών που στόχευε και στα δυο φύλα ήταν των Norwood, Murray, Nolan και Bowker (2011), στο οποίο συμμετείχαν 77 μαθητές (36 αγόρια και 41 κορίτσια) ηλικίας περίπου 11 χρονών. Το πρόγραμμα το οποίο ονομάστηκε «Beautiful form the Inside out» και πραγματοποιήθηκε στο σχολείο του Οντάριο. Αποτελούνταν από πέντε συναντήσεις που αφορούσαν την αυτοεκτίμηση, την επίδραση των προτύπων σε αυτή, την διαφορετικότητα του καθενός και τις επικοινωνιακές δεξιότητες. Τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά, ως προς την αυτοεκτίμηση και τις επικοινωνιακές δεξιότητες και για τα δυο φύλα .

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι στα προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης των διατροφικών διαταραχών πρέπει να συμπεριληφθεί και η παχυσαρκία (Irving & Neumark-Sztainer, 2002). Όπως έχει ήδη επισημανθεί στο πρώτο κεφάλαιο η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται ως διατροφικό πρόβλημα και αποτελεί ταυτόχρονα

παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση βουλιμίας. Μάλιστα, οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία, οι διατροφικές διαταραχές και οι μέθοδοι ελέγχου του βάρους τους αποτελούν μέρος ενός συνεχούς, σχετικό με το φαγητό και το βάρος και είναι αλληλοεξαρτώμενα. Επομένως τα προγράμματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών που θα εφαρμοστούν στο μέλλον είναι απαραίτητο να στοχεύουν και στην αποτροπή εμφάνισης της παχυσαρκίας

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης και πρόληψης διατροφικών διαταραχών στα σχολεία, αξιολογήθηκε με ένα πρόγραμμα παρέμβασης που εφαρμόστηκε το 2007 στην Μελβούρνη της Αυστραλίας, σε έφηβες μαθήτριες. (Richardson & Paxton, 2010). Στο πρόγραμμα «Happy being me» συμμετείχαν 194 κορίτσια (104 στην πειραματική ομάδα και 90 στην ομάδα ελέγχου), ηλικίας περίπου 12 χρονών. Στις συναντήσεις που πραγματοποιήθηκαν, συζητήθηκαν θέματα γύρω από τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία, για την εικόνα του σώματος και τις διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους, για την εξωτερική εμφάνιση και για την ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια με το σώμα. Τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση της έρευνας έδειξαν ότι το πρόγραμμα είχε θετική επίδραση στους συμμετέχοντες και βελτίωσε την εικόνα που είχαν για το σώμα τους και την γενικότερη αυτοεικόνα τους (αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών). Επιπρόσθετα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος βελτιώθηκαν οι συνήθειες και οι συμπεριφορές των κοριτσιών γύρω από την διαίτα και ενισχύθηκε σε μεγάλο βαθμό η αυτοεκτίμηση τους.

Στην έρευνα των Smolak και Levine (2001), οι 289 συμμετέχοντες, ηλικίας 9-11 ετών είχαν συμμετάσχει σε ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα δυο χρόνια νωρίτερα («The Eating Smart, Eating for me»). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα στόχευε στην αύξηση της γνώσης σχετικά με την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, στην θετική εικόνα του σώματος, στην γνώση για το πάχος και στην κριτική αξιολόγηση των εικόνων που προβάλλουν τα μέσα. Φάνηκε ότι 2 χρόνια μετά την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, οι έφηβοι χρησιμοποιούσαν λιγότερο ανθυγιεινές μεθόδους του σωματικού τους βάρους και εμφάνιζαν υψηλότερη σωματική αυτοεκτίμηση. Κατά τη διάρκεια αυτών των δυο χρόνων δεν υπήρχαν κάποιες έξτρα συναντήσεις ούτε κάποιο άλλο πρόγραμμα στο οποίο να συμμετείχαν τα ίδια παιδιά.



Συμπερασματικά, λοιπόν, η εφαρμογή και η αξιολόγηση των ομαδικών προγραμμάτων και ειδικότερα των ψυχοεκπαιδευτικών είναι απαραίτητη στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία. Τα προγράμματα αυτά πρέπει εκτός από την παροχή γνώσεων να εστιάζουν στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοαντίληψη και στην θετική εικόνα του σώματος για να έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να στηρίζονται σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο που εξηγεί την αιτία εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών και να συμπεριλαμβάνουν και τα δυο φύλα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΕΡΕΥΝΑ

#### 3.1 Ο σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών σε έφηβους. Τα προγράμματα πρόληψης των διατροφικών διαταραχών σε παιδιά και έφηβους που είχαν εφαρμοστεί σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία (Kater, Rohwer & Levine, 2000. O' Dea & Abraham, 2000. Smolak & Levine, 2001) φάνηκε να είναι αποτελεσματικά σχετικά με τον στόχο τους. Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα ακολούθησε κάποιες από τις βασικές αρχές και τους στόχους αυτών των προγραμμάτων. Οι υποστόχοι της έρευνας ήταν:

A) Η διερεύνηση των στάσεων, συμπεριφορών και συνηθειών των έφηβων, μαθητών και μαθητριών σχετικά με τις μεθόδους πρόσληψης τροφής, ελέγχου του βάρους τους και της αντίληψης της εικόνας και του σχήματος του σώματος.

B) Η ενίσχυση του επιπέδου αυτοεκτίμησης των έφηβων μαθητών και μαθητριών.

Γ) Η ενημέρωση των μαθητών και μαθητριών για τις διατροφικά προβλήματα και τις επιπτώσεις τους.

Δ) Η αξιολόγηση του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος από τους μαθητές και τις μαθήτριες, σχετικά με το περιεχόμενο και τη διαδικασία του.

#### 3.2 Μεθοδολογία

##### 3.2.1 Οι συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από (N=92) μαθητές και μαθήτριες Β' και Γ' γυμνασίου, ηλικίας 13-15 χρονών (μέσος όρος ηλικίας τα 14,5χρόνια). Από τους

συμμετέχοντες, τα αγόρια ήταν συνολικά 44 και τα κορίτσια 48. Η επιλογή των γυμνασίων που θα συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν τυχαία.

Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, την ομάδα ελέγχου και την πειραματική, στην οποία εφαρμόστηκε το πρόγραμμα παρέμβασης. Από τους 92 συμμετέχοντες, οι 54 μαθητές άνηκαν στην ομάδα ελέγχου και οι 38 μαθητές στην πειραματική ομάδα. Οι μαθητές και οι μαθήτριες είχαν ελληνική καταγωγή με εξαίρεση δυο μαθητές ( ένα αγόρι και ένα κορίτσι) που είχαν καταγωγή από την Αλβανία. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές κοινωνικό-οικονομικές διαφορές ανάμεσα στους συμμετέχοντες ώστε να ληφθεί υπόψη ως παράγοντας στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Οι συμμετέχοντες είχαν κατά μέσο όρο 1,67μ ύψος και 65 κιλά βάρος. Επιπλέον, σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων των συμμετεχόντων, μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώθηκε στην κατηγορία «ΑΕΙ-ΤΕΙ». Η μητέρα συγκέντρωσε 57, 6% σε αυτήν την κατηγορία , ενώ ο πατέρας αντίστοιχα 61%. Στις υπόλοιπες κατηγορίες σημειώθηκαν και για τους δυο γονείς περίπου τα ίδια ποσοστά.

Στην πειραματική ομάδα συμμετείχαν 16 αγόρια και 22 κορίτσια με μέσο όρο ηλικίας τα 14,5 χρόνια. Από τους 38 συμμετέχοντες, το ποσοστό 63, 2% ήταν μαθητές και μαθήτριες της Β' Γυμνασίου ενώ το 36, 8% ήταν μαθητές και μαθήτριες της Γ' Γυμνασίου. Η επιλογή των μαθητών και μαθητριών ήταν επίσης τυχαία και η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα ήταν εκούσια.

### **3.2.2 Δημογραφικά και Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά**

Ο συνολικός πληθυσμός της έρευνας ήταν συνολικά 92 μαθητές και μαθήτριες με μέσο όρο ηλικίας τα 14,30 χρόνια (Τ.α. .569). Ο αριθμός (N= 54) των συμμετεχόντων στην ομάδα ελέγχου ήταν μεγαλύτερος από αυτόν της πειραματικής ομάδας (N= 38). Στον Πίνακα 1 (σελ. 105) παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων *Ηλικία*, *Ύψος* και *Βάρος* για κάθε ομάδα (πειραματική-ομάδα ελέγχου). Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι μέσοι όροι (Μ.Ο.) και οι τυπικές αποκλίσεις (Τ.α.) των τριών παραγόντων κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα για τις δυο ομάδες.

### 3.2.3 Μορφωτικό Επίπεδο γονέων/κηδεμόνων

Στο ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση «Μορφωτικό επίπεδο γονέων». Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η κατηγορία «ΑΕΙ-ΤΕΙ» που αντιστοιχεί στην ανώτατη εκπαίδευση, τόσο για τον πατέρα, όσο και για την μητέρα (61% και 57,6% αντίστοιχα). Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά τα ποσοστά που συγκεντρώθηκαν από τις απαντήσεις τους. Οι τρεις κατηγορίες συγκέντρωσαν περίπου τα ίδια ποσοστά (βλ. Πίνακα 2, σελ 105 ).

### 3.2.4 Τα εργαλεία

Για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας χορηγήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1) το *Eating Attitudes Test (EAT-26)* των Garner, Olmsted και Garfinkel (1982), 2) το Ερωτηματολόγιο των Moreno και Thelen (1993), 3) το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg (*Rosenberg self-esteem scale*, 1965). Ακόμα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων που αφορούσε ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων. Τέλος, χορηγήθηκαν μόνο στην πειραματική ομάδα τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης (pre-test και post-test) και ένα ερωτηματολόγιο ανατροφοδότησης/αξιολόγησης του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος.

#### *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

Το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής αποτελεί ένα σταθμισμένο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών σε πολλές έρευνες (Garner, Olmsted & Garfinkel, 1982. Σίμος, 1996. Yannakoulia, Matalas, Yiannakouris, Papoutsakis, Passos, et al., 2002). Πρόκειται ουσιαστικά για έναν προγνωστικό δείκτη ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπως παιδιά του γυμνασίου ή λυκείου, τους αθλητές και τις μπαλαρίνες. (Garner, Rosen & Barry, 1998). Δεν αποτελεί ένα εργαλείο διάγνωσης των διατροφικών διαταραχών αλλά αξιολογεί τις συνήθειες, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των ατόμων, σχετικά με το φαγητό και τα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς, που περιέχει 26 δηλώσεις σχετικά με τις στάσεις και τις συνήθειες απέναντι στην διατροφή και το φαγητό. Οι απαντήσεις είναι διαβαθμισμένες σε μια εξαβάθμια κλίμακα (*Πάντοτε, Συνήθως, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια, Ποτέ*). Σε κάθε δήλωση ο απαντών καλείται να απαντήσει κατά πόσον ισχύει για τον ίδιο ή όχι.

Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, α) «Δίαιτα», που αφορά τον βαθμό αποφυγής των παχυντικών τροφών και την ενασχόληση κάποιου να είναι αδύνατος, β) «Βουλιμία και Ανησυχία για το φαγητό» που αξιολογεί τις σκέψεις που επαναλαμβάνονται και δεν ελέγχονται σχετικά με την διατροφή και τα συμπτώματα βουλιμίας και γ) «Στοματικός Έλεγχος» που αξιολογεί τον βαθμό αυτο-ελέγχου σχετικά με την πρόσληψη τροφής καθώς και την πίεση που δέχεται κάποιος από τους άλλους για να προσθέσει βάρος. Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι αρκετά ικανοποιητικός και για τις δυο κλίμακες του ερωτηματολογίου ( $\alpha > 0.6$ ).

#### *Ερωτηματολόγιο των Moreno και Thelen*

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τους Moreno και Thelen (1993), στα πλαίσια ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης που πραγματοποίησαν σε ένα γυμνάσιο στις ΗΠΑ. Το πρόγραμμα αφορούσε την παροχή γνώσεων σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, τις μεθόδους ελέγχου του βάρους, το σχήμα του σώματος, 135 κοριτσιών, μαθητών γυμνασίου και ηλικίας περίπου 14 χρονών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς χρησιμοποιήθηκε πριν την έναρξη της παρέμβασης για την εκτίμηση των στάσεων των υποκειμένων απέναντι στην δίαιτα και τον έλεγχο τους βάρους, τις συμπεριφορές απέναντι στην δίαιτα και την γνώση σχετικά με τις φυσιολογικές συνέπειες της κάθαρσης και της πρόκλησης εμετού.

Αποτελείται από 23 δηλώσεις που ο κάθε συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert. Κατά πόσο, δηλαδή, οι συμμετέχοντες συμφωνούν ή διαφωνούν με τις δηλώσεις (1=Συμφωνώ απόλυτα και 7=Διαφωνώ απόλυτα).

Από την παραγοντική ανάλυση των κατασκευαστών προκύπτουν 6 υποκλίμακες και είναι οι εξής: 1) *Συμπεριφορά κάθαρσης* και συμπεριλαμβάνει έξι ερωτήσεις σχετικά με την κάθαρση ως μέθοδο μείωσης του βάρους, 2) *Δίαιτα* που περιλαμβάνει έξι

ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις για την διαίτα και την γνώση για τις σωματικές συνέπειες της διαίτας, 3) *Βάρος* η υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις σχετικά με τις ανησυχίες για το βάρος και τις διαιτητικές συμπεριφορές, ως μέθοδο μείωσης του βάρους, 4) *Πληροφορίες για την κάθαρση*, είναι τρεις ερωτήσεις για τις σωματικές συνέπειες της κάθαρσης (όπου κάθαρση θεωρείται η χρήση καθαρτικών ή η πρόκληση εμετού), 5) *Άσκηση*, η υποκλίμακα αποτελείται από δυο ερωτήσεις σχετικά με τις σκέψεις των εφήβων για το βάρος τους και τις μεθόδους για να χάσουν κιλά και 6) *Μικρές* που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τις μικρές αλλαγές που κάνουν οι έφηβοι στην ποσότητα του φαγητού που καταναλώνουν, προκρινόμενου να χάσουν βάρος. Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach Alpha) των υποκλιμάκων που κατασκεύασαν οι Moreno και Thelen (1993) ήταν ικανοποιητικός ( $\alpha > 0.6$ ).

#### *Rosenberg self-esteem scale*

Το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1965) αποτελεί ένα εργαλείο αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης των υποκειμένων. Ο αρχικός πληθυσμός για τον οποίο κατασκευάστηκε, ήταν 5.024 μαθητές και μαθήτριες γυμνασίου και λυκείου από δέκα σχολεία της Νέας Υόρκης. Έχει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και για αυτόν τον λόγο χρησιμοποιείται ευρέως στις έρευνες. Πρόκειται ουσιαστικά για ένα εργαλείο που περιέχει 10 θετικά και αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις σχετικά με την αυτοεικόνα και την αυτοαντίληψη τους (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007). Οι απαντήσεις των υποκειμένων ταξινομούνται σε μια τετραβάθμια κλίμακα Likert όπου 1= συμφωνώ απόλυτα, 2=συμφωνώ, 3= διαφωνώ και 4=διαφωνώ απόλυτα.

#### *Ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων*

Το ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων αφορούσε τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ύψος, βάρος), καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων ή κηδεμόνων των συμμετεχόντων (Σίμος, 1996).

#### *Ερωτηματολόγια pre-test και post-test*

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες είναι ομάδες με εκπαιδευτικό χαρακτήρα, δηλαδή αφορούν την πρόληψη ενός ψυχολογικού συνήθως ενδιαφέροντος μέσα από την

μετάδοση και την αφομοίωση πληροφοριακού υλικού και την άσκηση σε νέες δεξιότητες και συμπεριφορές (Corey & Corey, 1992). Η αξιολόγηση του πληροφοριακού υλικού και της αποκτηθείσας γνώσης των συμμετεχόντων πραγματοποιείται μέσα από την χορήγηση ερωτηματολογίων πριν και μετά την παρέμβαση. Στην συγκεκριμένη έρευνα χορηγήθηκε στα υποκείμενα της πειραματικής ομάδας ένα ερωτηματολόγιο, πριν την παρέμβαση (pre-test) με δυο ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σχετικά με: 1) τη γνώση για τα διατροφικά προβλήματα και 2) τους τρόπους αντιμετώπισης των διατροφικών προβλημάτων. Μετά την ολοκλήρωση των συναντήσεων χορηγήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο (post-test), προκειμένου να αξιολογηθεί ο βαθμός κατανόησης και αφομοίωσης των πληροφοριών που δόθηκαν κατά τη διάρκεια του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

#### *Ερωτηματολόγιο ανατροφοδότησης/αξιολόγησης*

Μετά το τέλος της παρέμβασης χορηγήθηκε στα μέλη της πειραματικής ομάδας ένα φυλλάδιο ανατροφοδότησης/αξιολόγησης της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας. Το φυλλάδιο ανατροφοδότησης αποτελούνταν από επτά (7) ερωτήσεις, από τις οποίες οι δυο ήταν κλειστού τύπου ενώ οι πέντε ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις αφορούσαν το περιεχόμενο της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας όπως τις συζητήσεις και τις δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν τον ρόλο του συντονιστή και άλλα

#### **3.2.5 Η διαδικασία**

Για την εφαρμογή του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος διατροφικών διαταραχών επιλέχθηκαν τυχαία δυο γυμνάσια του Νομού Ιωαννίνων. Στην αρχή, χορηγήθηκε ένα έγγραφο ενημέρωσης στους Διευθυντές των σχολείων, όπου αναφέρονταν η σημασία της πρόληψης στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, τα διατροφικά προβλήματα και τα τυπικά χαρακτηριστικά ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος. Αφού οι διευθυντές έδωσαν την απαραίτητη άδεια, επελέγησαν τυχαία από την λίστα του σχολείου, οι μαθητές και οι μαθήτριες της Β' και Γ' γυμνασίου, που θα αποτελούσαν το δείγμα της έρευνας. Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από τρία τμήματα (N=54), του πρώτου σχολείου ενώ η πειραματική ομάδα αποτελούνταν από 38 μαθητές και μαθήτριες του δεύτερου σχολείου.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε σε κάθε τμήμα ξεχωριστά μια ενημέρωση από την συντονίστρια της έρευνας για το στόχο και το περιεχόμενο του προγράμματος. Στην ενημέρωση αυτή ήταν παρόντες και ορισμένοι από τους εκπαιδευτικούς των σχολείων, οι οποίοι θα παραχωρούσαν τις διδακτικές τους ώρες προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι ομάδες συνάντησης της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας. Χορηγήθηκε συνοδευτικά η φόρμα συναίνεσης για τους γονείς ή τους κηδεμόνες των μαθητών και μαθητριών, εφόσον ο μαθητής ή η μαθήτρια επιθυμούσε να συμμετάσχει στην έρευνα. Όταν συγκεντρώθηκαν όλες οι φόρμες συναίνεσης των γονέων/κηδεμόνων, μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια στα παιδιά και μια εβδομάδα μετά ξεκίνησε το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

### **3.2.6 Το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα**

Το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα αποτελούνταν από οχτώ (8) συνολικά συναντήσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν εντός του σχολείου, εκτός από την τελευταία. Η κάθε συνάντηση διαρκούσε περίπου μια διδακτική ώρα και πολλές φορές ήταν απαραίτητο να προστεθεί στο πρόγραμμα και δεύτερη διδακτική ώρα για την ολοκλήρωση της θεματικής ενότητας κάθε συνάντησης. Για την καλύτερη διεξαγωγή και λειτουργία των ομαδικών συναντήσεων, τα μέλη της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας χωρίστηκαν σε δυο υποομάδες ανάλογα με την τάξη στην οποία φοιτούσαν (Β' και Γ' γυμνασίου). Η κάθε συνάντηση ήταν δομημένη, σύμφωνα με το πρωτόκολλο λειτουργίας των ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων, δηλαδή αποτελούνταν από τα τέσσερα μέρη, τα οποία αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο (*άνοιγμα, κύριο μέρος, συζήτηση, κλείσιμο*).

Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων έλαβαν χώρα ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες (βιωματικές ασκήσεις εισαγωγής, ανάπτυξης, κλεισίματος) και δραστηριότητες (ομάδες συζήτησης, παρακολούθηση ταινιών, παιχνίδια) που αποσκοπούσαν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων, στην ενημέρωσή τους σχετικά με τη φύση και τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών, και στην προώθηση υγιεινών διατροφικών επιλογών. Οι βιωματικές ασκήσεις, οι ατομικές και οι ομαδικές δραστηριότητες και τα παιχνίδια της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας, ήταν βασισμένα πάνω σε προηγούμενες έρευνες (Kater, Rohwer & Levine, 2000. Ο' Dea & Abraham, 2000) ή σε βιβλία που τις



συμπεριελάμβαναν (Αρχοντάκη & Φιλίππου, 2003. Corey & Corey, 1992. Delucia-Waack, 2006. Φιλίππου & Καραντάνα, 2010).

### *1<sup>η</sup> συνάντηση*

Στην πρώτη συνάντηση τα μέλη της ομάδας κλήθηκαν, αρχικά, να συμπληρώσουν, το ερωτηματολόγιο *pre-test*. Στη συνέχεια, τα μέλη της ομάδας ενημερώθηκαν από την συντονίστρια για τη διαδικασία και το περιεχόμενο ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος και τους κανόνες που διέπουν την ομαλή λειτουργία της ομαδικής συνάντησης. Στην πρώτη άσκηση, το κάθε μέλος παρουσίασε τον εαυτό του στους υπόλοιπους συμμετέχοντες και παράλληλα η συντονίστρια είχε την ευκαιρία να γνωρίσει τα μέλη και να τα καλωσορίσει στην ομάδα. Τέλος, υπό την καθοδήγηση της συντονίστριας τα μέλη αποφάσισαν από κοινού να δώσουν ένα όνομα στην ομάδα και να κατασκευάσουν το έμβλημα της. Για το κλείσιμο αυτής της συνάντησης τα μέλη κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τις προσδοκίες τους από την ομάδα.

### *2<sup>η</sup> συνάντηση*

Στην έναρξη της δεύτερης συνάντησης πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση της πρώτης συνάντησης και μια άσκηση προθέρμανσης (*warm-up activity*), προκειμένου τα μέλη να ενταχθούν ομαλά στην ομάδα. Στη συνέχεια, μέσω οπτικοακουστικού υλικού η συντονίστρια παρουσίασε διάφορα πρότυπα για την εικόνα και το σχήμα του σώματος- σε διάφορες χρονικές περιόδους- και πραγματοποιήθηκε διάλογος σχετικά με την θετική και αρνητική εικόνα τους σώματος. Ποιοι παράγοντες, δηλαδή, συμβάλλουν στην δημιουργία της αρνητικής ή θετικής αυτοεικόνας του σώματος των ανθρώπων. Η τελευταία δραστηριότητα αφορούσε την ανασκόπηση της συνάντησης και μια άσκηση κλεισίματος όπου το κάθε παιδί έπρεπε να ολοκληρώσει την φράση «Νιώθω...».

### *3<sup>η</sup> συνάντηση*

Η τρίτη συνάντηση ξεκίνησε με μια άσκηση που αφορούσε την ανάπτυξη της αυτογνωσίας των μαθητών και μαθητριών, μέλη της ομάδας όπου καλούνταν να γράψουν σε ένα κομμάτι χαρτί τρία θετικά και τρία αρνητικά γνωρίσματα του εαυτού τους. Ακολούθησε διάλογος. Στο κύριο μέρος, τα μέλη κλήθηκαν να υιοθετήσουν στα πλαίσια του ομαδικού παιχνιδιού «διαφημιστές», τον ρόλο διαφημιστή για προϊόντα

διατροφής και αδυνατίσματος. Αμέσως μετά, ακολούθησε συζήτηση για τον ρόλο των ΜΜΕ στην δημιουργία των προτύπων για το σχήμα και το βάρος του σώματος, στην διατροφή και στην αυτοεικόνα ή αυτοαντίληψη. Τέλος, η συνάντηση έκλεισε με μια άσκηση όπου το κάθε μέλος καλούνταν να απαντήσει στην ερώτηση «Πώς βίωσες την άσκηση;»

#### *4<sup>η</sup> συνάντηση*

Η θεματική ενότητα της τέταρτης συνάντησης αφορούσε την υγιεινή διατροφή. Τα μέλη της ομάδας μαζί με την συντονίστρια μίλησαν και αντάλλαξαν απόψεις για τους βασικούς κανόνες μιας υγιεινής διατροφής, για τις διαφορές της δίαιτας και της ισορροπημένης διατροφής. Τέλος, έγινε διάλογος για την άσκηση, ως μέσο ελέγχου του βάρους του σώματος και της ψυχικής αρμονίας. Η συνάντηση έκλεισε με την άσκηση «κύκλος συναισθημάτων» όπου το κάθε μέλος μιλούσε για τα συναισθήματά του από την παρούσα συνάντηση.

#### *5<sup>η</sup> συνάντηση*

Το άνοιγμα αυτής της συνάντησης πραγματοποιήθηκε με μια ανασκόπηση της προηγούμενης συνάντησης και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μια βιωματική άσκηση για την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης των μελών και της γνωριμίας μεταξύ τους. Τα μέλη της ομάδας καθισμένα σε κυκλική διάταξη καλούνταν να πουν ένα θετικό χαρακτηριστικό για τον διπλανό τους και εκείνος με την σειρά του να απαντήσει όπως επιθυμούσε. Έπειτα, ακολούθησε διάλογος για τις συνέπειες της μη υγιεινής διατροφής στο σώμα και στην ψυχολογία των ανθρώπων. Με την βοήθεια του οπτικοακουστικού υλικού αναδύθηκε το θέμα των διατροφικών προβλημάτων και πραγματοποιήθηκε μια σύντομη άσκηση κλεισίματος.

#### *6<sup>η</sup> συνάντηση*

Σε αυτήν την συνάντηση δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων και στην ανάπτυξη της αυτογνωσίας τους. Με την καθοδήγηση της συντονίστριας, πραγματοποιήθηκε μια άσκηση αυτόματης γραφής, όπου τα παιδιά καλούνταν να γράψουν μια προσωπική ιστορία με κεντρικό ήρωα και πρωταγωνιστή τον εαυτό τους. Η ιστορία είχε κάποιες λέξεις κλειδιά. Στη συνέχεια, ο καθένας εξιστορούσε το κείμενο του μπροστά στο κοινό και ακολουθούσε συζήτηση

που επέτρεπε την ανάλυση της ιστορίας και ενίσχυε την εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών.

#### *7<sup>η</sup> συνάντηση*

Αφού πραγματοποιήθηκε μια άσκηση προθέρμανσης (warm-up activity) από τα μέλη της ομάδας, ακολούθησε η παρακολούθηση της ταινίας «supersize me», σχετική με το θέμα της διατροφής και των διατροφικών προβλημάτων. Μετά το τέλος της ταινίας, τα μέλη αντάλλαξαν απόψεις για το περιεχόμενο της ταινίας. Στο κλείσιμο της συνάντησης, πραγματοποιήθηκε η δραστηριότητα «Τι παίρνω από την ομάδα».

#### *8<sup>η</sup> συνάντηση*

Η τελευταία συνάντηση πραγματοποιήθηκε σε εξωτερικό χώρο, μετά από συνεννόηση με την διεύθυνση του σχολείου και τη συνοδεία κάποιων καθηγητών. Στον εξωτερικό αυτό χώρο, εφαρμόστηκε η δραστηριότητα «υγιεινό τραπέζι» δηλαδή το κάθε μέλος παρουσίασε υγιεινά τρόφιμα. Πραγματοποιήθηκαν παιχνίδια και βιωματικές ασκήσεις για τον αποχαιρετισμό των ομάδων και το κλείσιμο του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Μετά το τέλος της παρέμβασης, μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου και συγκεντρώθηκαν τα δεδομένα της έρευνας, ποσοτικά και ποιοτικά. Για την επεξεργασία των ποσοτικών δεδομένων έγινε στατιστική ανάλυση, όπου πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση των ερωτηματολογίων *Eat-26* και *Moreno και Thelen* (1993), ενώ ελέγχθηκε και η αξιοπιστία των τριών ερωτηματολογίων *Eat-26*, *Moreno και Thelen* και *Rosenberg self-esteem*. Για την σύγκριση των δυο ομάδων, της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου εφαρμόστηκε ο έλεγχος *t-test (paired samples)*. Για τον έλεγχο των υποθέσεων μας πραγματοποιήθηκε, επίσης, ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA) προκειμένου να συμπεριληφθεί η μεταβλητή του χρόνου.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, (pre-test, post-test, φυλλάδιο ανατροφοδότησης/αξιολόγησης), προέκυψε μέσω της συστηματικής κωδικοποίησης και ομαδοποίησης των δεδομένων σε ορισμένες κατηγορίες

#### 4.2 Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων

##### *Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου EAT-26*

Οι κατασκευαστές του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (Garner, Olmsted & Garfinkel, 1982) προτείνουν τρεις υποκλίμακες, «Δίαιτα», «Βουλιμία και Ανησυχία για το φαγητό» και «Στοματικός Έλεγχος». Στην συγκεκριμένη έρευνα και μετά την παραγοντική ανάλυση των μεταβλητών που εφαρμόστηκε προέκυψαν δυο υποκλίμακες, η «Έντονη διαιτητική συμπεριφορά» η οποία συμπεριελάμβανε 13 ερωτήσεις και η «Βουλιμία και Ανησυχία για το φαγητό», στην οποία ανήκαν 5 ερωτήσεις. Οι οχτώ (8) υπολειπόμενες ερωτήσεις του πρωτότυπου ερωτηματολογίου αφαιρέθηκαν γιατί δεν είχαν υψηλή φόρτιση ή είχαν αρνητική φόρτιση και μειωνόταν

ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) για την πρώτη υποκλίμακα του ερωτηματολογίου ήταν  $\alpha=0,863$  και  $0,859$ , πριν και μετά την παρέμβαση αντίστοιχα. Για την δεύτερη υποκλίμακα ο δείκτης αξιοπιστίας πριν και μετά την παρέμβαση ήταν  $\alpha=0,568$  και  $0,615$  αντίστοιχα. Συμπερασματικά, ο δείκτης αξιοπιστίας για τις δυο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ήταν αρκετά ικανοποιητικός και αρκετά κοντά στο όριο που προτείνεται στην ανάλυση δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες.

#### *Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου «Moreno και Thelen»*

Και σε αυτό το ερωτηματολόγιο οι κατασκευαστές του (Moreno & Thelen, 1993) είχαν προτείνει έξι (6) υποκλίμακες, μετά την παραγοντική ανάλυση των μεταβλητών που εφάρμοσαν. Οι υποκλίμακες δεν αντιστοιχούσαν σε έναν υψηλό δείκτη αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο εξετάστηκε συνολικά (24 ερωτήσεις), (τάση για βουλμική συμπεριφορά) και ο δείκτης αξιοπιστίας του ήταν  $\alpha=0,801$ , που δείχνει μεγάλη εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου

#### *Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου «Rosenberg self-esteem scale»*

Το ερωτηματολόγιο του Rosenberg (1965) παρουσιάζει γενικά υψηλό δείκτη αξιοπιστίας στις έρευνες που πραγματοποιούνται (μεταξύ  $0,77$  και  $0,88$ ). Για το δείγμα της παρούσης έρευνας ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ήταν αρκετά υψηλός. Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ήταν  $\alpha=0,757$  πριν την εφαρμογή του προγράμματος και  $\alpha=0,783$  μετά την λήξη της παρέμβασης, συμπεραίνουμε, επομένως, ότι η κλίμακα είχε μεγάλη εσωτερική συνέπεια.

### **4.3 Αποτελέσματα ποσοτικών δεδομένων**

Οι δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης, ομάδα ελέγχου) δε διέφεραν σημαντικά ως προς τις αρχικές τους τιμές (pre-assessment), αναφορικά με το ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στη διατροφή (EAT-26, υποκλίμακα 1 και 2) και το επίπεδο αυτοεκτίμησης (κλίμακα Rosenberg). Βρέθηκε μόνο μια τάση για σημαντική διαφορά αναφορικά με το ερωτηματολόγιο βουλμίας των Moreno και Thelen, όπου η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μεγαλύτερο σκορ εν συγκρίσει με την ομάδα ελέγχου  $t(87) = 1.93, p = .054$ . Επίσης, δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το φύλο,  $\chi^2 < 1$ . Παρατηρήθηκε όμως μια σημαντική διαφορά ως προς την

ηλικία ( $t(90) = 2.10, p = .038$ ) με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου να είναι ελαφρώς μεγαλύτεροι ηλικιακά, εν συγκρίσει με τους συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης. Επομένως, η ηλικία των συμμετεχόντων μπήκε ως συμμεταβλητή (covariate) στις αναλύσεις που ακολουθούν, προκειμένου να ελεγχθεί στατιστικά η επίδρασή της στις υπό μελέτη μεταβλητές.

#### *Ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής (EAT-26)*

Η αρχική μας πρόβλεψη ήταν ότι οι μαθητές στην ομάδα παρέμβασης θα ανέφεραν θετικότερες στάσεις απέναντι στη διατροφή με το πέρας της ψυχοεκπαίδευσης, εν συγκρίσει με τους μαθητές στην ομάδα ελέγχου. Για να διερευνήσουμε την υπόθεση αυτή εκτελέσαμε μια ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων όπου η πειραματική ομάδα (ομάδα παρέμβασης, ομάδα ελέγχου) μπήκε ως ο μεταξύ των ομάδων παράγοντας (between-subjects factor) και ο χρόνος (πριν από την ψυχοεκπαίδευση, μετά την ψυχοεκπαίδευση) ως ο εντός των ομάδων παράγοντας, με τον παράγοντα «ηλικία» ως συμμεταβλητή. Αναφορικά με την πρώτη υποκλίμακα του EAT-26, «Έντονη διαιτητική συμπεριφορά» δε βρέθηκε κάποια σημαντική κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου με την πειραματική ομάδα ( $F_s < 1$ ). Αναφορικά με τη δεύτερη υποκλίμακα του EAT-26 η κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου βρέθηκε οριακά μη-σημαντική  $F(1, 89) = 2.94, p=.08, partial \eta^2=.04$ . Όμως, όταν μπήκε ο παράγοντας ηλικία ως συμμεταβλητή, η επίδραση αυτή του χρόνου έγινε αρκετά μη-σημαντική ( $F < 1$ ).

#### *Ερωτηματολόγιο Moreno & Thelen*

Αναφορικά με την κλίμακα των Moreno και Thelen (1993) η αλληλεπίδραση του παράγοντα χρόνου με την πειραματική ομάδα βρέθηκε οριακά μη-σημαντική  $F(1, 84) = 2.55, p=.11, partial \eta^2=.03$ . Για να διερευνήσουμε την τάση αυτή για διπλή αλληλεπίδραση, εκτελέσαμε αναλύσεις για την κάθε πειραματική ομάδα χωριστά. Ο έλεγχος  $t$  (paired samples) έδειξε ότι για την ομάδα παρέμβασης η μείωση της βουλιμίας (κλίμακα Moreno & Thelen) ήταν σημαντική,  $t(35) = 2.47, p=.018$ , όπως και για την ομάδα ελέγχου,  $t(50) = 6.80, p<.001$ .

#### *Rosenberg self-esteem scale*

Η αρχική μας πρόβλεψη ήταν ότι οι μαθητές στην ομάδα παρέμβασης θα ανέφεραν υψηλότερη αυτοεκτίμηση με το πέρας της ψυχοεκπαίδευσης, εν συγκρίσει με τους μαθητές στην ομάδα ελέγχου. Για να διερευνήσουμε την υπόθεση αυτή εκτελέσαμε μια παρόμοια με τις παραπάνω ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Η κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου βρέθηκε στατιστικώς σημαντική  $F(1, 88) = 7.67, p=.007, partial \eta^2 = .09$ . Όμως, όταν μπήκε ο παράγοντας ηλικία ως συμμεταβλητή, η επίδραση αυτή του χρόνου έγινε αρκετά μη-σημαντική ( $F < 1$ ).

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των ερωτηματολογίων *Rosenberg self-esteem scale*, *EAT-26* και *Moreno και Thelen*, πριν και μετά την παρέμβαση. Όσον αφορά το πρώτο ερωτηματολόγιο, δεν παρατηρήθηκε βελτίωση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση, ενώ παρατηρήθηκε ελάχιστη βελτίωση στην ομάδα ελέγχου, πιθανόν λόγω της παρέλευσης του χρόνου ή κάποιων τυχαίων παραγόντων. Για την πρώτη και δεύτερη υποκλίμακα του *Eat-26* δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ούτε στην ομάδα ελέγχου, ούτε στην ομάδα παρέμβασης. Τέλος, σχετικά με το ερωτηματολόγιο των Moreno και Thelen, σημειώθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στην μείωση της βουλιμικής στάσης στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου.

#### 4.4 Αποτελέσματα ποιοτικών δεδομένων

##### 4.4.1 Φυλλάδιο pre-test και pos-test

Το φυλλάδιο **pre-test** χορηγήθηκε στους μαθητές και τις μαθήτριες, που συμμετείχαν στο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για την πρόληψη διατροφικών διαταραχών σε εφήβους (πειραματική ομάδα ή παρέμβασης), μια εβδομάδα πριν την έναρξη των συναντήσεων. Ενώ, αντίστοιχα το φυλλάδιο **pos-test** χορηγήθηκε στους ίδιους μαθητές/τριες μετά την ολοκλήρωση και των οχτώ (8) συναντήσεων και τους ζητήθηκε να το παραδώσουν σε διάστημα τριών ημερών.

Το φυλλάδιο (pre-test/post-test) αποτελούνταν όπως έχει ήδη αναφερθεί από δυο (2) συνολικά ερωτήσεις, «ανοικτού» τύπου:

**1) Τι γνωρίζεις για τα διατροφικά προβλήματα;**

**2) Υπάρχουν τρόποι να μην εμφανιστούν τα διατροφικά προβλήματα;**

Από το σύνολο των τριάντα οχτώ (38) συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης, παρέδωσαν συμπληρωμένο το φυλλάδιο pre-test τριάντα έξι (36) άτομα. Ίδιος αριθμός ατόμων παρέδωσε συμπληρωμένο και το φυλλάδιο post-test. Από τα 36 άτομα, τα είκοσι ένα (21) ήταν κορίτσια και τα δεκαπέντε (15) αγόρια.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε μέσω της σύγκρισης των απαντήσεων των μελών της πειραματικής ομάδας, πριν και μετά την παρέμβαση. Οι απαντήσεις αξιολογήθηκαν ως προς το περιεχόμενο και τις πληροφορίες που συμπεριελάμβαναν οι απαντήσεις των παιδιών

#### **Pre-test**

##### *Ερώτηση 1<sup>η</sup>*

Όσον αφορά την 1<sup>η</sup> ερώτηση, σχετικά με το τι γνωρίζουν οι μαθητές και οι μαθήτριες για τα διατροφικά προβλήματα, τα αγόρια φάνηκαν να είναι λιγότερα ενημερωμένα από τα κορίτσια καθώς η πλειοψηφία των απαντήσεων τους ήταν «δεν γνωρίζω», «δεν ξέρω» και «τίποτα». Από την άλλη, οι απαντήσεις των κοριτσιών ήταν εκτενέστερες και αναφέρονταν κυρίως στην ανορεξία, την παχυσαρκία και την βουλιμία, στα λάθος πρότυπα που προβάλλονται από την τηλεόραση, στα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζει ένας έφηβος και στην κληρονομική προδιάθεση.



Παρακάτω παρατίθενται μερικές από τις απαντήσεις αυτών: «...προκαλούνται από αυστηρές δίαιτες που οι έφηβοι συνηθίζουν να υποβάλλουν στον εαυτό τους», «...είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που συναντάται συνήθως σε νεαρές ηλικίες και παρασύρονται σε αυστηρές δίαιτες πιστεύοντας ότι έτσι θα χάσουν τα περιττά κιλά», «...οι παράγοντες μπορεί να είναι κάποια πρότυπα όπως τα μοντέλα και έτσι αρκετές έφηβες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της ανορεξίας» και «...οφείλονται σε προδιάθεση, κακές συνήθειες, λάθος πρότυπα και ψυχολογικές διαταραχές κα μερικές φορές οδηγούν στο θάνατο».

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επεσήμανε την ανθυγιεινή ή κακή διατροφή ως τον κυριότερο παράγοντα εμφάνισης των διατροφικών προβλημάτων. Ο Α. έγραψε: «...είναι η παχυσαρκία, νευρική ανορεξία και προκαλούνται από την μη κατανάλωση κρέατος, κατανάλωση πολλών φαστ φουντ και γενικά ανθυγιεινή διατροφή», ενώ αντίστοιχα ο Λευτ. ανέφερε: « ...είναι ένας άνθρωπος που θέλει να προσέχει την διατροφή του και δυσκολεύεται γιατί δεν μπορεί να κρατηθεί από το φαγητό». Ακόμα, η Β. επεσήμανε ότι: «...όταν παχαίνεις από πολλά λιπαρά που τρως, δημιουργούνται λόγω κακής διατροφής, δηλαδή όταν τρως όλο ανθυγιεινά φαγητά και αυτό σε παχαίνει, π.χ. συνέχεια τηγανητές πατάτες» και η Μ. έγραψε: «...και υπάρχουν άτομα που από υπερβολική δίαιτα παθαίνουν ανορεξία».

Ορισμένες από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφέρονταν στην παχυσαρκία ως το κυριότερο διατροφικό πρόβλημα: «...υπάρχουν παιδιά και κυρίως σε μικρή ηλικία τα οποία πάσχουν από παχυσαρκία», «...πολλά παιδιά από μικρά καταναλώνουν ανθυγιεινά τρόφιμα και σε μεγαλύτερη ηλικία ενδέχεται να εμφανίσουν το πρόβλημα της παχυσαρκίας», «...η παχυσαρκία εμφανίζεται πιο έντονα στην Αμερική και όχι τόσο στην χώρα μας και βασίζεται στην υπερβολική κατανάλωση φαγητού» και «Γνωρίζω ότι τα διατροφικά προβλήματα είναι πολύ έντονα στην Ελλάδα, π.χ. παχυσαρκία».

#### **Post-test**

##### *Ερώτηση 1<sup>η</sup>*

Οι απαντήσεις των μαθητών και μαθητριών σχετικά με την πρώτη ερώτηση, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, ήταν πιο περιεκτικές συγκριτικά με εκείνες πριν την παρέμβαση. Οι συμμετέχοντες αναφέρονται στα διατροφικά προβλήματα, ως μια «διαταραχή» ή «ασθένεια» κάτι που ίσως να δηλώνει την βαρύτητα, πλέον, που

δίνουν στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Η αλλαγή στις απαντήσεις των μαθητών/τριών συνίσταται ποιοτική και όχι ποσοτική, λόγω της χρήσης των προαναφερθέντων επιστημονικών όρων. Για να γίνει καλύτερα κατανοητή η ποιοτική διαφορά ας δούμε ορισμένα παραδείγματα:

- Ο Φ.: *«Είναι διατροφικές διαταραχές που οφείλονται στις κακές μας συνήθειες, τη ψυχολογία του ατόμου αλλά και την κληρονομικότητα...μπορεί να προκαλέσουν μεγάλο πρόβλημα στην υγεία».*
- Ο Θ.: *«...δεν κάνουν καλό στον οργανισμό μας επειδή μας δημιουργούν διάφορες ασθένειες που μπορεί να είναι μέχρι και θανάσιμες».*
- Η Ξ.: *«...αφορούν τις κακές μας συνήθειες και τις επιπτώσεις που έχουν όταν γίνονται σε μεγάλο βαθμό. Επηρεάζουν τη διαμόρφωση του σώματος μας και την ψυχολογία μας».*
- Η Β.: *«...είναι η παχυσαρκία, η βουλιμία, η ανορεξία και άλλα. Για να πετύχουμε την αποφυγή αυτών των νοσημάτων θέλει να προσέχουμε την διατροφή μας».*

Είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι οι απαντήσεις των αγοριών διαφέρουν, σε μεγάλο βαθμό, από εκείνες πριν την παρέμβαση. Η πλειοψηφία των αγοριών που συμμετείχε στο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι πιθανόν να κατανόησε και να συγκράτησε τις πληροφορίες σχετικά με την διατροφή, τα διατροφικά προβλήματα και την πρόληψη. Για παράδειγμα ο Λ. έγραψε: *«Τα διατροφικά προβλήματα σχετίζονται με την υγεία του ατόμου και προκαλούνται από κακή διατροφή, ελλιπή σε θρεπτικά συστατικά και παράβλεψη όλων των γευμάτων»*, ενώ ο Β. αναφέρει: *«...είναι πιθανές διαταραχές που βλάπτουν την υγεία, για παράδειγμα η βουλιμία και η νευρική ανορεξία είναι κάποια από αυτά»*. Επίσης, ο Θ. έγραψε: *«...δεν ξέρω πολλά αλλά τουλάχιστον ξέρω τα βασικά όπως να μην τρώμε πολλά γλυκά και πλαστικοποιημένα φαγητά»*.

Τέλος, οι απαντήσεις των κοριτσιών δεν διαφέρουν σημαντικά από εκείνες πριν την παρέμβαση, κάτι που να υποδεικνύει ότι, ίσως, είναι πιο ευαισθητοποιημένα από τα συνομήλικα αγόρια πάνω σε αυτό το θέμα και άρα περισσότερο ενημερωμένα. Συγκεκριμένα, η Μ. έγραψε: *«...είναι διαταραχές της ομοιόστασης του οργανισμού που*

οφείλονται στις κακές συνήθειες και στην κληρονομικότητα...βέβαια κάποια άτομα κάνουν εμετό προσπαθώντας να μοιάσουν σε ανορεξικά πρότυπα που προβάλλουν τα Μ.Μ.Ε.», ενώ η Ματ. αναφέρει: «...είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στις μέρες μας που επηρεάζει πολύ και τους εφήβους, είναι κάτι σαν νόσος που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο» και η Μαρ. υπογραμμίζει: «...είναι διαταραχές που οφείλονται στον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνουμε την τροφή μας, την ποσότητα της τροφής καθώς και με τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε το σώμα μας».

### **Post-test**

#### *Ερώτηση 2<sup>η</sup>*

Στην δεύτερη ερώτηση σχετικά με τους τρόπους αποφυγής και πρόληψης των διατροφικών προβλημάτων η συντριπτική πλειοψηφία των μαθητών και μαθητριών ανέφερε την ισορροπημένη διατροφή, τη γυμναστική ή την άσκηση και την αποφυγή αυστηρής δίαιτας, ως τρόπους αποφυγής μη υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Μια πρώτη ερμηνεία των δεδομένων είναι ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων μπορεί να είναι αποτέλεσμα των πληροφοριών που έχουν αποκτηθεί μέσα από τα προγράμματα προαγωγής της υγείας που εφαρμόζονται στα σχολεία ή των μαθημάτων (π.χ. Οικιακή Οικονομία).

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες από τις απόψεις των μελών της ομάδας: ο Στ. έγραψε: «Να τρώμε υγιεινά», ενώ η Ι. ανέφερε: «...μπορούμε να τρώμε φρούτα, λαχανικά, υγιεινά φαγητά και όχι πατατάκια, αναψυκτικά και πολλά γλυκά». Η Δ. υπογραμμίζει: «...πρέπει να προσέχουμε την διατροφή μας και να καταναλώνουμε τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Οι αυστηρές δίαιτες οδηγούν σε προβλήματα», ο Φ. έγραψε: «Ναι, με καλύτερες διατροφικές συνήθειες» και η Μ. αναφέρει: «...μπορούμε να ακολουθούμε μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή, ιδιαίτερα την περίοδο που ο οργανισμός αναπτύσσεται είναι πιο σημαντικό να προσλαμβάνουμε όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά».

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα αγόρια, μέλη της ομάδας, απάντησαν ικανοποιητικά και ελάχιστοι από αυτούς δεν γνώριζαν τους τρόπους αποφυγής των διατροφικών προβλημάτων. Η διαφορά με τα κορίτσια, μέλη της ομάδας, έγκειται στο γεγονός ότι τα κορίτσια αναφέρουν στις απαντήσεις τους και ενδογενείς ή

ψυχολογικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικές είναι κάποιες από τις απαντήσεις των αγοριών: ο Λ. έγραψε: «...πρέπει να έχουμε μια ισορροπημένη διατροφή με όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός μας», ο Θ. αναφέρει: «...τρώγοντας υγιεινά φαγητά και όχι με πολλά λίπη, ζάχαρη και χοληστερίνη». Ο Β. υπογραμμίζει: «να κάνω καλή διατροφή, να προσέχω τον εαυτό μου, να προσέχω τι τρώω και να τρώω υγιεινά τρόφιμα» και ο Χρ. αναφέρει: «...πρέπει να έχουμε μια ισορροπημένη διατροφή με πολύ γυμναστική καθημερινά».

Από την άλλη, τα κορίτσια στις απαντήσεις τους έκαναν λόγο για τα πρότυπα, την σωστή ενημέρωση από ειδικούς σε θέματα διατροφής, την πρόληψη και τον παράγοντα αυτοεκτίμηση. Ορισμένες από τις απαντήσεις τους ήταν: «...θα πρέπει να μην επηρεάζονται από πρότυπα, από διάφορες διαφημίσεις και γενικά από διάφορα που προβάλλει συνήθως η τηλεόραση», «...κυρίως προσοχή στις διατροφικές μας συνήθειες και καλή ψυχολογική κατάσταση», «...σημαντικό ρόλο παίζει η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός για να μην οδηγηθούμε σε τέτοιες καταστάσεις», «Με κατάλληλες συμβουλές από καταρτισμένους ανθρώπους πάνω σε τέτοια προβλήματα» και «...με σωστή ενημέρωση στα σχολεία ώστε να αποφεύγουν από μικρή ηλικία να “θαυμάζουν” πρότυπα ανορεξικών που προβάλλει η τηλεόραση και με την βοήθεια των γονιών».

### **Post-test**

#### *Ερώτηση 2<sup>η</sup>*

Βάση των απαντήσεων των μαθητών και μαθητριών, μετά την ολοκλήρωση των συναντήσεων, μπορούμε να εξάγουμε τα εξής συμπεράσματα: Τα αγόρια αναπτύσσουν εκτενέστερα την άποψή τους και χρησιμοποιούν πιο βελτιωμένο λεξιλόγιο, (λέξεις όπως *ισορροπημένη διατροφή, οργανισμός, κ.ά.*)συνέπεια πιθανόν της εφαρμογής του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος. Ορισμένα, μάλιστα, αγόρια κάνουν λόγο και για κάποιους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και συσχετίζονται με την διατροφή.

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων: ο Λευτ. έγραψε: «...να κάνουμε γυμναστική τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα και να τρώμε φρούτα που είναι καλά για τον οργανισμό», ενώ ο Λ. ανέφερε: «...η ισορροπημένη διατροφή από όλες τις ομάδες τροφίμων». Επίσης ο Β. υπογραμμίζει: «...απλώς προσέχοντας τη διατροφή μας. Επίσης το πολύ άγχος και η πίεση βλάπτουν την υγεία μας» και ο Μ. αναφέρει: «να τρώμε από όλα αλλά με μέτρο».

Οι απόψεις των κοριτσιών, μετά την παρέμβαση, δεν φαίνεται να έχουν αλλάξει σημαντικά, ίσως να έχουν προσθέσει σε αυτές κάποιες γνωστικές πληροφορίες. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι τα περισσότερα κορίτσια επεσήμαναν στις απαντήσεις τους την ανάγκη πρόληψης, ενημέρωσης, βοήθειας και αυτοεκτίμησης ώστε να αποφεύγονται τα διατροφικά προβλήματα. Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις τους: «...η πρόληψή τους μπορεί να γίνει με την συμβουλή ενός ειδικού...το άτομο πρέπει να δεχθεί ψυχική βοήθεια και επίσης θα χρειαστεί και την βοήθεια της οικογένειας», «...σε μερικές περιπτώσεις, ίσως, εκτός από διατροφολόγο πρέπει να ανακατευτεί και ψυχολόγος γιατί υπάρχουν και ψυχολογικοί παράγοντες που οδηγούν κάποιον στο να μην τρέφεται σωστά», «...να αγαπάμε το σώμα μας και να μην έχουμε ως είδωλα ανορεξικούς ανθρώπους» και «...η σωστή ενημέρωση από γονείς και εκπαιδευτικούς θα ήταν απαραίτητη».

Συμπερασματικά, η διαφορά μεταξύ των απαντήσεων των μαθητών και μαθητριών, πριν και μετά την παρέμβαση ήταν μεγαλύτερη όσον αφορά την πρώτη ερώτηση του φυλλάδιου. Μετά την εφαρμογή του προγράμματος επιτεύχθηκε μια γνωστική αναδόμηση σχετικά με το τι σημαίνει διατροφικό πρόβλημα. Οι τρόποι αντιμετώπισης των διατροφικών προβλημάτων φαίνεται να ήταν ήδη γνωστοί στους συμμετέχοντες και η γνώση τους να ενισχύθηκε με την εφαρμογή του προγράμματος.

#### 4.4.2 Φυλλάδιο ανατροφοδότησης/αξιολόγησης

Το «φύλλο ανατροφοδότησης» χορηγήθηκε στα μέλη, μαθητές/τριες, της ομάδας παρέμβασης μετά την ολοκλήρωση του συνόλου των συναντήσεων. Ζητήθηκε από τα μέλη η συμπλήρωση και παράδοση του φύλλου ανατροφοδότησης – αξιολόγησης να γίνει εντός του χρονικού διαστήματος τριών ημερών μετά την λήξη των συναντήσεων.

Το «φύλλο ανατροφοδότησης» αποτελείται από επτά (7) συνολικά ερωτήσεις, εκ των οποίων οι πέντε είναι «ανοικτού» τύπου, δηλ. απάντηση με ελεύθερο κείμενο, ενώ οι υπολειπόμενες δύο (2) ερωτήσεις είναι ανοιχτές, διχοτομικής μορφής «ΝΑΙ/ΟΧΙ». Από το σύνολο των τριάντα οχτώ (38) συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης

παρέδωσαν συμπληρωμένο το φύλλο ανατροφοδότησης – αξιολόγησης τριάντα δυο (32) άτομα. Από τα 32 άτομα, τα 14 ήταν αγόρια και τα 18 κορίτσια.

Βάση των απαντήσεων των μαθητών/τριών εξάγονται τα εξής συμπεράσματα, αναλυτικά για κάθε μια ερώτηση:

**Ερώτηση 1:** *Από τα γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια των ομαδικών αυτών συναντήσεων, ποιο θεωρείς ως το σημαντικότερο για σένα προσωπικά; Περιέγραψε το γεγονός: τι ακριβώς συνέβη, ποια τα μέλη της ομάδας που εμπλέκονταν και ποιες οι αντιδράσεις τους. Γιατί ήταν σημαντικό για σένα; Τι έμαθες από το συμβάν αυτό;*

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επεσήμανε την θετική επίδραση των ομαδικών συναντήσεων στην βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ τους. Η αλληλεπίδραση στα πλαίσια της ομάδας, σύμφωνα με τους μαθητές/τριες, είχε αντίκτυπο τόσο σε προσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο.

Κάποιες από τις απαντήσεις των μαθητών/τριών που υπογραμμίζουν τα παραπάνω είναι: «...έμαθα να συνεργάζομαι, να δέχομαι τις απόψεις των άλλων», «...μου άρεσε που συμμετείχαμε όλοι και μάθαμε νέα πράγματα ο ένας για τον άλλον και αυτό για μένα ήταν πολύ σημαντικό γιατί με βοήθησε να δω με άλλο μάτι τα παιδιά που συμμετείχαν στην ομάδα αυτή» και «...μέσα από τα παιχνίδια και τις δραστηριότητες μάθαμε να συνεργαζόμαστε όλοι μαζί και αυτό μας ένωσε».

Σε ότι αφορά την αναφορά των συμμετεχόντων σε συγκεκριμένα γεγονότα που θεωρηθήκαν ως τα πιο σημαντικά κατά την διάρκεια των συναντήσεων, ξεχώρισε η βιωματική άσκηση με τον τίτλο «Η φιλοφρόνηση» στη διάρκεια της 6<sup>ης</sup> συνάντησης. Στην άσκηση αυτή καλούνταν τα άτομα να σχηματίσουν ένα κύκλο και ο καθένας με τη σειρά του να κάνει κάποιο θετικό σχόλιο ή σχόλια για το άτομο που καθόταν στα δεξιά του. Η αναφορά σε αυτήν την άσκηση, σχεδόν από όλους τους συμμετέχοντες, και την σπουδαιότητα της ενισχύει ακόμα περισσότερο τα προαναφερθέντα των συμμετεχόντων για την ανάπτυξη επικοινωνίας, συνεργασίας και γνωριμίας μεταξύ των μελών μέσα από τη δημιουργία της ομάδας.

Μερικές από τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν για να εκφράσουν την συγκεκριμένη βιωματική άσκηση ήταν οι εξής: «...ήταν σημαντικό για όλους γιατί μάθαμε τι πιστεύουν οι άλλοι για εμάς και τι πιστεύουμε εμείς για τους άλλους. Έμαθα καλύτερα τους συμμαθητές μου και τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα τους», «...ακούσαμε διαφορετικές απόψεις για τον εαυτό μας από άτομα που δεν είμαστε και τόσο κοντά και δεθήκαμε πιο πολύ», «...τα υπόλοιπα παιδιά είδαν σε μένα κάποια θετικά χαρακτηριστικά που δεν ήξερα ότι έχω και άρχισα να τα αναπτύσσω» και «...μάθαμε και ακούσαμε πράγματα που δεν ξέραμε για τους συμμαθητές μας».

Ένα ακόμα γεγονός που αξιολογήθηκε ως σημαντικό κατά τη διάρκεια των συναντήσεων και αναφέρθηκε από αρκετούς μαθητές/τριες ήταν η παρακολούθηση της ταινίας «supersize me». Η ταινία, η οποία είχε την μορφή ντοκιμαντέρ, έθιγε το θέμα της συχνής κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφών (fast food) και τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Μετά το τέλος της ταινίας έγινε συζήτηση για την αξία της σωστής και υγιεινής διατροφής και τη συμβολή της στην πρόληψη βλαβών και διαταραχών. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων: «...με ωφέλησε ιδιαίτερα η ταινία που παρακολουθήσαμε γιατί αξιολόγησα καλύτερα τα προβλήματα υγείας που προκαλούν τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λίπη και θερμιδική αξία», «...η ταινία μου έμαθε τι περιέχουν τα φαγητά στα fast food και το τι θα πάθω αν σταματούσα να τρώω υγιεινά φαγητά» και «...πιστεύω πως όλοι καταλάβαμε πως το να τρώει κάποιος ανθυγιεινά φαγητά δεν είναι και το καλύτερο».

Ερώτηση 2: Τι αποκόμισες από την εμπειρία της συμμετοχής σου στην ομάδα;

Βάση των απαντήσεων των μελών της ομάδας αναδύονται δύο (2) κύριες κατηγορίες - θεματικές που εμπεριέχουν το σύνολο των απαντήσεων. Η πρώτη αναφέρεται στην **απόκτηση γνώσεων** σχετικά με την **υγιεινή διατροφή** ενώ η δεύτερη θεματική που διαφαίνεται από τις απαντήσεις των μαθητών/τριών αφορά την **θετική και χρήσιμη εμπειρία** που αποκόμισαν από τη δημιουργία της **ομάδας**. Συγκεκριμένα, πολλοί συμμετέχοντες υπογράμμισαν ότι η ομάδα ήταν ένα μέσο για να βελτιώσουν την αυτογνωσία και την αυτοεκτίμηση τους αλλά και για να γνωριστούν καλύτερα μεταξύ τους κατά τη διάρκεια των συναντήσεων.

Στη συνέχεια παρατίθενται μερικές από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, ώστε να αποσαφηνιστεί η παραπάνω κατηγοριοποίηση. Όσον αφορά την πρώτη θεματική, δηλαδή την απόκτηση γνώσεων σχετικά με την υγιεινή διατροφή, οι απαντήσεις είναι οι εξής: Ο Θ. έγραψε: « Έμαθα ότι η υγιεινή διατροφή κάνει πολύ καλό στον οργανισμό και στην υγεία μας», αντίστοιχα η Ξ. ανέφερε: «έμαθα για το πως μπορούν να επηρεάσουν οι διατροφικές μας συνήθειες την καθημερινότητά μας και κατ' επέκταση την ψυχολογία μας». Ακόμα, μια μαθήτρια έγραψε: «έμαθα πως πρέπει να τρεφόμαστε σωστά και τι πρέπει να συμπεριλαμβάνει ένα γεύμα» ενώ ο Λ. σημειώνει: «έμαθα περισσότερα για τα διατροφικά προβλήματα και τι μπορούμε να κάνουμε για να τα αποφύγουμε».

Σχετικά με την δεύτερη κατηγορία, την εμπειρία της ομαδικής συνεργασίας, μερικές χαρακτηριστικές απαντήσεις ήταν οι εξής: η Μ. έγραψε: «Ήταν μια πολύ όμορφη εμπειρία...κυρίως γιατί γνώρισα καλύτερα τους συμμαθητές μου», επίσης ο Γ. ανέφερε: «...έμαθα να δουλεύω και να συνεργάζομαι σε ομάδες και με άλλα άτομα που δεν έκανα πολύ παρέα και δεν γνωριζόμασταν πολύ καλά». Η Μαρ. έγραψε: «Συνειδητοποίησα ότι ήταν μια διαφορετική εμπειρία από αυτές που βιώνουμε καθημερινά στο σχολείο και θα την θυμάμαι για καιρό» ενώ η Κ. ανέφερε: «...αυτό που μου άρεσε είναι ότι λειτουργούσαμε σαν ομάδα». Η θετική επίδραση που είχε η δημιουργία της ομάδας σε προσωπικό επίπεδο φαίνεται ενδεικτικά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων που παρατίθενται παρακάτω: «...άρχισα να βλέπω τον εαυτό μου πιο θετικά και ότι έχω πολλές δυνατότητες», «έγινα καλύτερος άνθρωπος» και «έμαθα πως πρέπει να νιώθουμε όλοι υπερήφανοι για αυτό που είμαστε».

**Ερώτηση 3: Σε βοήθησε η ομάδα να δεις τον εαυτό σου με πιο θετικό τρόπο;**

**ΝΑΙ / ΟΧΙ**

Από το σύνολο των τριάντα οχτώ (38) συμμετεχόντων, έξι (6) δεν συμπλήρωσαν το φυλλάδιο ανατροφοδότησης-αξιολόγησης. Στην παραπάνω ερώτηση τα αποτελέσματα είναι τα εξής: Είκοσι οχτώ (28) απάντησαν θετικά (ΝΑΙ) ενώ τέσσερα (4) άτομα απάντησαν αρνητικά (ΟΧΙ).

**Ερώτηση 4: Σε βοήθησε η ομάδα να βελτιώσεις τις σχέσεις σου με άλλα πρόσωπα στη ζωή σου; ΝΑΙ / ΟΧΙ**



Σε σύνολο τριάντα δυο (32) ατόμων, είκοσι οχτώ (28) μαθητές/τριες απάντησαν ότι η ομάδα τους βοήθησε να βελτιώσουν τις σχέσεις με άλλα πρόσωπα στη ζωή τους (ΝΑΙ) ενώ τέσσερα (4) άτομα θεώρησαν ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει (ΟΧΙ).

Ερώτηση 5: Πώς βίωσες τον διευκολυντή και την παρουσία του μέσα στην ομάδα;

Από τις απαντήσεις των μελών της ομάδας διακρίνονται και ξεχωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά του διευκολυντή, τα οποία θεωρήθηκαν από τους συμμετέχοντες ιδιαίτερος σημαντικά για την διεξαγωγή ενός αποτελεσματικού ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επισημαίνει ότι η παρουσία του διευκολυντή ήταν απαραίτητη για την οργάνωση και τον συντονισμό της ομάδας και συγχρόνως ότι αποτελούσε ένα μέσο για την καλύτερη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των μελών. Παρακάτω, παρατίθενται ορισμένες από τις απαντήσεις των μαθητών/τριών που αποσαφηνίζουν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του διευκολυντή: *«Η παρουσία του ήταν απαραίτητη αλλιώς δεν θα υπήρχε συντονισμός και συνεργασία», «Ένιωσα αρκετά άνετα με την παρουσία του μέσα στην ομάδα και πιστεύω πως ήταν απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία και τον συντονισμό μας» και «...οργάνωσε δραστηριότητες και μας έκανε να συνεργαστούμε μεταξύ μας».*

Επίσης, οι συμμετέχοντες ερμηνεύουν τον διευκολυντή της ομάδας ως ένα πρόσωπο πολύ οικείο, ικανό και πρόθυμο να προάγει τη γνώση του μέσα από τις δραστηριότητες, τις βιωματικές ασκήσεις και τις συζητήσεις, η παρουσία του οποίου βοήθησε τα μέλη να εκφράσουν ελεύθερα τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους.

Για να γίνει καλύτερα κατανοητή η στάση και ο ρόλος του διευκολυντή μέσα στην ομάδα αναφέρονται κάποιες από τις απόψεις των μαθητών/τριών: ο Θ. υπογραμμίζει *«...τον βίωσα σαν ένα δικό μου πρόσωπο»*, αντίστοιχα η Ξ. τονίζει *«ένιωθα πολύ οικεία μαζί της...μας βοηθούσε χωρίς να μας λογοκρίνει και μας έκανε να διαμορφώσουμε τις απόψεις μας με θετικότερο τρόπο»*. Ο Στ. αναφέρει ότι: *«...κάθε φορά που μιλάγα μαζί της ήταν σαν να μιλάω με κάποιον συνομήλικό μου»* ενώ η Η. έγραψε *«...μας γέμισε γνώσεις πάνω στα θέματα που συζητούσαμε κάθε φορά και μας*

έκανε να νιώσουμε ομάδα και να συνεργαστούμε όλοι μαζί» και η Μ τονίζει «ήταν πολύ καλή και υπομονετική αν και καμιά φορά την φέρναμε στα όριά της!».

**Ερώτηση 6: Νιώθεις ότι βοηθήθηκες από την συμμετοχή σου στην ομάδα και αν ναι, με ποιον τρόπο;**

Στην παραπάνω ερώτηση το σύνολο των μελών της ομάδας παρέμβασης, που συμπλήρωσε το φυλλάδιο ανατροφοδότησης, εκφράζει ότι βοηθήθηκε από την συμμετοχή του στην ομάδα. Ασφαλώς, κάποιιοι θεωρούν ότι ωφελήθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό, κάποιιοι άλλοι σε μικρότερο και ορισμένοι καθόλου.

Σε ότι αφορά το σκέλος της ερώτησης «...με ποιόν τρόπο, νιώθεις ότι βοηθήθηκες...», από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναδεικνύονται τρεις κύριες κατηγορίες, που αφορούν τους τρόπους.

Η πρώτη κατηγορία αφορά τον τομέα της Διατροφής και την απόκτηση γνώσεων γύρω από αυτήν. Η κατηγορία αυτή είναι αναμενόμενη καθώς κατά τη διάρκεια των συναντήσεων κεντρικό ρόλο είχαν οι συζητήσεις σχετικά με την υγιεινή και κακή διατροφή, τα διατροφικά προβλήματα και τους τρόπους αποφυγής αυτών. Μέσα από τα παιχνίδια και τις δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν οι μαθητές και οι μαθήτριες κατανόησαν και ανέλυσαν-με την βοήθεια του διευκολυντή- τις παραπάνω θεματικές ενότητες.

Η δεύτερη κατηγορία που ανακύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι η Συνεργασία-Γνωριμία των μελών. Συγκεκριμένα, πολλοί μαθητές/τριες υπογραμμίζουν την αξία της ομάδας, η οποία προσφέρει ευκαιρίες για βελτίωση της επικοινωνίας, της συνεργασίας και των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Η ομάδα έχει κάποιους συγκεκριμένους κανόνες όπως καταμερισμός των εργασιών, ίση μεταχείριση των μελών που επιτρέπουν την ομαλή και αποτελεσματική διεξαγωγή της διαδικασίας.

Μια τρίτη κατηγορία που προκύπτει από την ανάλυση των απόψεων των μελών της ομάδας είναι η Αυτοεκτίμηση. Αρκετοί συμμετέχοντες τονίζουν στις απαντήσεις τους ότι άλλαξε λίγο ή πολύ ο τρόπος που βλέπουν τον εαυτό τους, δηλαδή

αντιμετωπίζουν με έναν πιο θετικό τρόπο τον εαυτό τους, τους άλλους και τις καταστάσεις.

Στο σημείο αυτό, θα παραθέσουμε μερικές χαρακτηριστικές απόψεις των συμμετεχόντων, όπως μεταφέρθηκαν στο φυλλάδιο από τους ίδιους, σχετικά με τις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες

A) Διατροφή:

- Ο Χ.: «Μέσα από κάποιες ταινίες και συζητήσεις μάθαμε ποιες θα πρέπει να είναι οι διατροφικές συνήθειες...».

- Η Λ.: «...με βοήθησε να μάθω κάποια πράγματα σχετικά με τις συνήθειές μας στο φαί, κυρίως τις κακές».

- Η Μ.: «...κατάφερα να μάθω χρήσιμες συμβουλές για την υγεία και τα διατροφικά προβλήματα».

- Η Η.: «...με βοήθησε να καταλάβω και να δω πόσο επικίνδυνες και κακές είναι για την υγεία μου κάποιες τροφές».

B) Αντίστοιχα, για την δεύτερη κατηγορία που αφορά την Συνεργασία-Γνωριμία των μελών οι σκέψεις των μαθητών/τριών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα είναι:

- Η Π.: «...με βοήθησε να νιώσω πως ανήκω σε μια ομάδα και να συνεργάζομαι με άτομα της ηλικίας μου».

- Ο Β.: «...έδινε την γνώμη μου και έπαιρνα άλλες και έτσι αποκόμισα πολλές γνώσεις».

- Η Μ.: «γνώρισα καλύτερα τους συμμαθητές μου αναπτύσσοντας σχέσεις μαζί τους, μου "έδωσε" ομαδικό πνεύμα δουλεύοντας και συζητώντας όλοι μαζί».

- Ο Λ.: «Έμαθα να επικοινωνώ καλύτερα με κάποια άτομα μέσα στην τάξη».

- Η Κ.: «...με βοήθησε (η ομάδα) να συνεργαστώ με κάποια άτομα στην τάξη μου που υπό άλλες συνθήκες δεν θα το είχα κάνει, έτσι με βοήθησε να τους δω με θετικότερο τρόπο».

- Η Περσεφ.: «...έμαθα πολλά πράγματα για τους συμμαθητές μου».

Γ) Τέλος, για την τρίτη κατηγορία, της Αυτοεκτίμησης, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων της ομάδας είναι:

- Ο Μαρ.: «Άρχισα να βλέπω τον εαυτό μου με πιο θετικό τρόπο».

- Η Κ.: «...βοηθήθηκα πολύ από το πρόγραμμα γιατί έμαθα να μην ντρέπομαι να λέω τα συναισθήματά μου».

- Η Μ.: «...πιστεύω πως η συμμετοχή μου στην ομάδα με βοήθησε να βελτιώσω τις σχέσεις μου με τους άλλους και να αντιμετωπίζω με πιο θετικό τρόπο τα πράγματα».

- Ο Η.: «...με τα θετικά χαρακτηριστικά που έμαθα ότι έχω και δεν τα ήξερα έχω μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση πλέον».

- Η Ι.: «...βοηθήθηκα αρκετά και με έκανε να δω τον εαυτό μου πιο θετικά».

- Ο Χ.: «...έμαθα ότι μπορώ να εκφράζομαι χωρίς φόβο».

**Ερώτηση 8: Αν συνεχιστούν οι ομάδες αυτές και στο μέλλον, τι θα πρότεινες να αλλάξει (στον τρόπο λειτουργίας τους); Τι θα ήθελες να παραμείνει το ίδιο;**

Η πλειοψηφία των μαθητών/τριών που συμμετείχε στο συγκεκριμένο ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα δηλώνει πως θα επιθυμούσε να παραμείνει ο ίδιος τρόπος λειτουργίας της ομάδας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες επισημαίνουν ότι ο τρόπος διαμόρφωσης της ομάδας και όλη η διαδικασία τους έδωσε την ευκαιρία να συνεργαστούν μεταξύ τους, να αποκτήσουν χρήσιμες γνώσεις και φυσικά να διασκεδάσουν.

Αρκετοί, τόνισαν ότι θα ήταν πολύ ενδιαφέρον και χρήσιμο να πραγματοποιηθούν στο μέλλον παρόμοια προγράμματα πάνω σε άλλα θέματα που τους αφορούν άμεσα και είναι εξίσου σημαντικά για αυτούς. Ενώ, αντίστοιχα δεν ήταν λίγοι που αναφέρθηκαν στη συμπεριφορά των άλλων συμμετεχόντων και την σπουδαιότητα της τάξης και της ηρεμίας για την ομαλή διεξαγωγή της διαδικασίας.

Μερικοί εκ των συμμετεχόντων πρότειναν ότι τα στοιχεία τα οποία θα τροποποιούσαν είναι: περισσότερες δραστηριότητες σε εξωτερικούς χώρους, περισσότερες συναντήσεις ή/και με μεγαλύτερη συχνότητα και περισσότερα παιχνίδια παρά συζητήσεις. Πολλοί είναι αυτοί που θα επιθυμούσαν να πραγματοποιούνται στον σχολικό χώρο ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα.

#### **4.5 Συμπεράσματα**

Η παρούσα έρευνα αφορούσε την εφαρμογή και την αξιολόγηση ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών σε έφηβους. Οι αρχικές υποθέσεις της έρευνας ήταν ότι μετά την παρέμβαση οι

συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα θα σημείωναν βελτίωση του επιπέδου αυτοεκτίμησής τους και θα αποκτούσαν περισσότερες γνώσεις για τα διατροφικά προβλήματα και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Επιπλέον, η αρχική πρόβλεψη ήταν ότι οι στάσεις, οι συνήθειες και οι συμπεριφορές των εφήβων της πειραματικής ομάδας, σχετικά τις μεθόδους πρόσληψης τροφής, ελέγχου του βάρους και της αντίληψης της εικόνας και του σχήματος του σώματος τους θα διέφεραν σημαντικά από αυτές της ομάδας ελέγχου, μετά την παρέμβαση.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια *EAT-26*, το ερωτηματολόγιο *Moreno και Thelen* (1993) και το ερωτηματολόγιο *Rosenberg self-esteem*. Στην πειραματική ομάδα χορηγήθηκαν επίσης ερωτηματολόγια pre-test και post-test και ένα φυλλάδιο ανατροφοδότησης και αξιολόγησης της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας.

Συμπερασματικά, από την ανάλυση των δεδομένων φαίνεται ότι δεν βελτιώθηκε το επίπεδο της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση, ενώ για την ομάδα ελέγχου το επίπεδο αυτοεκτίμησης βελτιώθηκε ελάχιστα, πιθανόν, λόγω της επίδρασης τυχαίων παραγόντων. Οι στάσεις και οι συνήθειες των συμμετεχόντων στις δυο ομάδες γύρω από την διατροφή δεν διέφεραν σημαντικά, ως προς τις αρχικές μετρήσεις. Ωστόσο, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην βουλιμική στάση για την πειραματική ομάδα. Οι παράγοντες ηλικία και φύλο που μπήκαν ως συμμεταβλητές δεν έδειξαν να επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, τόσο τα αγόρια, όσο και τα κορίτσια των δυο ομάδων συγκέντρωσαν τις ίδιες τιμές στα ερωτηματολόγια, πριν και μετά την παρέμβαση.

Πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των στάσεων και συμπεριφορών γύρω από την διατροφή (*Eat-26*) αποτελεί ένα μέσο για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών για παιδιά και εφήβους που ανήκουν σε ομάδες κινδύνου. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, οι συμμετέχοντες της πειραματικής μας ομάδας δεν αποτελούσαν ομάδα κινδύνου και για αυτό η αλλαγή στις στάσεις και τις συνήθειες δεν ήταν σημαντική, μετά την παρέμβαση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ποιοτικών δεδομένων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα παρέμβασης απέκτησε γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή και την πρόληψη των διατροφικών προβλημάτων. Ειδικότερα, τα αγόρια, μετά την παρέμβαση, φάνηκε να είναι πιο ενημερωμένα σχετικά την εμφάνιση των διατροφικών προβλημάτων και τους τρόπους αντιμετώπισης τους. Ωστόσο, τα κορίτσια δεν σημείωσαν σημαντική διαφορά, ως προς τις αποκτηθείσες γνώσεις, πριν και μετά την εφαρμογή του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, πιθανόν γιατί είναι ευαίσθητοποιημένα για το συγκεκριμένο θέμα και περισσότερο ενημερωμένα. Γενικότερα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αξιολόγησε θετικά την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και θα επιθυμούσε να πραγματοποιηθούν παρόμοια προγράμματα στο μέλλον.

Επιπλέον, παρόλο που η συνολική αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων δεν βελτιώθηκε σημαντικά, τα μέλη της πειραματικής ομάδας σημείωσαν ότι αναγνώρισαν θετικά στοιχεία για τον εαυτό τους μέσα από την συμμετοχή τους στην ομάδα και την συνεργασία μεταξύ των μελών. Η αλληλεπίδραση στα πλαίσια της ομάδας, σύμφωνα με τους μαθητές/τριες, είχε αντίκτυπο τόσο σε προσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Πρέπει να σημειωθεί ότι θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μια επαναληπτική έρευνα (follow-up) για να επαναξιολογηθεί το επίπεδο αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων σε βάθος χρόνου. Η χρήση ερωτηματολογίου σωματικής αυτοεκτίμησης θα ήταν πιο κατάλληλη για τον σκοπό αυτό, αφού μπορεί το επίπεδο της συνολικής αυτοεκτίμησης να είναι ικανοποιητικό για ένα άτομο, αλλά μπορεί να διαφέρει σημαντικά από το επίπεδο σωματικής του αυτοεκτίμησης, που σχετίζεται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων στο εκπαιδευτικό πλαίσιο αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, προκειμένου να ενημερώσουν και να ευαίσθητοποιήσουν τα παιδιά και τους έφηβους για τα θέματα που τους απασχολούν ή αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία.

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών δεν αφορά μόνο τα παιδιά και τους έφηβους αλλά και τους γονείς ή κηδεμόνες των παιδιών και τους άμεσα εμπλεκόμενους με την εκπαιδευτική διαδικασία. Για αυτό τον λόγο, προτείνεται η εμπλοκή του οικογενειακού και κοινωνικού περιγυρού των παιδιών και των εφήβων

σε έναν μελλοντικό σχεδιασμό των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις διατροφικές διαταραχές, σε μια προσπάθεια ολιστικής προσέγγισης του θέματος. Εξάλλου όπως έχει ήδη επισημανθεί από την Γιαννακούλια και τους συνεργάτες της (Yannakoulia, Matalas, Yiannakouris, Papoutsakis, Passos & Klimis-Zacas, 2004) η μετάβαση από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή σε μια νέα, δυτικού τύπου, διατροφή προκάλεσε ένα «διατροφικό χάσμα» το οποίο καλούνται να καλύψουν όχι μόνο τα παιδιά και οι έφηβοι αλλά ολόκληρη η κοινωνία..

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι διατροφικές διαταραχές, όπως επισημάνθηκε παραπάνω, εμφανίζονται ολοένα και περισσότερο στον Δυτικό κόσμο και ιδιαίτερα σε νεαρά κορίτσια και αγόρια. Η εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης για τις διατροφικές διαταραχές είναι αναγκαία και σχεδόν επιτακτική για την αποφυγή μεγαλύτερων προβλημάτων στο μέλλον.

Τα προγράμματα πρόληψης των διατροφικών διαταραχών αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικά για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ενίσχυση της γνώσης των παιδιών και των εφήβων, όταν εφαρμόζονται στο σχολικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο τα άτομα δομούν την προσωπικότητά τους, αλληλεπιδρούν, υιοθετούν στάσεις και απόψεις και κοινωνικοποιούνται.

Η εφαρμογή και η αξιολόγηση του ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος που παρουσιάστηκε, είχε ως στόχο την διερεύνηση των στάσεων, συνηθειών των εφήβων απέναντι στην διατροφή και στην αντίληψη του σχήματος και του βάρους και την τροποποίηση των προβληματικών συμπεριφορών. Επιπλέον, αποσκοπούσε στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων, μέσα από τις δραστηριότητες που εφαρμόστηκαν σε ομαδικό επίπεδο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες αύξησαν τις γνώσεις τους γύρω από την διατροφή, μείωσαν κάποιες προβληματικές συμπεριφορές γύρω από την διατροφή και ενίσχυσαν την αυτογνωσία τους. Τέλος, η συμμετοχή τους στην ομάδα, τους επέτρεψε να γνωρίσουν τα υπόλοιπα μέλη και να συνεργαστούν.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η εφαρμογή ομαδικών προγραμμάτων και συγκεκριμένα ψυχοεκπαιδευτικών, στο σχολικό πλαίσιο έχει πολλαπλά οφέλη τόσο για τους συμμετέχοντες, όσο και για την επιστημονική κοινότητα. Θα ήταν χρήσιμο, επομένως, να πραγματοποιηθούν στο μέλλον ομαδικά προγράμματα πρόληψης όχι μόνο για τις διατροφικές διαταραχές, αφού και μόνο η συμμετοχή στην ομάδα αποτελεί πρόσφορα έδαφος για τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν την προσωπικότητά τους και να επιλύσουν τα θέματα που τους απασχολούν



## Βιβλιογραφία

Αρχοντάκη, Ζ. & Φιλίππου, Δ. (2003). *205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη

Association for Specialists in Group Work. (2000). Association for Specialists in Group Work professional standards for the training of group workers. *The Journal for Specialists in Group Work*, 25, 327-342

Βασιλόπουλος, Σ.Φ., Κουτσοπούλου, Ι., & Ρέγκλη, Δ. (2011). *Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για παιδιά: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη

Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), (147-152).

Berzon, B., Pious, C., & Parson, R. (1963). The therapeutic event in group psychotherapy: A study of subjective reports by members. *The Journal of Individual Psychology*, 19, 204-212

Bilali, A., Galanis, P., Velonakis, E., & Katostaras, Th. (2010). Factors Associated with Abnormal Eating Attitudes among Greek Adolescents. *Journal of Nutrition Educational Behavior*, 42, 292-298.

Birndorf, S., Ryan, Sh., Auinger, P., & Aten, M. (2005). High self-esteem among adolescents: Longitudinal trends, sex differences, and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 37, 194-201.

Boehner, Th. (2006). *Group Games: Building Relationships*. Germany: Speechmark Publishing Ltd.

Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19, 233-245.

Brown, N.W. (1994). *Group counseling for elementary and middle school children*. Westport, CT: Praeger.

Brown, J.D., Dutton, K.A., & Cook, K.E. (2001). Fro the top down: Self esteem and self- evaluation. *Cognition and Emotion*, 15(5), 615-631.

Brown, N.W. (2011). *Psychoeducational groups: Process and practice* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Brunner-Routledge

Brunch, H. (1971). Anorexia nervosa in the male. *Psychosomatic Medicine*, 33(1), 31-48.

Brunch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York. Basic Books.

Buddeberg - Fischer B., Bernet R., Schmid J., & Buddeberg C. (1996). Relationship between Disturbed Eating Behavior and Other Psychosomatic Symptoms in Adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 319-326.

Button, E. (1990). Self-esteem in girls' aged 11–12: Baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, 13, 407–413.

Butoon, E.J., Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E.J.S. (1997). Self-Esteem Eating Problems, and Psychological Well-Being in a Cohort of Schoolgirls Aged 15-16: A Questionnaire and Interview Study. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 39-47.

Carr-Gregg, M., & Shale, E. (2002). *Adolescence, a guide for parents*. Sydney: Finch Publishing Pty Limited

Costarelli, V., Antonopoulou, K., & Mavrovounioti, Ch. (2010). Psychosocial characteristics in Relation to Disordered Eating Attitudes in Greek Adolescents. *European Eatind Didorders Review*, 19(4), 322-330.

Corder, B. F., Whiteside, L., & Haizlip, T. M.(1981). A study of curative factors in group psychotherapy with adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy* 31, 345-354.

Corey, M.S., & Corey, G. (1992). *Groups: process and practice*, (4<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Crisp, A.H., & Burns T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 5-10.

DeLeel, M.L., Hughes, T.L., Miller, J.A., Hipwell, A., Theodore, L.A. (2009). Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups. *Psychology in the Schools*, 46(8), 767-775.

Delucia-Waack, J.L.(1997). Measuring the effectiveness of group work: A review and analysis of process and outcome measures. *The Journal for Specialists in Group Work*, 22(4), 277-293.

Delucia- Waack, J.L. (2006). *Leading psychoeducational groups for children and adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Drewnowski, A., Yee, D.K., & Krahn, D.D. (1988). Bulimia in college women:incidence and recovery rates. *American Journal of Psychiatry*, 145(6), 753-755.

Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152

Φιλίππου, Δ. & Καραντάνα Π. (2010). *Ιστορίες για να ονειρεύεσαι...παιχνίδια για να μεγαλώνεις: Για εμπύχωση βιωματικών ομάδων προσωπικής ανάπτυξης*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.

Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: The Guilford Press

Fichter, M.M., Elton, M., Sourdi, L., Weyerer, S., & Koptagel-Ilal, G. (1988). Anorexia Nervosa in Greek and Turkish adolescents. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 200-208.

Fisher, M., Schneider, M., Pegler, C., & Napolitano, B. (1991). Eating attitudes, Health-Risk behaviors, Self-Esteem and Anxiety among adolescent females in suburban high-school. *Journal of Adolescent Health*, 12, 377-384.

Franklin, R., & Pack-Brown, S. (2001). Team brothers: An Africentric approach to group work with African American male adolescents. *Journal for Specialists in Group Work*, 26(3), 237-245.

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, E.P. (1982). The Eating Attitudes Test. Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Garner, D.M., Rosen, L. and Barry, D. (1998). Eating Disorders in Athletes (839-857). In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.*, 7, New York: W.B. Saunders.

Garrett, M., & Crutchfield, L. (1997). Moving full circle: A unity model of group work with children. *Journal for Specialists in Group Work*, 22(3), 175-188.

Gerrity, D.A., & DeLucia-Waack, J.L. (2006). Effectiveness of Groups in the Schools. *The Journal for Specialists in Group Work*, 32(1), 97-106

Harrison, D.E, Ashcroft, S.J.H., Christie, M.R., & Lord, J.M. (1984). Protein phosphorylation in the pancreatic  $\beta$ - cell. *Experientia*, 40, 1057-1084.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press

Herpertz-Dahlmann, B., & Salbach- Andrae, H. (2008). Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 131-145

Hoag, M. J., & Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatments: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 234–24

Holcomb-McCoy, C. C., & Moore-Thomas, C. (2001). Empowering African-American adolescent females. *Professional School Counseling, 5*, 19–26.

Irving, L.M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile?. *Preventive Medicine, 34*, 299-309.

Jones, K.D., & Robinson, E.H.M. (2000). Psychoeducational groups: A model for choosing topics and exercises appropriate to group stage. *The Journal for Specialists in Group Work, 25(4)*, 356-365

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, η αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.

Κατσή, Α., Σιδερίδης, Γ.Δ., & Εμβαλωτής, Α. (2011). *Στατιστικές Μέθοδοι στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Kaplan, S. L., Busner, J., & Pollack, S. (1988). Perceived weight, actual weight, and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 107- 113.

Kater, K.J., Rohwer, J., & Levine, M.P (2000). An elementary school project for developing healthy body image and reducing risk factors for unhealthy and disordered eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 8(1)*, 3-16

Killen, J.D., Taylor, C.B., Hammer, L.D., Litt, I., Wilson, D.M., Rich, T., Hayward, C., Simmonds, B., Kraemer, H., & Varady, A. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 369–384.

Kjelsas, E., Bjørnstrøm, Ch., & Gotestam, K.G. (2004). Prevalence of Eating Disorders on female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behavior 5*, 13-25.

Kristian Holtkamp, Beate Herpertz-Dahlmann, Timo Vloet & Ulrich Hagenah (2005): Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program, *Eating Disorders, 13:4*, 381-390.

Kulic, K. R., Horne, A. M., & Dagley, J. C. (2001). Prevention groups with children and adolescents. *The Journal for Specialists in Group Work, 26*, 211-218.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ledoux, S., Choquet, M., & Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders, 10(1)*, 81-89

Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). *Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης μαθητών Λυκείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρή –Μπότσαρη, Ε. (2009). Δυσaréσκεια με την εικόνα του σώματος, διαιτητική συμπεριφορά και αυτοεκτίμηση στην εφηβεία. *Psychology, 16(1)*, 60-76.

Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology, 10(2)*, 458-467

McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdoell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 22(1)*, 75–95

Morogiannis, F. (2000). *Eating disorders and psychopathology: an epidemiological study in high-school students in Ioannina province*. Thesis dissertation, University of Ioannina

Muise, M.A., Stein, D.G., & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health, Journal of adolescent health, 33*, 427-435

Mytton, J.A., DiGuseppi, C., Cough, D.A., Taylor, R.S. & Logan S. (2002). School-based violence prevention programs: Systematic review of secondary prevention trials. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*, 752-762

Νικολόπουλος, Δ. (2008). *Σχολική ψυχολογία: Εφαρμογές στο Σχολικό Περιβάλλον*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος

Nasser, M. (1988). Eating Disorders: The cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 23*, (184-187).

Neumark-Sztainer, D., Butler, R., & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education, 27*, 24–31.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., & Rex, J. (2003). New moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Preventive Medicine, 37*, 41–51.

Neumark-Sztainer, D., Levine, M.P., Paxton, S.J., Smolak, L., Piran, N., & Wertheim, E.H. (2006). Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What's Next?. *Eating Disorders, 14(4)*, 265-285

Norwood, S.J., Murray, M., Nolan, A., & Bowker, A. (2011). Beautiful from the inside out: A school-based programme designed to increase self-esteem and positive Body Image among preadolescents. *Canadian Journal of School Psychology, 26(4)*, 263-282

O’Dea, J. A., & Abraham, S. (1999). Association between self-concept and body weight, gender and pubertal development among male and female adolescents. *Adolescence*, 34(133), 69–79.

O’ Dea, J.A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43–57.

O’ Dea, J.A. (2004). Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents, *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 12(3), 225-239.

Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765–768

Paxton, S.J. (1993). A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A one year follow-up. *Health Education Research*, 8, 43–51.

Power, Y., Power, L., & Canadas, M.B. (2008): Low Socioeconomic Status Predicts Abnormal Eating Attitudes in Latin American Female Adolescents, *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, 16(2), 136-145.

Richardson, S.M., & Paxton, S.J. (2010). An Evaluation of A Body Image Intervention Based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 112-122.

Rosen, J. C., Tacy, B., & Howell, D. (1990). Life stress, psychological symptoms, and weight reducing behavior in adolescent girls: A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 17-26.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books

Σίμος, Γ. (1996). *Διερεύνηση ψυχογενών διαταραχών στην πρόληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης*. Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή επιστημών υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Θεσσαλονίκη

Schwartz, D.M, Thompson, M.G., Johnson, C.L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating Disorders*, 1(3), 20-36.

Shannon, L.R. (2004). Eating Disorders in Adolescent Males. *Professional School Counseling Journal*, 8 (1), 98-101.

Shechtman, Z., Bar-el, O., & Hadar, E. (1997). Therapeutic factors and psycho educational groups for adolescents: A comparison. *The Journal for Specialists in Group Work, 22*(3), 203-213

Shen, Y-P., & Armstrong, S.A. (2008). Impact of Group Sandtray Therapy on the Self-Esteem of Young Adolescent Girls, *The Journal for Specialists in Group Work, 33*(2), 118-137

Shisslak, C.M., Crago M., & Estes, L.S., (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 209-219.

Smolak, L., & Levine, M.P. (2001). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 9*(4), 313-325

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stice, E. (2002). Risk and Maintenance factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848.

Striegel-Moore, R., & Cachelin, F.M. (2001). Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist, 29*, 635-661.

Thompson, C.L., & Rudolph, L.B. (1988). *Counseling children* (2<sup>nd</sup> ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Tomori, M., & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health, 26*(5), 361-367

Trounson, C.D. (1996). From chaos to cohesion: Group therapy with preschool –aged children. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 6*, 3-25.

Wardle, J. (2009). Is obesity an Eating Disorder? *The European Health Psychologist, 1*-5.

Woodside, D., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry, 158*, 570–574.

WHO. (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva, World Health Organization.

Yalom, I. D. (2006). Θεωρία και πράξη της ομαδικής θεραπείας (Ε. Ανδριτσάνου, Δ. Κακατσάκη, μτφρ.) Αθήνα: εκδόσεις Άγρα.

Yannakoulia, M., Matalas, A.-L., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos,

M., & Klimis-Zacas, D. (2002). *Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents* (submitted).

Yannakoulia, M., Matalas, A.L., & Grivetti, L.E. (2003). *From frugality to disordered eating behavior: The case of Greece*, Chapter 12 Ruggiero GM (Ed). *Eating Disorders in the Mediterranean World. Cognitive and Sociocultural Correlates*. Huntington, New York: NOVA Publisher, 2003.

Yannakoulia M., Matalas A-L., Yiannakouris N., Papoutsakis C., Passos M., & Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating Weight Disorders, 9*, 126-133.

Yates, A. (1989). Current Perspectives on the Eating Disorders: I. History Psychological and Biological Aspects. *Journal of American Academy of Child and adolescent psychiatry, 28(6)*, 813-828.



Πίνακες

<b>Πίνακας 1: Δημογραφικά/Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά</b>					
<b>Ομάδες</b>	<b>Ηλικία</b>	<b>Φύλο</b>	<b>Τάξη</b>	<b>Ύψος</b>	<b>Βάρος</b>
<i>Πειραματική ομάδα</i>	14, 16 (.547)	16 Α 22 Κ	24 Β' 14 Γ'	1.67 (8,456)	65 (7,453)
<i>Ομάδα ελέγχου</i>	14,41 (.567)	28 Α 26 Κ	20 Β' 34 Γ'	1.65 (8,354)	65 (7,732)

<b>Πίνακας 2: Μορφωτικό επίπεδο γονέων/κηδεμόνων</b>			
<b>Φύλο</b>	<b>Πρωτοβάθμια εκπαίδευση</b>	<b>Δευτεροβάθμια εκπαίδευση</b>	<b>Ανώτατη Εκπαίδευση (ΑΕΙ-ΤΕΙ)</b>
<i>Πατέρας</i>	4,2%	34,8%	61%
<i>Μητέρα</i>	4,3%	36,9%	57,6%