

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Βλαχάκη Ευαγγελία-Χρυσάνθη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μαριδάκη-Κασσωτάκη Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τριμελής επιτροπή:

Μαριδάκη-Κασσωτάκη Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Ζαμπέλας Αντώνης, Επίκουρος Καθηγητής

Μανιός Γιάννης, Λέκτορας

ΑΘΗΝΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	i
Ευρετήριο Πινάκων-Σχημάτων.....	iv
Συντομογραφίες.....	vii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	viii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ix
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ΔΛΤ).....	2
1.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΛΤ.....	3
1.1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	5
1.1.2.1 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	5
i. Επιπολασμός.....	5
ii. Διαγνωστικά κριτήρια.....	6
iii. Τύποι ΝΑ.....	7
iv. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα.....	8
v. Θεραπεία και διατροφική αντιμετώπιση.....	10
1.1.2.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	14
i. Επιπολασμός.....	14
ii. Διαγνωστικά κριτήρια.....	14
iii. Τύποι ΝΒ.....	16
iv. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα.....	17
v. Θεραπεία και διατροφική αντιμετώπιση.....	18
1.1.2.3 ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	19
i. Προτεινόμενα διαγνωστικά κριτήρια.....	19
1.1.3 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	21
1.1.3.1 Συναισθηματική ανεπάρκεια.....	22
1.1.3.2 Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες.....	24
1.1.3.3 Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος.....	26
1.1.3.4 Εικόνα σώματος.....	26
1.1.3.5 Αυτοεκτίμηση.....	28
1.1.3.6 Σεξουαλικότητα.....	28
1.1.3.7 Κοινωνική υποστήριξη.....	30
1.1.3.8 Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων.....	30

1.1.3.9	Σαρकाσμός.....	30
1.1.3.10	Τελειομανία.....	31
1.1.3.11	Οικογενειακή αλληλεπίδραση και περιβάλλον...	31
1.1.3.12	Προσωπικότητα.....	32
1.1.3.13	Στρες.....	32
1.1.3.14	Κατάθλιψη.....	33
1.1.3.15	Κοινωνική τάξη.....	33
1.2	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΣΝ).....	34
1.2.1	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΝ.....	34
1.2.2	ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΑ ΣΝ.....	36
2.	ΣΚΟΠΟΣ.....	43
3.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	44
3.1	Δείγμα.....	44
3.2	Ερευνητικά εργαλεία.....	45
3.3	Τρόπος συλλογής δεδομένων.....	46
3.4	Περιγραφή εργαλείων.....	47
3.4.1	Ψυχομετρικά εργαλεία.....	47
3.4.1.1	Περιγραφή του ερωτ/γίου ΣΝ: BarOn EQ-i.....	47
3.4.1.2	Περιγραφή του ερωτηματολογίου του άγχους του Spielberger.....	56
3.4.2	Διατροφικά εργαλεία.....	57
3.4.2.1	Περιγραφή του ερωτηματολογίου διατητηκών Συνηθειών (EAT-26).....	57
3.4.2.2	Ανάκληση 24ώρου.....	59
3.4.3	Ανθρωπομετρικές μετρήσεις και αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας.....	61
3.4.3.1	Περιγραφή ερωτ/γίου αξιολόγησης φυσικής δραστηριότητας.....	61
3.4.3.2	Ανθρωπομετρικές μετρήσεις.....	65
	Μέτρηση ύψους.....	65
	Μέτρηση βάρους.....	66
	Μέτρηση περιφερειών.....	66
	Μέτρηση δερματοπτυχών.....	67

4.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	69
4.1	Ανθρωπομετρικές μετρήσεις του δείγματος.....	69
4.2	Διατροφικά δεδομένα του δείγματος.....	72
4.3	Φυσική δραστηριότητα.....	76
4.4	Ψυχολογικές μετρήσεις του δείγματος.....	78
	4.3.1 Περιγραφική παρουσίαση δείγματος.....	78
	4.3.2 Στατιστικές αναλύσεις.....	79
5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	93
5.1	Διατροφικά χαρακτηριστικά.....	93
5.2	Ψυχολογικά χαρακτηριστικά.....	96
5.3	Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά.....	99
5.4	Φυσική δραστηριότητα και δίαιτες αδυνατίσματος.....	100
5.5	Διατροφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά.....	101
6.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	103
7.	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	104
8.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	105
9.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	116
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'.....	117
	Συμφωνητικό εθελοντικής συμμετοχής.....	118
	Στοιχεία εθελοντή.....	120
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'.....	121
	Ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών (EAT-26)	122
	Ανάκληση 24ώρου.....	123
	Πρόσθετη σελίδα ανάκλησης 24ώρου.....	124
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'.....	125
	Ερωτηματολόγιο ΣΝ Baron EQ-i.....	126
	Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης Spielberger.....	135
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'.....	137
	Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης φυσικής δραστηριότητας.....	138
	Έντυπο ανθρωπομετρικών μετρήσεων.....	141

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ	Σελ.
Πίνακας 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια NA	7
Πίνακας 1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά NA	9
Πίνακας 1.3 Διαιτητική αντιμετώπιση NA	12
Πίνακας 1.4 Διαγνωστικά κριτήρια NB	16
Πίνακας 1.5 Διαγνωστικά κριτήρια μη αλλιώς προσδιοριζόμενων ΔΛΤ	20
Πίνακας 3.1 Οι πέντε μεγάλες κατηγορίες παραγόντων που απασχολούν το ερωτηματολόγιο του BarOn και οι επιμέρους παράγοντες κάθε κατηγορίας	50
Πίνακας 3.2 Οι τρεις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων, βασικοί, υποστηρικτικοί και επακόλουθοι, που αποτελούν την ΣΝ κατά BarOn	51
Πίνακας 3.3 Οι επιμέρους παράγοντες του BarOn και οι αντίστοιχοι αριθμοί των ερωτήσεων στις οποίες εξετάζονται καθένος ξεχωριστά	56
Πίνακας 3.4 Κατηγοριοποίηση της εργασίας, άσκησης, δραστηριοτήτων αναψυχής σε 4 ομάδες με βάση την μέση συχνότητά τους στο καρδιαγγειακό σύστημα και σε υποομάδες σύμφωνα με την επίδρασή τους στην οστική πυκνότητα	64
Πίνακας 4.1 Αναλυτική περιγραφή του δείγματος	71
Πίνακας 4.2	72

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ανεξαρτήτου φύλου	
Πίνακας 4.3 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ανά φύλο (για τα κορίτσια και τα αγόρια ξεχωριστά)	73
Πίνακας 4.4 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των διατροφικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ανεξαρτήτου φύλου	75
Πίνακας 4.5 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των διατροφικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας για τα κορίτσια	76
Πίνακας 4.6 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των διατροφικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας για τα αγόρια	77
Πίνακας 4.7 Ποσοστό παρουσίας δίαιτας και κατανάλωσης έτοιμου φαγητού για αγόρια, κορίτσια και επί του συνόλου, καθώς και επίπεδο στατιστική σημαντικότητας μεταξύ των δύο φύλων	78
Πίνακας 4.8 Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στην ανάλυση nonparametric tests για το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στις δύο ομάδες, την πειραματική και την ομάδα ελέγχου	79
Πίνακας 4.9 Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των αποτελεσμάτων που αφορούν στις απαντήσεις της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου	80

στα ερωτηματολόγια Baron και Spielberger	
Πίνακας 4.10 Αποτελέσματα από την λογιστική παλινδρόμηση για την εύρεση συσχετίσεων στις ψυχολογικές παραμέτρους μεταξύ πειραματικής ομάδας και ομάδας ελέγχου	82
Πίνακας 4.11 Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στην ανάλυση διακρίνουσας (ή ταξινομικής ανάλυσης) και ο δείκτης Wilk's Lambda	84
Πίνακας 4.12 Αναλυτικά οι εξισώσεις	85
Πίνακας 4.13 Οι δείκτες συσχέτισης Pearson r και Spearman ρ καθώς και ο δείκτης alpha στο σύνολο των εθελοντών (ανεξαρτήτου φύλου και ομάδας)	86
Πίνακας 4.14 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* $p < 0.05$ & ** $p < 0.001$)	91
Πίνακας 4.15 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* $p < 0.05$ & ** $p < 0.001$)	92
Πίνακας 4.15 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* $p < 0.05$ & ** $p < 0.001$)	93
Πίνακας 4.15 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* $p < 0.05$ & ** $p < 0.001$)	94
ΣΧΗΜΑΤΑ	
Σχήμα 3.1 Η αλληλεπίδραση βασικών, επακόλουθων και υποστηρικτικών παραγόντων	53

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΔΛΤ	Διαταραχές Λήψης Τροφής
ΣΝ	Συναισθηματική Νοημοσύνη
ΝΑ	Νευρογενής Ανορεξία
ΝΒ	Νευρογενής Βουλιμία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μου στο τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι τον Μάιο 2004, υπό την επίβλεψη της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας κας Κασσωτάκη-Μαριδάκη Αικατερίνης, του Επίκουρου Καθηγητή κ. Ζαμπέλα Αντώνη και του Λέκτορα κ. Μανιού Γιάννη. Το θέμα της πτυχιακής είναι: «Διαταραχές λήψης τροφής και ψυχική υγεία». Ως προς την ψυχική υγεία στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν δύο παράμετροι, η συναισθηματική νοημοσύνη και το άγχος.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Κασσωτάκη-Μαριδάκη Αικατερίνη για την ανάθεση του θέματος και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, όπως και για την συνολική υποστήριξή της και το αμείωτο ενδιαφέρον της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης αυτής.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω προς τον κ. Ζαμπέλα Αντώνη Επίκουρο Καθηγητή του τμήματος Διαιτολογίας-Διατροφής για το συνεχές ενδιαφέρον του, την καθοδήγηση και την επιστημονική βοήθεια που μου προσέφερε στο χρονικό αυτό διάστημα.

Ευχαριστώ θερμότατα τον κ. Μανιό Γιάννη Λέκτορα του τμήματος Διαιτολογίας-Διατροφής για τις ανεκτίμητες συμβουλές του, την εξαιρετική συνεργασία και την συμπαράσταση που μου προσέφερε σε κάθε προκύπτουσα ανάγκη.

Τέλος ευχαριστώ ολόψυχα την οικογένειά μου, τους γονείς και τον αδερφό μου για την αμέριστη ηθική συμπαράστασή τους, για την εμπύχωση και για την συνεχή παρότρυνση, στήριξη και υπομονή που έδειξαν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, καθώς και τους φίλους μου για την κατανόηση και την ενθάρρυνσή τους όλα αυτά τα χρόνια.

Χρυσάνθη Βλαχάκη

Μάιος 2004

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Διαταραχές Λήψης Τροφής (ΔΛΤ) μπορούν να χαρακτηριστούν ως η επίμονα αυξημένη (βουλιμία) ή ελαττωμένη (ανορεξία) διάθεση για λήψη τροφής. Η αιτία ή οι αιτίες είναι συνήθως άγνωστες, αν και οι πιο πολλοί θεωρούν ότι πρόκειται μάλλον περί ψυχικής ανωμαλίας. Ο σκοπός της θεραπείας είναι η αποκατάσταση του σωματικού βάρους και της όρεξης, η επανεγκατάσταση φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς και η επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών.

Για τους λόγους αυτούς, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση των Διαταραχών Λήψης Τροφής με ψυχολογικούς παράγοντες και κυρίως με την Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ) και το άγχος. Η συναισθηματική νοημοσύνη περιλαμβάνει αρκετές έννοιες όπως ο αυτοσεβασμός, η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, η κοινωνική υπευθυνότητα, η ευτυχία, κ.ά. Στη συνέχεια αναζητείται η σχέση των παραπάνω ψυχολογικών χαρακτηριστικών με την πρόσληψη μακρο- και μικροθρεπτικών συστατικών, όπως πρόσληψη λιπαρών οξέων, διαιτητικών ινών, βιταμινών του συμπλέγματος Β κ.ά. Ταυτόχρονα σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση ανθρωπομετρικών μετρήσεων, επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και ενασχόλησης με δίαιτες αδυνατίσματος, ώστε να διαπιστωθούν σχέσεις, αν υφίστανται, μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν τάσεις για ΔΛΤ και υγιών ατόμων ή καλύτερα ατόμων που δεν παρουσιάζουν αυτήν την τάση.

Στην πρώτη ενότητα της πτυχιακής μελέτης γίνεται περιγραφή των βασικών εννοιών, δηλ. των ΔΛΤ και της ΣΝ. Στην δεύτερη ενότητα δίνεται ο σκοπός της μελέτης. Στην τρίτη ενότητα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και δίνονται τα βήματα που ακολουθήθηκαν και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Στην τέταρτη ενότητα δίνονται τα αποτελέσματα και στην πέμπτη ενότητα γίνεται σχολιασμός των ευρημάτων. Στην έκτη ενότητα δίνονται συνοπτικά τα συμπεράσματα και στην έβδομη ενότητα γίνονται προτάσεις για περαιτέρω έρευνα με αφορμή την παρούσα μελέτη.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από σοβαρά προβλήματα στην διατροφική συμπεριφορά. Νευρογενής ανορεξία (ΝΑ) και νευρογενής βουλιμία (ΝΒ) είναι οι δύο πιο γνωστές και αποτελούν μία σημαντική ενότητα ειδικά στις δυτικές κοινωνίες. Πρόκειται για δύο ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται συνήθως σε εφήβους και νέες γυναίκες και χαρακτηρίζονται από παραμόρφωση της σωματικής εικόνας και παθολογικούς τύπους σίτισης, από τις οποίες καμιά δεν έχει ιδιαίτερο παθογνωμονικό γνώρισμα. Οι δύο διαταραχές έχουν ορισμένα κοινά γνωρίσματα και είναι δυνατό να αλληλοεπικαλύπτονται. Η νευρογενής ή ψυχογενής βουλιμία δεν συνοδεύεται από καχεξία, η οποία αποτελεί το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας. Η εμφάνιση των διαταραχών λήψης τροφής (ΔΛΤ) σε εφήβους και νέες γυναίκες φτάνει το 1-3%, ενώ για τους άνδρες το ποσοστό είναι περίπου το 1/10 αυτού που αντιστοιχεί στις γυναίκες. Στις ΗΠΑ, περισσότεροι από πέντε εκατομμύρια πολίτες πάσχουν από ΔΛΤ. Συνολικά το 5% των γυναικών και το 1% των ανδρών, ενώ υπολογίζεται ότι το 85% των ασθενών εμφάνισαν τα συμπτώματα αυτά κατά την εφηβική ηλικία (ADA's position 2001), γεγονός άκρως ανησυχητικό, μιά και η κοινωνία μας ακολουθεί τα αμερικανικά πρότυπα. Η θεραπεία και των δύο διαταραχών είναι πρωταρχικά ψυχιατρική, αλλά είναι δυνατό να εμφανίσουν σημαντικές παθολογικές επιπλοκές. Κάποιοι επιστήμονες χαρακτηρίζουν τις ΔΛΤ ως την επίμονα αυξημένη ή ελαττωμένη διάθεση για λήψη τροφής, αντίστοιχα για την ΝΑ και την ΝΒ.

1.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι μία νέα διαταραχή. Ίσως η παλαιότερη αναφορά είναι αυτή του Richard Morton το 1689 που επικεντρώθηκε στα κλινικά χαρακτηριστικά της ασθένειας τονίζοντας την απουσία πυρετού ή άλλων συμπτωμάτων γνωστών ασθενειών. Σε μια εργασία του ανέφερε ότι: *Είναι ευκολότερο να σχεδιάσει κανείς μία λίστα για το τί δεν είναι η ΝΑ παρά για το τί είναι!* (Morton, 1694). Η βουλιμία χαρακτηρίζεται από διαδοχικά επεισόδια αδηφαγίας και προέρχεται από τη λέξη λιμός. Έχει αναγνωρισθεί από την αρχαιότητα χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει πλήρη αντιστοιχία του όρου με την σημερινή διαταραχή. Για πάρα πολλά χρόνια οι ΔΛΤ δεν χαρακτηρίζονταν ως παθολογικά φαινόμενα. Η εξαντλητική νηστεία αποτελούσε μέρος της πίστης στο Χριστιανισμό και τίποτα παραπάνω (Vandereycken, 1994). Η αναφορά του Morton πέρασε κυριολεκτικά απαρατήρητη για περίπου τρεις αιώνες. Τα πρώτα κριτήρια για την διάγνωση της ΝΑ δημοσιεύτηκαν το 1972 (Feigner, 1972). Επίσης το 1980, ο αμερικανικός ψυχιατρικός σύλλογος δημοσίευσε τα κριτήρια για την ΝΑ, και μόλις το 1987 αναγνώρισε την ΝΑ και την ΝΒ ως ξεχωριστές οντότητες.

Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα έγινε η πρώτη επιτυχημένη περιγραφή του προβλήματος από τον γάλλο Ernest-Charles Lasegue (1873) και τον άγγλο Sir William Withey Gull (1864, 1874), οι οποίοι δημοσίευσαν τις εργασίες του την ίδια περίπου εποχή. Οι ΔΛΤ όμως παρέμειναν στο περιθώριο μέχρι τον 20^ο αιώνα, οπότε το θέμα άρχισε να απασχολεί τον κόσμο από μιάν άλλη οπτική γωνία και τέθηκε το ερώτημα μήπως τελικά είναι διανοητικές διαταραχές. Στη συνέχεια, ο John Ryle, γιατρός στο Guy's Hospital του Λονδίνου, έδωσε μια διάλεξη, όπου περιέγραψε 51 περιστατικά ατόμων με ΝΑ άνω των 16 ετών. Στην ομιλία του έδωσε αναλυτικά τα χαρακτηριστικά για οκτώ από αυτές τις περιπτώσεις ώστε να περιγράψει τα κλινικά συμπτώματα της ασθένειας (Ryle, 1936). Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, το ενδιαφέρον στράφηκε στην Ψυχιατρική, να δώσει την απάντηση για την αιτία ή τις αιτίες ανάπτυξης ΔΛΤ σε κάποια άτομα.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, πριν 30 χρόνια δεν υπήρχαν καν ετικέτες, όπως σήμερα, που ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως ανορεξικό ή βουλιμικό. Οι κλινικοί ερευνητές μόλις είχαν αρχίσει να κάνουν τις πρώτες νύξεις για τα προβλήματα αυτά. Στο χώρο της ψυχολογίας και ψυχιατρικής, η πρώτη μελέτη προέκυψε από τον προβληματισμό μιάς ερευνήτριας για τις γυναίκες που κυριολεκτικά λιμοκτονούσαν (Hilda Bruch, 1969). Έτσι, κατέληξε να διατυπώνει την υπόθεση ότι μία από τις πολλές υποβόσκουσες αιτίες βρίσκεται στην ανικανότητα των ατόμων να κατονομάσουν και να αντιδράσουν κατάλληλα στις βιοσωματικές ανάγκες, και κυρίως στην πείνα και παρατήρησε ότι τα άτομα που έπασχαν είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και κακή εικόνα σώματος. Από τότε η επιστημονική βιβλιογραφία πάνω στις ΔΛΤ αναπτύχθηκε με μία πληθώρα υποθέσεων σχετικά με τα αίτια - ξεκινώντας από τις ματαιόδοξες νεαρές που έθεταν μόνιμα στόχο τους απρόσιτα ιδεώδη γυναικείας ομορφιάς και φτάνοντας δυστυχώς στην αποδοχή μιάς τέτοιας σοβαρής διαταραχής ως μόδα για την εποχή. Πολλοί παράγοντες ενοχοποιήθηκαν κατά καιρούς. Σήμερα πιστεύεται και έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι σε κάποια άτομα υπάρχει γενετική προδιάθεση και μεταδίδεται από γενιά σε γενιά (Lilenfeld, 1998). Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό ΔΛΤ, η κατάθλιψη, ο αλκοολισμός, η παχυσαρκία (κυρίως για την ΨΒ), η σεξουαλική κακοποίηση, η αρνητική εικόνα σώματος (Fairburn, 2003). Οι πτυχές της προσωπικότητας που επιδρούν στις διαταραχές αυτές απασχόλησαν πολλούς επιστήμονες, οι οποίοι άλλοτε μελετούσαν μία μία πτυχή, όπως για παράδειγμα την τελειομανία (Hewitt, 1995), είτε τις συνέκριναν με άλλους παράγοντες, όπως οι συναισθηματικοί παράγοντες (Podar, 1999).

Οι περισσότερες από αυτές τις υποθέσεις είχαν ένα βασικό μειονέκτημα: ήταν συμπεράσματα που έβγαιναν αβίαστα από παρατηρήσεις οι οποίες γίνονταν κατά τη διάρκεια κάποιας θεραπευτικής αγωγής. Φυσικά, από επιστημονική άποψη, απείρως προτιμότερες είναι οι μελέτες πάνω σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων για πολλά χρόνια, ώστε να διαπιστωθεί ποιοί από αυτούς θα παρουσιάσουν το πρόβλημα. Αυτό το είδος της μελέτης επιτρέπει

μιά σαφή σύγκριση, καθορίζοντας, για παράδειγμα, αν η προδιάθεση ενός κοριτσιού στις ΔΛΤ οφείλεται στους κυριαρχικούς της γονείς. Πέρα από αυτό, μπορεί να εντοπίσει το πλέγμα των συνθηκών που οδηγούν στο πρόβλημα και να τις διαχωρίσει από τις συνθήκες εκείνες που φαίνονται να είναι μία αιτία, αλλά που στην πραγματικότητα παρατηρούνται εξίσου συχνά τόσο σε ανθρώπους που δεν εμφανίζουν τέτοιο πρόβλημα όσο και σε αυτούς που έρχονται για θεραπεία.

1.1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν την νευρογενή ανορεξία, τη νευρογενή βουλιμία και τις μη προσδιοριζόμενες με κύριο εκπρόσωπο το binge-eating. Ακολουθούν τα διαγνωστικά κριτήρια και τα κλινικά χαρακτηριστικά για την καθεμία σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

1.1.2.1 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

i. Επιπολασμός

Ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι είναι 0,3-0,6%. Στα ιατρεία παρακολούθησης της αμηνόρροιας είναι δυνατό να πάσχει το 5-15% των ασθενών και σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Λονδίνο η συχνότητα μεταξύ των κοριτσιών 16-18 ετών ήταν περίπου 1%. Η διαταραχή προσβάλλει κορίτσια τουλάχιστον 10 φορές συχνότερα από τα αγόρια και αρχίζει τυπικά κατά την εφηβία, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα και κατά την εμμηνόπαυση. Το 95% των ασθενών είναι γυναίκες, συνηθέστερα από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η έκβαση επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας διαφέρει ανάλογα με την

περίπτωση. Ορισμένα άτομα εμφανίζουν απλώς τη διαταραχή και επανέρχονται πλήρως, κάποια άλλα ακολουθούν περιόδους υψηλής απώλειας βάρους και επαναπρόσληψης ενώ σε άλλα η εμφάνιση της ασθένειας γίνεται χρόνια (American Psychiatric Association 1994). Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι συνήθως χρόνια όπως φαίνεται από ένα μεγάλο ποσοστό κλινικών ερευνών. Ωστόσο οι περισσότερες έρευνες δε συμφωνούν όσον αφορά στην εξάπλωση των διατροφικών διαταραχών λόγω περιορισμένου αριθμού δειγμάτων και χρήσης διαφορετικών εργαλείων και μεθόδων για την εξαγωγή αποτελεσμάτων.

ii. Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας είναι τα εξής:

- 1ο** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού για το ύψος και την ηλικία του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει σαν αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
- 2ο** Έντονος φόβος για αύξηση σωματικού βάρους (δηλαδή φόβος ότι θ' αυξηθεί το βάρος του ή θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό).
- 3ο** Διαταραγμένη εικόνα σώματος (δηλαδή διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος).

4ο Αμηνόρροια σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια, αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων). Τα παραπάνω κριτήρια δίνονται συνοπτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια ΝΑ.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	
1.	Άρνηση διατήρησης φυσιολογικού σωματικού βάρους σε σχέση με την ηλικία και το ύψος
2.	Έντονος φόβος αύξησης βάρους παρόλο που το άτομο είναι ελλιποβαρές
3.	Εμφάνιση αμηνόρροιας σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
4.	Μεταβολή της εικόνας του σώματος και επίμονη άρνηση πρόσληψης τροφής

iii. Τύποι νευρογενούς ανορεξίας:

1ο Περιοριστικός τύπος (restrictive type). Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια αδηφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλ. αυτοπροκαλούμενος εμέτους ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

2ο Αδηφαγικός/καθαρτικός τύπος (binge eating/purging type). Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλ. αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

iv. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

Τα άτομα με ΝΑ έχουν τυπική εικόνα που επιτρέπει στους ειδικούς να αποκτούν εμπειρία στην αναγνώριση της διαταραχής. Το καχεκτικό σώμα τους κάνει τα άτομα αυτά να δείχνουν νεότερα από την πραγματική ηλικία τους. Κάποιες βασικές ενδείξεις για την αναγνώριση της παθολογικής συμπεριφοράς είναι η απότομη μείωση βάρους, ξηρά μαλλιά, ακροκυάνωση, οστεοπόρωση, ξηρό δέρμα, οίδημα, υποθερμία (λόγω των χαμηλών συγκεντρώσεων τριωδοθυρονίνης-T3), υποογκαιμία (λόγω αστίας και άποιου διαβήτη που οδηγεί σε υπόταση), πληγές στην άνω επιφάνεια των χεριών, χνούδι στα άκρα, την πλάτη και το πρόσωπο, κ.α. Όταν η νόσος αρχίζει στην πρώιμη εφηβεία είναι δυνατό να παρατηρηθούν ελλιπής σωματική αύξηση και κατάγματα των σπονδύλων και των μακρών οστών. Επίσης παρατηρείται εξαφάνιση του υποδόριου λίπους, που εκδηλώνεται με το λιπόσαρκο πρόσωπο, τους ατροφικούς μαστούς και την απίσχναση των γλουτών (Treasure, 1997). Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΝΑ αναφέρονται συνοπτικά στον πίνακα 1.2.

Μερικά από τα άτομα αυτά μπορούν να θυμηθούν καταστάσεις ή γεγονότα της ζωής τους που πυροδότησαν την απασχόλησή τους με το αδυνάτισμα. Κρίσιμο ρόλο για τα περισσότερα κορίτσια μπορεί να παίζει η συνηθισμένη αύξηση του βάρους κατά την ενήβωση. Στα αρχικά στάδια της πάθησης η ασθενής περιορίζει εκούσια την τροφή και ο αυτοκαταναγκασμός για μείωση του βάρους είναι δυνατό να οδηγεί σε προκλητό εμετό, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, και εξαντλητική σωματική άσκηση. Οι ασθενείς βλέπουν υπέρμετρες τις διαστάσεις του δικού τους σώματος αλλά όχι και των άλλων ατόμων.

Πίνακας 1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά ΝΑ.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	
1.	Καχεξία
2.	απότομη μείωση βάρους
3.	ξηρά μαλλιά
4.	Οστεοπόρωση
5.	ξηρό δέρμα
6.	οίδημα
7.	Υποθερμία
8.	υποογκαιμία
9.	πληγές στην άνω επιφάνεια των χεριών
10.	χνούδι στα άκρα, την πλάτη και το πρόσωπο
11.	ελλιπής σωματική αύξηση και κατάγματα των σπονδύλων και των μακρών οστών
12.	σοβαρή εξάντληση
13.	δυσκολία στην αναπνοή
14.	λιποθυμία & ζαλάδα
15.	αίσθημα κρύου & μπλε δάκτυλα ποδιών
16.	λιπόσαρκο πρόσωπο, ατροφικοί μαστοί και απίσχναση των γλουτών
17.	ακροκυάνωση

Στις τυπικές περιπτώσεις, η διάγνωση της ΝΑ δεν παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες. Στις άτυπες (π.χ. σε άνδρες και μεγαλύτερες γυναίκες) ενδέχεται να χρειαστεί προσεκτική διερεύνηση προκειμένου να αποκλειστούν η κακοήθης νεοπλασία, το σύνδρομο επίκτητης

ανοσοανεπάρκειας (AIDS), η δυσαπορρόφηση και ο υπερθυροειδισμός. Η απώλεια βάρους στην ΝΑ συνήθως αρχίζει μέσα σε λίγα χρόνια από την εμμηναρχή, αλλά μπορεί να αρχίσει και στις ηλικίες των 11 ή των 40 ετών. Η αμηνόρροια, που αποτελεί τον κανόνα, είναι δευτεροπαθής στην απώλεια βάρους και στις χαμηλές συγκεντρώσεις γοναδοτροπινών. Οι άρρενες ασθενείς αναφέρουν πολύ περιορισμένη γενετήσια επιθυμία (libido) και ανικανότητα.

Τα εργαστηριακά ευρήματα δεν είναι διαγνωστικά, αλλά συνήθως συνίστανται σε χαμηλές συγκεντρώσεις γοναδοτροπινών και ορμονών του φύλου, υπερκορτιζολισμό και συνδυασμό χαμηλής T3 και αυξημένης rT3 (αντίστροφης T3), όπως στον παθολογικό ευθυροειδισμό. Ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένο BUN, αδυναμία συγκέντρωσης ούρων και κετονουρία. Μερικές φορές παρατηρούνται παγκυτταροπενία (σπάνια με αύξηση των λοιμώξεων), υποογκαιμία (μερικές φορές με κώμα), και σπανιότερα υπολευκωματιναιμία, θρομβοκυττοπενία, υπερχοληστερολαιμία και χαμηλός χρόνος προθρομβίνης. Η υποκαλιαιμία είναι σπάνια όταν ο ασθενής δεν παίρνει καθαρτικά. Οι ακτινογραφίες της κοιλιάς μπορεί να δείχνουν διάταση του στομάχου και μεγαδωδεκαδάκτυλο, και στο υπερηχογράφημα της καρδιάς μπορεί να διαπιστωθούν ανώμαλη κινητικότητα της μητροειδούς βαλβίδας και ελάττωση της μάζας της αριστερής κοιλίας.

Επίσης είναι πιθανό να παρουσιαστεί βραδυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, αρρυθμία, καρδιομυοπάθεια και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλοκές στο νευρικό σύστημα μπορούν να οδηγήσουν σε περιφερική νευροπάθεια και μυοπάθεια.

v. Θεραπεία και διαιτητική αντιμετώπιση

Οι ασθενείς μπορεί να εξετάζονται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο εξοικιωμένο με την θεραπεία αυτής της διαταραχής. Οι ασθενείς με βάρος ίσο ή μεγαλύτερο του 65% του ιδανικού μπορούν να

αντιμετωπιθούν θεραπευτικά με επιτυχία ως εξωτερικοί. Οι υπόλοιποι πρέπει να θεωρούνται υποψήφιοι για ψυχιατρική θεραπεία και υποστήριξη της θρέψης μέσα σε νοσοκομείο. Συνήθως χρειάζεται η χρήση ρινοφαρυγγικού σωλήνα σίτισης για πλήρη ή συμπληρωματική σίτιση του ασθενούς, αν και τις περισσότερες φορές είναι σε θέση να σιτιστεί από το στόμα. Ο στόχος της θεραπείας είναι η σταδιακή αύξηση της προσλαμβανόμενης ενέργειας και καθώς η ενεργειακή κατανάλωση είναι μειωμένη, πετυχαίνουμε θετικό ισοζύγιο ενέργειας για αύξηση του σωματικού βάρους. Η αύξηση στο βάρος είναι αρκετά δύσκολο επίτευγμα, γιατί τα άτομα με ΝΑ θα αισθανθούν καλά με τα περισσότερα κιλά μετά από αρκετό χρονικό διάστημα. Τον καιρό που ανακτούν το βάρος τους ταλαιπωρούνται και συχνά υποχωρούν. Γι' αυτό και η αλλαγή που αναμένεται από τον ασθενή περιλαμβάνει αλλαγή στη διατροφική του συμπεριφορά, για να είναι συνειδητή και για να αντέξει ο ασθενής τις πιέσεις (Crisp, 1996). Αν όμως συμβαίνει να μην μπορεί ή να μην θέλει να καταναλώσει 500 kcal επιπλέον των απαραίτητων για τις ημερήσιες θερμιδικές απαιτήσεις, θα πρέπει να εφαρμοστεί περιφερική παρεντερική συμπλήρωση της σίτισης ή πλήρης διατροφή από σωλήνα. Λόγω του κινδύνου επανασίτισης στα άτομα με ΝΑ, η ενέργεια που χρειάζονται, υπολογίζεται ως το 100% των ενεργειακών αναγκών τους (του βασικού μεταβολικού ρυθμού), αλλά δίνεται σταδιακά, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι εμφάνισης του συνδρόμου. Αρχικά, το άτομο μπορεί να καταναλώσει 1200-1400 kcal την ημέρα. Κάθε λίγες μέρες και ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς, το ποσό της ενέργειας μπορεί να αυξάνεται κατά 100-200 kcal. Εξαίρεση σε αυτό τον κανόνα αποτελούν περιπτώσεις ασθενών που η πρόσληψη πριν των εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν υπερβολικά χαμηλή (500-600 kcal/d) και άρα ο διαιτολόγος θα πρέπει να ξεκινήσει με μία διαιτητική αγωγή 800-1000 kcal. Η επιθυμητή αύξηση βάρους κυμαίνεται σε 1-1,5 kg/εβδ. για έναν εσωτερικό ασθενή, και σε 0,5-1 kg/εβδ. για έναν εξωτερικό. Εξιτήριο δίνεται όταν ο κίνδυνος έχει

ξεπεραστεί και ιδανικά πιά, όταν το βάρος είναι φυσιολογικό για το ύψος του. Φυσικά, όσο βελτιώνεται η κατάσταση του ασθενούς, αυξάνονται και οι ενεργειακές ανάγκες του (π.χ. αυξάνεται η φυσική δραστηριότητά του, η μεταγευματική ενεργειακή δαπάνη, κ.α.).

Από τη στιγμή που θα καθοριστούν οι ενεργειακές ανάγκες, χρειάζεται και ο καθορισμός των επιμέρους μακροθρεπτικών συστατικών στο διαιτολόγιο. Το λίπος δεν πρέπει να ξεπερνά το 25-30% της συνολικής ενέργειας και αυτό γιατί συνήθως οι ασθενείς αντιδρούν στην αύξηση της πρόσληψης τροφών που περιέχουν λίπος. Αντιθέτως, είναι πιθανό να δεχτούν μικρές αλλαγές.

Οι πρωτεϊνικές ανάγκες ορίζονται στο 15-20% της συνολικής ενεργειακής δαπάνης ή υπολογίζονται με βάση τις ανάγκες σε γραμμάρια ανά κιλό ιδανικού σωματικού βάρους για το φύλο και την ηλικία. Οι φυτοφαγικές δίαιτες είναι καλό να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της αποκαταστάσεως του ασθενούς.

Οι υδατάνθρακες ορίζονται στο 50-55% της συνολικής ενέργειας για κάλυψη των αναγκών και αφού αποδειχτεί ότι το ποσό αυτό είναι ανεχτό. Οι αδιάλυτες φυτικές ίνες ίσως είναι μία καλή επιλογή, μία και ο πληθυσμός αυτός αντιμετωπίζει συχνά προβλήματα δυσκοιλιότητας. Όσο για τις βιταμίνες και τα μέταλλα είναι πιθανό να χρειαστεί η χρήση συμπληρωμάτων, ώστε να καλύπτεται το 100% των RDA.

Πίνακας 1.3 Διαιτητική αντιμετώπιση ΝΑ.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΑ	
ΕΝΕΡΓΕΙΑ	100% του BMR
ΠΡΩΤΕΪΝΗ	15-20%, υψηλής βιολογικής αξίας
ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ	50-55% (κυρίως αδιάλυτες φυτικές ίνες)
ΛΙΠΟΣ	25-30% (προσοχή στα απαραίτητα λιπ.
ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ &	100% των RDA

Καθυστερημένη γαστρική εκκένωση με αίσθημα κοιλιακής διάτασης και δυσφορίας μετά το φαγητό, είναι συχνά φαινόμενα στην ΝΑ. Στα πρώιμα στάδια της θεραπείας, η προσλαμβανόμενη ποσότητα ενέργειας διατηρείται χαμηλά και για να είναι καλύτερα ανεκτή, προτείνονται τρία γεύματα ημερησίως. Ενδιάμεσα σνακ βελτιώνουν τα αισθήματα δυσφορίας αλλά μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχολογία τους δημιουργώντας ενοχές για την αυξημένη πρόσληψη τροφής.

Οι ενδοκρινικές και υποθαλαμικές διαταραχές των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία υποχωρούν, γενικά, μετά την αποκατάσταση του 85% του σωματικού βάρους. Η αμηνόρροια μερικές φορές επιμένει για αρκετούς μήνες ακόμα, αλλά συνήθως η εμμηνορρυσία επανέρχεται χωρίς συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση.

Η πρόγνωση γενικά έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση της θνητότητας. Η θνητότητα της ΝΑ είναι περίπου 6% ανά δεκαετία. Από τους ασθενείς τουλάχιστον το 50-60% ανακτούν το κανονικό βάρος και τις κανονικές συνήθειες σίτισης και επανεμφανίζουν εμμηνορυσία. Σε αναλογία 20% των περιπτώσεων η κατάσταση παραμένει χρόνια παρά τη θεραπεία. Οι περιπτώσεις με βουλιμικά γνωρίσματα ή μεγάλη διάρκεια έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση. Επομένως, χρειάζεται έγκαιρη και πλήρης αξιολόγηση του ασθενούς, ώστε να βρίσκεται σε κάθε περίπτωση το βαθύτερο αίτιο και να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα από την ρίζα του. Διατροφική αξιολόγηση, αξιολόγηση της εικόνας και της σχήματος του σώματος, διαιτητικές συνήθειες, ιδανική αναλογία ύψους προς βάρος, κατάσταση εμμηνορρυσίας, σεξουαλικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και άλλοι παράγοντες είναι μερικά μόνο παραδείγματα από αυτά που πρέπει να ερευνήσει η ομάδα που υποστηρίζει και θεραπεύει τον ασθενή.

Είναι πολύ σημαντικό να γίνει εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αυτοπαρακολουθεί την πρόοδό του. Τα άτομα με ΔΛΤ συχνά διαβάζουν πολύ για τις παθήσεις τους αλλά ενδεχομένως οι πηγές των

πληροφοριών τους είναι αναξιόπιστες και χάνονται στο δρόμο της παραπληροφόρησης. Επίσης εκτός από τον κύριο σκοπό της θεραπείας που είναι η αποκατάσταση του σωματικού βάρους και της όρεξης, σημαντική είναι και η επίλυση των ψυχολογικών προβλημάτων. Έχουν εφαρμοστεί διάφορες μέθοδοι θεραπείας με αβέβαια αποτελέσματα. Η υποστηρικτική θεραπεία από το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται η πιο αποτελεσματική θεραπεία. Θεραπεία συμπεριφοράς, ψυχοθεραπεία και οικογενειακή θεραπεία εμφανίζονται συχνά. Σε μερικές περιπτώσεις έχει φανεί αποτελεσματική η χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και ανθρακικού λιθίου. Μερικοί ασθενείς με ΝΑ αναπτύσσουν παχυσαρκία μετά την θεραπεία, ενώ 2-6% των ασθενών πεθαίνουν από τις επιπτώσεις της πάθησης ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Σε απειλητικές για τη ζωή περιπτώσεις εφαρμόζεται παρεντερική διατροφή, μα πάντα ο στόχος της θεραπείας είναι η αποκατάσταση φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς.

1.1.2.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

i. Επιπολασμός

Ο ισόβιος επιπολασμός της βουλιμίας, όπως υπολογίζεται σε μία μελέτη στον Καναδά, είναι 1,1% για τις γυναίκες και 0,1% για τους άνδρες. Σε λιγότερο περιεκτικές μελέτες έχει υποστηριχθεί ότι μεταξύ των σπουδαστών κολλεγίου ποσοστό μέχρι 20% ανέφεραν συμπτώματα βουλιμίας.

ii. Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας είναι τα εξής:

1ο Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

- I. η κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μιάς ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.
- II. η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τί και πόσο τρώει).

2ο Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

3ο Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.

4ο Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

5ο Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στα πλαίσια επεισοδίων ΝΑ.

Τα παραπάνω κριτήρια δίνονται συνοπτικά στον πίνακα 1.4.

Πίνακας 1.4 Διαγνωστικά κριτήρια NB.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	
1.	Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας. Συμβαίνουν όταν σε συγκεκριμένη περίοδο το άτομο καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού από ότι καταναλώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Συνοδεύονται από απώλεια του ελέγχου της προσλαμβανόμενης ποσότητας- το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να σταματήσει.
2.	Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά
3.	Ακατάλληλη περιοριστική συμπεριφορά σε συνδυασμό με τα επεισόδια αδηφαγίας λαμβάνει χώρα για μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον 2 φορές τη βδομάδα για 3 μήνες)
4.	Η εικόνα σώματος και το βάρος επηρεάζουν αδικαιολόγητα την αυτοεκτίμηση
5.	Η διαταραχή δε συμβαίνει αποκλειστικά σε περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας.

iii. Τύποι νευρογενούς βουλιμίας

1ο Καθαρτικός τύπος. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου NB, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

2ο Μη καθαρτικός τύπος. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου NB, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

iv. Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

Οι ασθενείς με NB έχουν οικογενειακό ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών, ιδιαίτερα αλκοολισμού, έξι φορές συχνότερα από όσο θα αναμενόταν τυχαία. Ερέθισμα για την NB είναι πιθανό ότι αποτελεί η αύξηση του βάρους και η εναπόθεση λίπους κατά την ενήβωση, ακριβώς όπως συμβαίνει στην ΝΑ. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της NB δεν είναι ο προκλητός έμετος αλλά τα επεισόδια πολυφαγίας (η NB είναι συνώνυμη της παροξυσμικής πολυφαγίας). Τα επεισόδια της πολυφαγίας δημιουργούν στον ασθενή ταραχή, αίσθημα ενοχής και απόφαση να διατηρήσει το βάρος του χαμηλότερο από ένα αυθαίρετο επίπεδο. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με παρατεταμένη νηστεία, προκλητό έμετο, ανορεξιογόνα χωρίς συνταγή και χρησιμοποίηση διουρητικών και καθαρτικών. Σε χαρακτηριστική αντίθεση προς τους ασθενείς με ΝΑ, οι βουλιμικοί αισθάνονται γενικά εκτός ελέγχου και συχνά δέχονται πρόθυμα τη βοήθεια.

Επειδή στην NB δεν υπάρχει απίσχναση, τα κλινικά ευρήματα ενδέχεται να είναι ελάχιστα ή να απουσιάζουν. Στη ράχη του χεριού είναι δυνατό να παρατηρούνται τύλοι ή εκδορές, που προκαλούνται από τα δόντια κατά τον προκλητό έμετο. Σε αναλογία μέχρι 50% των περιπτώσεων παρατηρείται διόγκωση των παρειών λόγω διόγκωσης των παρωτίδων ή άλλων σιελογόνων αδένων, ενώ τα επίπεδα της σιαλικής αμυλάσης στον ορό είναι δυνατό να παρουσιάσουν αύξηση. Επίσης παρατηρούνται διαβρώσεις στις γλωσσικές υπερώιες και οπίσθιες επιφάνειες των δοντιών, λόγω διάλυσης της αδαμαντίνης και αφαλάτωσης που προκαλούνται από τα οξέα.

Τα συχνά επεισόδια πολυφαγίας και εμέτου μπορούν να προκαλέσουν διάτρηση ή αιμορραγία του οισοφάγου ή του στομάχου, πνευμομεσοθωράκιο ή υποδόριο εμφύσημα. Η εκτεταμένη χρήση υπεκακουάνας για πρόκληση εμέτου μπορεί να προκαλέσει μυοπαθητική αδυναμία και ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές λόγω τοξικής δράσης της εμετικής. Η απώλεια γαστρικού υγρού μπορεί να

οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση με αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα και υποχλωραιμία. Η κατάχρηση διουρητικών είναι δυνατό να προκαλέσει υποκαλιαιμία και υπονατριαιμία (ηλεκτρολυτικές διαταραχές). Ο καταμήνιος κύκλος συχνά είναι ακανόνιστος, σπάνια όμως παρατηρείται αμηνόρροια. Ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης, μπορεί να εμφανιστούν οι παραπάνω επιπλοκές, όπως επίσης δυσπεπτικά ενοχλήματα, παγκρεατίτιδα, αφυδάτωση κ.α.

ν. Θεραπεία και διαιτητική αντιμετώπιση

Η NB χαρακτηρίζεται ως μιά κατάσταση διατροφικού χάους που ακολουθείται από αυστηρό περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης. Γενικά, οι ασθενείς με NB δεν χρειάζονται εισαγωγή σε νοσοκομείο, αλλά η ψυχιατρική θεραπεία ως εξωτερικών ασθενών τους ωφελεί. Η θεραπεία γνώσης της συμπεριφοράς και η εξέταση του τρόπου σκέψης του ασθενούς, ακολουθούμενες από εσκεμμένη τροποποίηση της διαδικασίας της σκέψης, είναι πιθανό να υπερέχουν της θεραπείας αντιμετώπισης του άγχους ή της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο ρόλος του διαιτολόγου είναι σημαντικός για να βοηθήσει τον ασθενή να οργανώσει ένα σχέδιο διατροφής (ένα πλάνο), ενώ ταυτόχρονα θα αξιολογήσει τις ανάγκες του και τη δυνατότητα για αλλαγή. Τουλάχιστον το 1/3 των ασθενών υποτροπιάζει μέσα σε περίοδο διетуός παρακολούθησης – οι περισσότεροι μέσα στους πρώτους έξι μήνες – και χρειάζεται επιπλέον θεραπεία. Αλλά και οι επιτυχώς θεραπευόμενοι βουλιμικοί εξακολουθούν να διατρέχουν κίνδυνο εξάρτησης από το οινόπνευμα ή άλλες ουσίες που προκαλούν ευφορία. Επειδή όμως ο στόχος των ασθενών αυτών είναι η απώλεια βάρους, που δεν κατορθώνουν να επιτύχουν με τις μεθόδους που χρησιμοποιούν, συχνά θα ζητήσουν βοήθεια από άλλα άτομα. Αν και η απώλεια βάρους δεν είναι άμεσος στόχος για ένα άτομο με NB, η απαλλαγή από αντισταθμιστικές τακτικές και η σταθεροποίηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους είναι πρωτεύουσας σημασίας.

Αν και οι ασθενείς με NB είναι συνήθως φυσιολογικού σωματικού βάρους ή υπέρβαροι, συχνά είναι υπομεταβολικοί, και πρέπει να ληφθεί υπ'όψη κατά τον υπολογισμό των ενεργειακών αναγκών. Αρχικά, η ενεργειακή πρόσληψη καθορίζεται στο 100% του βασικού μεταβολικού ρυθμού (σε περίπτωση που υποψιαζόμαστε υπομεταβολισμό), αν και πάλι αυτό εξαρτάται από το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και την προηγούμενη διαιτητική πρόσληψη του ασθενούς που πρέπει να αξιολογηθεί. Τα ποσοστά συνεισφοράς στην ενέργεια για τα επιμέρους μακροθρεπτικά συστατικά είναι τα ίδια με αυτά που ισχύουν για την ΝΑ. Και εδώ είναι σημαντικό να γίνει εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αυτοπαρακολουθεί την πρόοδό του. Επομένως η θεραπεία της NB περιλαμβάνει υποστηρικτική φροντίδα απαραίτητως, ψυχοθεραπεία και, ενδεχομένως, χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

1.1.2.3 ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ΔΛΤ που προσομοιάζουν στην ανορεξία ή τη βουλιμία αλλά δεν πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια οποιασδήποτε ειδικής διαταραχής και συνήθως είναι μικρότερης σοβαρότητας. Ένα παράδειγμα είναι περιστατικά με πολύ χαμηλότερη συχνότητα αδηφαγικών επεισοδίων και περιοριστικών συμπεριφορών σε σχέση με τα αντίστοιχα που συμβαίνουν στα βουλιμικά άτομα.

Οι περιπτώσεις που εντάσσονται σ' αυτή την κατηγορία είναι:

- Για τις γυναίκες, όταν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της ΝΑ αλλά υπάρχει έμμηνος ρύση κανονικά (φυσιολογικός εμμηνορρυσιακός κύκλος).

- Όταν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της ΝΑ, αλλά παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος του ατόμου βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Όταν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια ΝΒ όμως τα αδηφαγικά επεισόδια και οι περιοριστικές συμπεριφορές ή οι απρόσφοροι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί συμβαίνουν με μικρότερη συχνότητα (λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα ή διάρκειας μικρότερης από 3 μήνες).
- Η συστηματική χρήση ακατάλληλων περιοριστικών μεθόδων από άτομα υγιούς σωματικού βάρους κατόπιν κατανάλωσης μικρής ποσότητας φαγητού (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι μετά από κατανάλωση δύο γλυκών).
- Επαναλαμβανόμενη μάσηση και απόπτωση, αλλά χωρίς κατάποση μεγάλων ποσοτήτων τροφής.
- Αδηφαγικά επεισόδια χωρίς περιοριστικές συμπεριφορές που έρχεται σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά της βουλιμίας (binge eating disorder).

Πίνακας 1.5 Διαγνωστικά κριτήρια μη αλλιώς προσδιοριζόμενων ΔΛΤ.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡ/ΝΩΝ ΔΛΤ	
1.	Επεισόδια αδηφαγίας (όπως στη βουλιμία)
2.	Αυτά συνδέονται με υψηλή ταχύτητα κατανάλωσης της τροφής και πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων ενώ δεν υπάρχει αίσθημα πείνας
3.	Το άτομο τρώει μόνο του επειδή ντρέπεται για την ποσότητα που καταναλώνει και αισθάνεται ενοχές
4.	Το binge eating συμβαίνει κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 μέρες τη βδομάδα για 6 μήνες
5.	Τα αδηφαγικά επεισόδια δε συνοδεύονται από περιοριστικές συμπεριφορές

Η διαταραχή αυτή έχει διαγνωσθεί πρόσφατα και απαιτεί προσεκτική έρευνα. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας που δε συνοδεύονται όμως από περιορισμό στη συμπεριφορά του ατόμου με παρατεταμένη νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση (Spitzer et al., 1992).

1.1.3 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι από τις πιο συχνές ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται σε νεαρές γυναίκες. Ο έγκαιρος εντοπισμός των περιπτώσεων παίζει σημαντικό ρόλο. Η προληπτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής γι' αυτό και κρίνεται απαραίτητο ο εντοπισμός των αιτιών που οδηγούν στο πρόβλημα.

Πολλοί παράγοντες έχουν θεωρηθεί ότι ασκούν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη, εμφάνιση και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών στα άτομα. Πρώτα απ' όλα, η συναισθηματική ανεπάρκεια ή αλλιώς η χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη φαίνεται να παίζει τον κυριότερο ρόλο στην εμφάνιση ΔΛΤ. Αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, η ενασχόληση με δίαιτες, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα σώματος, η κοινωνικοί υποστήριξη, η κοινωνική τοποθέτηση, η συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό και στην έννοια του «τρώγειν», η δυσαρέσκεια για το σώμα, η επίδραση της οικογένειας και το περιβάλλον, η σκέψη για το σώμα, σημαντικά δυσάρεστα γεγονότα και το να είναι κανείς ενοχλημένος με το σώμα του στην παιδική του ηλικία, είναι μερικοί από τους παράγοντες που έχουν μελετηθεί ξεχωριστά ή σε διάφορους συνδυασμούς. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες ασκούν την επίδρασή τους σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα, ο σαρκασμός που δέχεται ένα άτομο από τους άλλους παίζει πιο καθοριστικό ρόλο στην παιδική ηλικία.

➤ Συναισθηματική ανεπάρκεια

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε περισσότερες από εννιάκόσιες κοπέλες από την πρώτη γυμνασίου μέχρι το λύκειο, διαπιστώθηκε ότι οι συναισθηματικές ανεπάρκειες - ιδιαίτερα η αποτυχία να ξεχωρίσουν τα καταθλιπτικά συναισθήματα και να τα ελέγξουν - ήταν ο βασικότερος παράγοντας που οδηγούσε σε ΔΛΤ (Leon, et al., 1993). Ακόμα και στην πρώτη λυκείου, υπήρχαν εξήντα μία κοπέλες που εμφάνιζαν ήδη σοβαρά συμπτώματα ΝΑ και ΝΒ. Όσο μεγαλύτερο ήταν το πρόβλημα, τόσο περισσότερο τα κορίτσια αντιδρούσαν σε εμπόδια, δυσκολίες και μικρότερες ενοχλήσεις με έντονα αρνητικά συναισθήματα τα οποία δεν ήταν σε θέση να κατευνάσουν, και τόσο περισσότερο μειωνόταν η αντίληψή τους για το τί ακριβώς ένιωθαν. Όταν αυτές οι δύο συναισθηματικές τάσεις συνδυάζονταν με έντονη δυσαρέσκεια απέναντι στην εικόνα του σωματικού εαυτού, το αποτέλεσμα ήταν η ανορεξία ή η βουλιμία. Οι υπερβολικά καταπιεστικοί γονείς μπορεί να καταλήξουν, για παράδειγμα, να γίνουν έντονα παρεμβατικοί ως αντίδραση στην ανορεξία της κόρης τους, στην απελπισμένη τους προσπάθεια να την βοηθήσουν. Άνευ σημασίας κρίθηκαν και διάφορες δημοφιλείς ερμηνείες, όπως ο φόβος της σεξουαλικότητας, η πρόωρη έναρξη της ήβης και η έλλειψη αυτοπεποίθησης.

Αντίθετα, η αιτιολογική αλυσίδα, την οποία αποκάλυψε αυτή η μελέτη, άρχισε με την επίδραση που είχε πάνω στα κορίτσια το γεγονός ότι μεγάλωναν σε μία κοινωνία η οποία θεωρούσε την υπερβολική αδυναμία απαραίτητο στοιχείο της γυναικείας ομορφιάς. Πολύ πριν την εφηβεία, τα κορίτσια έχουν ήδη συναισθηση του βάρους τους. Για παράδειγμα, μία εξάχρονη μικρή ξέσπασε στα κλάματα, λέγοντας πως έδειχνε χοντρή με το μαγιό, όταν η μητέρα της της ζήτησε να πάνε να κολυμπήσουν. Στην πραγματικότητα, λέει ο παιδίατρός της, που διηγήθηκε την ιστορία, το βάρος της ήταν κανονικό για το ύψος της. Σε μία μελέτη 271 εφήβων, τα μισά κορίτσια νόμιζαν ότι ήταν πολύ χοντρά, έστω και αν η μεγάλη πλειοψηφία τους είχε φυσιολογικό βάρος. Όμως η μελέτη της Μινεάπολης έδειξε ότι η

εμμονή στο υπερβολικό βάρος δεν είναι από μόνη της ικανή να εξηγήσει γιατί μερικά κορίτσια μεγαλώνοντας παρουσιάζουν ΔΛΤ.

Μερικοί παχύσαρκοι άνθρωποι είναι ανίκανοι να ξεχωρίσουν τη διαφορά ανάμεσα στο να είναι φοβισμένοι, θυμωμένοι και πεινασμένοι, και έτσι συνθέτουν όλα αυτά τα συναισθήματα σε ένα, το συναίσθημα της πείνας, που τους κάνει να τρώνε υπερβολικά όποτε είναι στεναχωρημένοι. Κάτι παρόμοιο φαίνεται να συμβαίνει σε αυτές τις κοπέλες. Μιά έρευνα σε νεαρά κορίτσια με ΔΛΤ έδειξε ότι τα κορίτσια αυτά έχουν *μειωμένη επίγνωση των συναισθημάτων* τους και των σημάτων του σώματός τους. Αυτό ήταν το πρώτο και σημαντικότερο στοιχείο που έδειχνε ότι μεγαλώνοντας θα παρουσίαζαν κάποια ΔΛΤ μέσα στα επόμενα δύο χρόνια. Τα περισσότερα παιδιά μαθαίνουν να διακρίνουν τα αισθήματά τους, να λένε αν νοιώθουν πλήξη, θυμό, κατάθλιψη ή πείνα - αυτό είναι βασικό στη διαδικασία εκμάθησης των συναισθημάτων. Όμως αυτά τα κορίτσια είναι ανίκανα να διακρίνουν τα κυρίαρχα συναισθήματά τους. Μπορεί να έχουν ένα πρόβλημα με το φίλο τους και να μην είναι βέβαιες αν έχουν θυμό, άγχος ή κατάθλιψη. Απλώς βιώνουν μία διάχυτη συναισθηματική καταιγίδα, την οποία δεν ξέρουν πώς να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Αντίθετα, μαθαίνουν να κάνουν τον εαυτό τους να νιώθει καλύτερα τρώγοντας. Αυτό μπορεί να εξελιχθεί σε μία έντονη και επίμονη συναισθηματική συνήθεια (Goleman, 1995).

Όταν όμως η συνήθεια να ηρεμούν τον εαυτό τους με αυτό τον τρόπο βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το άγχος τους να παραμείνουν λεπτά, τα κορίτσια θα εμφανίσουν ΔΛΤ. Πρώτα μπορεί να αρχίσει να τρώει μετά μανίας, όμως για να παραμείνει λεπτή, μπορεί να αρχίσει να κάνει εμετούς ή να παίρνει καθαρτικά ή να ξεκινήσει μια εξουθενωτική σωματική προσπάθεια προκειμένου να χάσει βάρος που πήρε από την πολυφαγία. Ή, στην προσπάθειά της να χειριστεί τη συναισθηματική της αναστάτωση, μπορεί και να πάψει να τρώει εντελώς, πιστεύοντας ότι αυτό είναι ένας τρόπος για να ελέγξει επιτέλους αυτά τα συγκλονιστικά συναισθήματα.

Ο συνδυασμός της περιορισμένης επίγνωσης των συναισθημάτων και των μειωμένων κοινωνικών δεξιοτήτων σημαίνει ότι αυτά τα κορίτσια, όταν

στενοχωριούνται από τους φίλους ή τους γονείς τους, αποτυγχάνουν να ενεργήσουν αποτελεσματικά έτσι ώστε να απαλύνουν είτε τα προβλήματα της σχέσης τους είτε την ίδια την δυστυχία τους. Αντίθετα, η στενοχώρια οδηγεί σε ΔΛΤ, είτε πρόκειται για ΝΒ είτε για ΝΑ είτε απλώς για λαιμαργία. Μια αποτελεσματική θεραπεία για τα κορίτσια αυτά πρέπει να περιλαμβάνει κάποια θεραπευτική αγωγή πάνω στις συναισθηματικές δεξιότητες τις οποίες στερούνται. Οι γιατροί στις κλινικές ανακαλύπτουν ότι αν εντοπιστούν οι ελλείψεις, η θεραπεία λειτουργεί πιο αποτελεσματικά. Αυτά τα κορίτσια, πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν τα συναισθηματά τους και να βρίσκουν τρόπους να ηρεμούν τον εαυτό τους ή να χειρίζονται τις σχέσεις τους καλύτερα, χωρίς να στρέφονται για βοήθεια στις δυσπροσαρμοστικές διατροφικές τους συνήθειες. Τα συναισθήματά μας κάνουν πλούσιους, άρα ένα μοντέλο του νου που τα αφήνει από έξω, είναι ένας στερημένος νους.

➤ Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Οι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες έχουν θεωρηθεί ότι σχετίζονται πολύ στενά με τις διατροφικές διαταραχές και για να πειστεί κανείς, αρκεί να ρίξει μία ματιά στις μη δυτικού τύπου κοινωνίες, όπου το να είναι κανείς αδύνατος δεν αξιολογείται σημαντικά (Nassar, 1988). Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προωθούν την εικόνα του ιδανικού υπονοώντας ότι μόνον αυτοί που καταφέρνουν να μένουν καλλίγραμμοι είναι επιτυχημένοι και έχουν περισσότερες ευκαιρίες. Ο χώρος της μόδας και της ψυχαγωγίας προβάλλει πρότυπα γυναικών που προσελκύουν με το σώμα τους, οι οποίες όμως είναι τόσο καλλίγραμμες, ή πιο εύστοχα τόσο αδύνατες, που δεν αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία του γυναικείου πληθυσμού. Οι ΔΛΤ εμφανίζονται συχνότερα σε δυτικές χώρες όπου ένα λεπτότερο σώμα προβάλλεται ξεκάθαρα ως ιδανικό (όπως π.χ. η Barbie), αλλά παρατηρούνται και μεταξύ νεαρών γυναικών σε χώρες που υιοθετούν τα δυτικά αυτά πρότυπα. Στις δυτικές χώρες, γυναίκες που ασχολούνται επαγγελματικά με μπαλέτο, χορό ή γυμναστική, οι οποίες είναι πολύ συχνά εκτεθειμένες σε πίεση για δίαιτα επειδή τους επιβάλλεται να είναι καλλίγραμμες για να βρίσκονται σε φόρμα ή να έχουν ωραία εμφάνιση,

βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, μιά και για να πετύχουν τον στόχο τους υιοθετούν ανορθόδοξες διατροφικές συνήθειες. Ο κόσμος βομβαρδίζεται καθημερινά από εικόνες είτε μέσω τηλεόρασης, έντυπου υλικού, όπου τα μηνύματα που προσπαθούν να περάσουν στρέφονται γύρω από το τί πρέπει κανείς να κάνει, τί πρέπει να τρώει, πώς πρέπει να συμπεριφέρεται, ποιά προϊόντα πρέπει να αγοράζει και πώς πρέπει να δείχνει (Kalodner, 1997). Έρευνα έδειξε ότι το είδος του έντυπου υλικού (κυρίως περιοδικών) που διαβάζει μιά γυναίκα, μπορεί να προσδιορίσει την πιθανότητα ανάπτυξης ΔΛΤ (Harrison, 1997). Ο κόσμος και κυρίως οι γυναίκες στην προσπάθειά τους να πετύχουν την ρεαλιστικά αδύνατη, τουλάχιστον για κάποιες, «ιδανική» εικόνα σώματος καταφεύγουν σε διάφορες τακτικές, όχι πάντα σωστές. Μιά μελέτη του USA Today κατέγραψε ότι το 23% των κοριτσιών από 12-17 ετών επηρεάζονται από τα περιοδικά μόδας. Από την άλλη πλευρά, η τηλεόραση μπαίνει στα σπίτια και στο μυαλό εκατομμυρίων ανθρώπων καθημερινά. Ακόμα και τα καρτούνς περνάνε αυτά τα μηνύματα π.χ. η Βίλμα Φλίντοουν, η Belle από την ταινία η πεντάμορφη και το τέρας, η Betty Rubble και όλες η σούπερ ηρωίδες. Επομένως από την μικρή κιόλας ηλικία τα παιδιά βομβαρδίζονται από τέτοιες εικόνες και ανησυχούν για το αν θα καταφέρουν να αποκτήσουν το «σωστό» βάρος. Μιά μελέτη στο Πανεπιστήμιο του Τέξας έδειξε ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες, όπως η διαφορά του πραγματικού ιδανικού βάρους από αυτό που προωθούν τα μέσα, η κακή εικόνα σώματος, το γυναικείο φύλο, αποτελούν το 29% των αιτιών ανάπτυξης ΝΒ (Robert-McComb, 1997). Ενώ άλλες μελέτες επικεντρώθηκαν σε παράγοντες, όπως τα κοινωνικοπολιτιστικά πρότυπα υγείας και ομορφιάς που αναφέρθηκαν και επηρεάζουν τα ευάλωτα κυρίως άτομα (Steiner, 2003).

Η ιδέα του αδύνατου που προβάλλει ο δυτικός πολιτισμός, η οποία είναι κάτω από το μέσο όρο του βάρους των γυναικών, σε αυτόν τον πολιτισμό προκαλεί έντονη δυσαρέσκεια σε πολλές γυναίκες. Αντίθετα, όσες γυναίκες έχουν καλή εικόνα στον καθρέπτη έχουν αυξημένη αυτοαντίληψη και αυτοπεποίθηση. Εφόσον το να είναι κανείς λεπτός έχει συνδεθεί με το να

είναι ελκυστικός και υγιής, ενώ το να είναι υπέρβαρος σημαίνει να είναι αποκρουστικός και νωθρός, σημαντικό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού επιδίδεται συχνότατα σε δίαιτες, σε αντίθεση με τους άντρες που αποτελούν ένα μικρότερο ποσοστό.

➤ Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος

Η συνέχεια στο προηγούμενο πρόβλημα της αρνητικής επίδρασης των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων είναι η ενασχόληση με δίαιτες. Έρευνα έχει δείξει ότι επειδή ακριβώς η κοινωνία θέλει την γυναίκα αδύνατη, έξυπνη, επιτυχημένη, ελκυστική, δυναμική και ευτυχισμένη, έχει καταλήξει το 80% των γυναικών να έχει προσπαθήσει να αδυνατίσει κατά καιρούς (Baker-Dennis, 1997). Πάρα πολλά παιδιά στην Αμερική μεγαλώνουν με τον φόβο μήπως και καταναλώνουν κάτι παραπάνω και παχύνουν. Όλο και αυξανόμενος αριθμός παιδιών θεωρούν τον εαυτό τους χοντρό και ότι χρήζει διαιτητικής αντιμετώπισης. Αυτή η μειωμένη ικανοποίηση για το σώμα τους παρατηρείται ακόμα και σε τάξεις δημοτικού πλέον (Gustafon-Larson, 1996). Το ανεπιθύμητο αυτό γεγονός αρχίζει να εμφανίζεται και σε αγόρια μικρής ηλικίας (Grange, 1995). Όσο πιο μικρό είναι ηλικιακά ένα παιδί που αρχίζουν να το απασχολούν αυτά τα θέματα, τόσο περισσότερο πιθανό είναι να αναπτύξει ΔΛΤ (Thompson, 1994).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν στην απώλεια βάρους είναι περιορισμός των θερμίδων με πλήρως ανορθόδοξους τρόπους, με αποτέλεσμα η διαίτα αδυνατίσματος να συσχετίζεται με χρόνιες διαταραχές, όπως εμμονή στο φαγητό, υποσιτισμός, ερεθιστικότητα, αδυναμία, άγχος για το φαγητό, ακόμα και προσπάθεια να κρύβουν ή να αποφεύγουν το φαγητό. Όλα τα παραπάνω συνήθως οδηγούν σε κακή ανάπτυξη και αύξηση του παιδιού και παχυσαρκία (Garner, 1991).

➤ Εικόνα σώματος

Ως εικόνα σώματος ορίζεται η ιδέα που έχει ένα άτομο για την φυσική του εμφάνιση και συγκεκριμένα το μέγεθος, το σχήμα και το βάρος του σώματός

του και το πόσο άνετα αισθάνεται με την εξωτερική του εμφάνιση (Thompson,1990). Οι ΔΛΤ προκύπτουν όταν το άτομο είτε υπερ- ή υπο-εκτιμά την πραγματική εικόνα του. Αυτό που συμβαίνει συχνότερα είναι η υπερεκτίμηση και παρατηρείται κυρίως σε άτομα με ΝΑ (Slade, 1985). Η διαταραγμένη εικόνα σώματος συνήθως οδηγεί σε απογοήτευση για το παρών σώμα, άρα είναι απόλυτα φυσιολογικό το εύρημα ότι άτομα με ΔΛΤ είναι απογοητευμένα για το σώμα τους σε σχέση με φυσιολογικά άτομα (Cash, 1997). Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι τα περισσότερα απογοητευμένα άτομα είναι αυτά που πάσχουν από ΝΒ σε σχέση με την ΝΑ. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι διαταραγμένη εικόνα σώματος παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (Altabe,1993). Οι διαφορές αυτές στο φύλο είναι εμφανείς από πολύ μικρές ηλικίες. Για τους άνδρες που έχουν κακή εικόνα για το σώμα τους έχει βρεθεί ότι αυτό οφείλεται στην βαθύτερη επιθυμία τους να αποκτήσουν μυώδη εμφάνιση (McCauley, 1988). Σε αντίθεση με αυτή την μελέτη, οι γυναίκες δεν έχουν τέτοια διάθεση αύξησης του βάρους τους. Όμως φαίνεται πως οι γυναίκες δέχονται μεγαλύτερη πίεση σε σχέση με τους άνδρες να αποκτήσουν καλύτερη εικόνα σώματος και σε αυτό οφείλεται το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ΔΛΤ στις γυναίκες (Rothblum, 1990). Μιά γενιά πριν το μέσο μοντέλο ζύγιζε 8% λιγότερο από την μέση Αμερικανίδα γυναίκα, ενώ σήμερα τα μοντέλα ζυγίζουν τουλάχιστον 23% λιγότερο (Wolf, 1991). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης και της κακής εικόνας σώματος, αλλά υπάρχει μεταξύ των ατόμων που παρακολουθούν συγκεκριμένους τύπους προγραμμάτων, όπως σαπουνόπερες, μουσικές εκπομπές και κινηματογραφικές ταινίες, ενώ η ίδια σχέση δεν εμφανίζεται στα άτομα για παράδειγμα που παρακολουθούν αθλητικές εκπομπές (Tiggeman, 1996). Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τα περιοδικά μόδας και σύγκριση με τα άλλα περιοδικά που οδηγούν στην εμφάνιση ΔΛΤ σε παιδιά 10-14 ετών (Levine, 1994).

➤ Αυτοεκτίμηση

Ο βαθμός της αυτοεκτίμησης που νοιώθει κάποιος είναι αποτέλεσμα της αυτοϊκανοποίησης που νοιώθει για την αξία του, την ελκυστικότητά του, τις ικανότητες του και κατά πόσο εκπληρώνει τις προσδοκίες του. Η επιστημονική εμπειρία έχει αποδείξει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Πολλές μελέτες τονίζουν την ανικανότητα να οριστεί ποιο από τα δύο προκαλεί το άλλο. Είναι περισσότερο ένα φαύλος κύκλος, όπου το ένα είναι η αιτία του άλλου και αντίστροφα. Για παράδειγμα, η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος προκαλεί στρες (Brown, 1992), το οποίο οδηγεί σε κατάθλιψη και την ίδια στιγμή σε χαμηλή αυτοπεποίθηση (Rosen, 1990). Επίσης η απογοήτευση από την αποτυχία των διαιτών και της αδυναμίας του ατόμου να ελέγξει το βάρος του (McCarthy, 1990) οδηγούν σε γενικότερα αισθήματα ότι το άτομο είναι αποτυχημένο και άρα με χαμηλή αυτοπεποίθηση (Striegel-Moore, 1986).

➤ Σεξουαλικότητα

Μελέτες που έχουν γίνει ιδιαίτερα σε ανορεξικούς ασθενείς έχουν δείξει ότι τα άτομα αυτά δεν θεωρούν ότι τα σεξουαλικά ένστικτά τους είναι φυσιολογικά και αποδεκτά. Φοβούνται ότι θα βγούν εκτός ελέγχου και γ' αυτό πρέπει να τιμωρούν συνεχώς τον εαυτό τους (Zerbe, 1993). Ειδικά για την ΝΑ, το άγχος της σεξουαλικότητας ελέγχεται σε κάποιο βαθμό καθώς οι ασθενείς εμφανίζουν καθυστερημένη ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, που σχηματίζονται φυσιολογικά κατά την ενήβωση. Μάλιστα τα κορίτσια που αναπτύσσονται πρόωρα έχουν περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης ΔΛΤ (Attie, 1995) γιατί αυτό τους προκαλεί περισσότερο στρες και δυστυχία (Shisslak, 1996). Τα κορίτσια δυσκολεύονται να συνειδητοποιήσουν το ρόλο τους ως γυναίκες στην κοινωνία και αυτό τους προκαλεί σύγχυση. Έχουν σημειωθεί αρκετές περιπτώσεις κοριτσιών με ΝΑ που φαντασιώνονταν ότι ήταν αγόρια, πριν καν ξεκινήσει η ενήβωση (Brumberg, 1988).

Οι ψυχαναλυτές αποδίδουν αυτόν τον φόβο των κοριτσιών στο γεγονός ότι δεν είναι καλά προετοιμασμένα για να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που εμφανίζονται στην ζωή ενός ενήλικα. Οι γονείς δεν αφιερώνουν τον χρόνο που πρέπει στα παιδιά για να τους δώσουν τα απαραίτητα εφόδια και να τα απαλλάξουν από τις ανησυχίες τους (Levenkron, 1982). Σε μία έρευνα σημειώνεται χαρακτηριστικά ότι σήμερα δεν υπάρχει αυτό που λέμε Quality time (ποιότητα χρόνου). Για τον λόγο αυτό και τα παιδιά αυτοτιμωρούνται, αφού δεν μπορούν να έχουν την υποστήριξη που χρειάζονται. Θέλουν να ελέγξουν τα σώματά τους στο βαθμό που δεν μπορούν να ελέγξουν την ζωή τους, ίσως με την ελπίδα να νοιώσουν καλύτερα. Αφού δεν τα καταφέρνουν με το γύρω περιβάλλον, τουλάχιστον προσπαθούν να ασκήσουν κάπου την εξουσία τους (Fisher, 1995).

Σε αντίθεση με τους πάσχοντες από ΝΑ, τα άτομα με ΝΒ ποικίλλουν στο μέγεθος και το σχήμα. Όσον αφορά στο χαρακτήρα, οι νεαρές γυναίκες με ΝΒ μοιάζουν σαν τις μεγάλες αδερφές ατόμων με ΝΑ, μόνο που οι πρώτες είναι πιο κοινωνικές και θέλουν να κάνουν τον κόσμο να γελάει και να περνάει καλά. Οι περισσότερες είναι ελκυστικές, είτε έχουν πάρει μέρος σε καλλιστεία, είτε είναι μαζορέτες, είναι τελειομανείς και καλές μαθήτριες για τους άλλους, έχοντας χάσει τον εαυτό τους. Στην ουσία έχουν χάσει την ψυχή τους στο βωμό του ωραίου σώματος, που δεν πετυχαίνουν πάντα να έχουν. Για αυτό το λόγο θεωρείται από τους ψυχολόγους, ότι τ' άτομα αυτά έχουν μακρύ δρόμο μέχρι την βελτίωση και την θεραπεία (Herzog, 1982). Ενώ οι κοπέλες με ΝΑ είναι κυριευμένες από το φόβο της σεξουαλικότητας και αποφεύγουν σεξουαλικές σχέσεις, οι κοπέλες με ΝΒ είναι σεξουαλικά ενεργές συνήθως σε ετεροφυλοφιλικές σχέσεις (Brumberg, 1988). Για τους άντρες ενδεχομένως ισχύουν παρόμοιες καταστάσεις, αλλά στην προσπάθειά τους να μην στιγματιστούν ως πάσχοντες από μία κατ' εξοχήν θηλυκή διαταραχή, αποφεύγουν την αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό και άρα χρειάζονται περαιτέρω μελέτες που να ερευνούν τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΔΛΤ σε άνδρες (Orbach, 1986). Μια μελέτη που έχει γίνει, έδειξε ότι οι ΔΛΤ είναι περισσότερο συχνές σε ομοφυλοφιλικούς άνδρες (Rost, 1982).

➤ Κοινωνική υποστήριξη

Η υποστήριξη που δέχεται το άτομο από το κοινωνικό του περιβάλλον το προστατεύει από την επίδραση στρεσογόνων καταστάσεων στην ψυχή του. Η κοινωνική υποστήριξη και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου σε σχέση με την εμφάνιση και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών έχει μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην πρώτη. Τα μέχρι στιγμής ευρήματα έχουν δείξει ότι άτομα με διαταραχές λήψης τροφής έχουν μικρότερη υποστήριξη από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον από τις ομάδες ελέγχου. Ωστόσο, ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών δεν είναι ακόμα καλά κατανοητός.

➤ Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων

Και η ικανότητα του ατόμου να έρχεται αντιμέτωπος με δύσκολες καταστάσεις έχει μελετηθεί από διάφορες επιστημονικές ομάδες ως προδιαθεσικός παράγοντας στην εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής (Leon et al.,1997). Γενικά, άτομα που υιοθετούν την μέθοδο αυτή προσαρμόζονται ευκολότερα στις στρεσογόνες καταστάσεις και εμφανίζουν λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα από άτομα που το αποφεύγουν, όπως είναι για παράδειγμα οι συνεχείς αρνήσεις και αναβολές. Εάν ένα άτομο συνηθίζει να απαντά στις δύσκολες καταστάσεις της ζωής του με έντονο άγχος, έχει υψηλή προδιάθεση να αναπτύξει παθολογική συμπεριφορά απέναντι στη λήψη τροφής ως τρόπο αντιμετώπισης του άγχους. Ωστόσο, λίγες έρευνες έχουν εξετάσει απευθείας την παράμετρο αυτή με τις διατροφικές διαταραχές. Έχει βρεθεί ότι γυναίκες με διαταραχές λήψης τροφής έχουν την τάση να αποφεύγουν να αντιμετωπίζουν τις διάφορες καταστάσεις.

➤ Σαρκασμός

Καθώς οι ΔΛΤ εμφανίζονται κυρίως σε νεαρή εφηβική ηλικία, τα άτομα που πάσχουν είναι στο μεταβατικό στάδιο από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Αυτό απαιτεί έναν επαναπροσδιορισμό του ατόμου και της προσωπικότητάς του, μιά και καλείται να παίξει νέους ρόλους. Αυτή η

μεταβίβαση οδηγεί το άτομο στην δημιουργία νέων στάσεων και πεποιθήσεων (Smolak, 1994). Από την άλλη, ο σαρकाσμός που δέχεται ένα άτομο από το κοινωνικό του περιβάλλον σχετικά με την εμφάνισή του φαίνεται πως κάνει το άτομο περισσότερο σκεπτικό και δυσαρεστημένο με την εικόνα του σώματος του. Χρειάζονται όμως περισσότερες έρευνες για να υποστηρίξουν αυτή την υπόθεση.

➤ Τελειομανία

Η τελειομανία θεωρείται χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που θέτει το ενήλικο κυρίως άτομο σε κίνδυνο για ανάπτυξη ΔΛΤ (Garner, 1991). Είναι ευρέως γνωστό ότι η εικόνα του κοριτσιού με ΝΑ είναι «το μικρό τέλειο κορίτσι στον κόσμο» (Levenkron, 1982). Φαίνεται πως μερικά από τα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν την ΝΑ, όπως η τελειομανία, εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού το άτομο ξεπεράσει το πρόβλημα. Το πρόβλημα της τελειομανίας έχει εμφανιστεί μέχρι και σε ομάδα παιδιών του δημοτικού που μελετήθηκε (Brown, 1992). Αυτά τα παιδιά δήλωσαν ότι θέλουν να είναι πάντα όμορφα και να τα πηγαίνουν καλά στο σχολείο. Τέτοιοι στόχοι μη ρεαλιστικοί βάζουν τα θεμέλια για την ανάπτυξη αργότερα χαμηλής αυτοεκτίμησης καθώς θα αποκλίνουν από το «ιδανικό» τους. Μπορεί να υποθέσει κανείς ότι τα παιδιά καταλήγουν εκεί μέσα από την προσπάθειά τους να κερδίσουν κοινωνική αποδοχή. Ωστόσο, η τελειομανία ως υποστηρικτικός παράγοντας πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους.

➤ Οικογενειακή αλληλεπίδραση και περιβάλλον

Το οικογενειακό περιβάλλον έχει μελετηθεί ως υποστηρικτικός παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας σε εφήβους. Έχει βρεθεί ότι οι οικογένειες ατόμων με διατροφικές διαταραχές ήταν λιγότερο εκφραστικές, λιγότερο συνεκτικές και ότι επιδίδονταν σε συχνές διαμάχες μεταξύ τους. Ωστόσο, αυτές οι παράμετροι σχετίζονται περισσότερο με τη γενική ψυχοπαθολογία του ασθενών και ίσως προσφέρουν

πολύ λίγο στην αιτιολογία των διαταραχών αυτών. Από την άλλη μεριά, η ενασχόληση της οικογένειας με την εικόνα του σώματος και το βάρος, η κοινωνική εμφάνιση και η έμφαση στην επιτυχία αποτελούν ευδιάκριτες παραμέτρους για την προδιάθεση στις διαταραχές λήψης τροφής.

➤ Προσωπικότητα

Συγκεκριμένα γνωρίσματα της προσωπικότητας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, έχουν θεωρηθεί ότι μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά στην εμφάνιση και διατήρηση των διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα, σε πολλές έρευνες έχει βρεθεί ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ NB και νευρωτισμού και αρνητική συσχέτιση μεταξύ NB και εξωστρέφειας. Όσον αφορά στην NA έχει βρεθεί κάποια σχέση με το χαμηλό βαθμό αναζήτησης του «νέου», υψηλή αποφυγή και υψηλή εξάρτηση ανταμοιβής.

➤ Στρες

Ως στρες ορίζεται η έμφυτη προδιάθεση που έχει συνήθως ένα άτομο σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές καταστάσεις και συμπτώσεις να επηρεάζει αρνητικά την ύπαρξή του. Κάθε άτομο διαθέτει φυσιολογικά μηχανισμούς αντιμετώπισης περιβαλλοντικών πιέσεων και αντοχής σε δύσκολες καταστάσεις, οι οποίοι λείπουν από τα αγχώδη άτομα (Cox, 1978). Ακόμα και αν η σχέση ανάμεσα στο στρες, τις στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων και τις ΔΛΤ δεν είναι πλήρως γνωστή, φαίνεται ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη ΔΛΤ. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η στρεσογόνος ζωή συχνά προηγείται των ΔΛΤ (Schmidt, et al., 1997, Fryer, 1997). Η NA ή η NB είναι μία προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει το στρες (Soukup, 1990). Πολλές μελέτες δείχνουν ότι ιδιαίτερα το binge eating πυροδοτείται από το στρες (Laessle, 1991) και αυτό γιατί το στρες και τα αρνητικά περιστατικά της ζωής ενός ατόμου επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία του. Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την μελέτη της επιρροής που ασκούν οι παραπάνω παράμετροι στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών και απέδειξαν ότι οι έφηβοι με NA βιώνουν σε

μεγάλο βαθμό τέτοιου είδους δυσάρεστες καταστάσεις. Άλλες μελέτες πρότειναν ότι το στρες είναι περισσότερο η συνέπεια παρά η αιτία των ΔΛΤ (Rosen, 1993). Άτομα με ΔΛΤ πήραν υψηλές βαθμολογίες σε τεστ άγχους σε σχέση με υγιή άτομα (Sharpe, 1997), άρα θα μπορούσαν οι ΔΛΤ να είναι η αιτία του άγχους. Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα χρειάζεται σχετικά με αυτούς τους παράγοντες και την ανάπτυξη των παραπάνω διαταραχών.

➤ Κατάθλιψη

Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι άτομα με διαταραχές λήψης τροφής, υποφέρουν από κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι το 45% των ασθενών με ΔΛΤ πάσχουν από κατάθλιψη (Zerbe, 1991). Δεν είναι γνωστό τι προκαλεί τι και παραμένει αδιευκρίνηστο το αν και τα δύο, ΔΛΤ και κατάθλιψη, προκαλούνται από κάποιον τρίτο παράγοντα (Fava, 1997). Αν και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, στις ΔΛΤ τα συμπτώματα είναι συνήθως τα ίδια, προκαλώντας περισσότερο αρνητικό αποτέλεσμα στις γυναίκες αυτές παρά σε άλλες που πάσχουν από άλλες ασθένειες (Pryor, 1996). Η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών είναι σημαντική κατά την διάγνωση και την θεραπεία των ασθενών (Zerbe, 1991) και αυτό γιατί η βοήθεια με αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει αποδεικτεί βοηθητική στη θεραπεία των ΔΛΤ.

➤ Κοινωνική τάξη

Κλινικές μελέτες έδειξαν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης ΝΑ σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις (Bruch, 1978). Σε σύγκριση με άλλες παθήσεις, έχει αποδεικτεί ότι ΝΑ είναι περισσότερο πιθανό να συμβεί σε άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Askevoid, 1982), και επίσης ότι ασθενείς με ΝΒ προέρχονται από οικογένειες καλύτερης οικονομικής κατάστασης από αντίστοιχους ασθενείς ΝΑ (Herzog, 1982). Ασφαλώς υπάρχουν και αρκετές μελέτες που δεν απέδειξαν τέτοιου είδους σχέσεις (Carter, 1984).

1.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (ΣΝ)

1.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Οι ρίζες της συναισθηματικής νοημοσύνης χάνονται στα πολύ παλιά χρόνια του αρχαίου ελληνικού πολιτισμού. Το κίνημα των Στωικών φιλοσόφων, περίπου 200 χρόνια π.Χ. μέχρι και 300 μ.Χ. ήταν που έδωσε έμφαση στο ρόλο των συναισθημάτων στην επίτευξη των στόχων και την καθοδήγηση μιάς καλής ζωής. Οι Στωικοί φιλόσοφοι παρατηρούσαν διαθέσεις, τάσεις, ορμές, επιθυμίες των μαθητών τους και παρατηρούσαν τη συσχέτιση για την επιτυχία στη ζωή. Η φιλοσοφία τους έγινε θρησκεία, επηρέασε τη σκέψη των Εβραίων και αργότερα του Χριστιανισμού.

Αργότερα στα τέλη του 18^{ου} αιώνα εμφανίστηκε ένα κίνημα, το ευρωπαϊκό ρομαντικό κίνημα. Η κεντρική ιδέα του εστίαζε στη σημασία των συναισθημάτων που δημιουργούν εσωτερικές εικόνες στον άνθρωπο που δεν επιτυγχάνονται με την απλή λογική. Συγγραφείς, ζωγράφοι και μουσικοί επηρεάστηκαν από το κίνημα και αντέδρασαν μέσα από τα έργα τους στο μέχρι τότε σκεπτικό του ότι όλα αντιμετωπίζονται με την κοινή λογική. Εξέφρασαν τη διαφορετικότητά τους και προειδοποίησαν τον κόσμο για την επικείμενη αλλοτρίωση.

Φτάνοντας πιο κοντά στη σημερινή πραγματικότητα, το 1940 ο Wechsler και ο Robert Thorndike άρχισαν να γράφουν για την κοινωνική νοημοσύνη. Λίγο αργότερα, εμφανίστηκε μιά τάση για την έκφραση των συναισθημάτων στα 1960 στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Ήταν μια εποχή όπου ο ορθολογισμός είχε κουράσει και εμφανίστηκαν πολλές αντιδράσεις και εξεργήσεις εναντίον του. Εκείνη την εποχή, οι σημερινοί ερευνητές της συναισθηματικής νοημοσύνης ενηλικιώνονταν. Είδαν, λοιπόν, τον κόσμο να αγωνίζεται για τα δικαιωμάτα του, ακτιβιστές να διαδηλώνουν κατά του πολέμου στο Βιετνάμ, το γυναικείο κίνημα έκανε τα πρώτα βήματά του, και τότε εμφανίστηκαν οι χίπιδες και άλλα κοινωνικά κινήματα.

Μεγάλωσαν με την υπόσχεση για παγκόσμια ειρήνη και ελευθερία. Τότε εμφανίστηκαν ο Abraham Maslow και ο Carl Rogers, οι οποίοι ήταν πολιτικά ενεργοί μέσα από την ψυχολογία, αντιστάθηκαν στις αρχές που ήθελαν τους ανθρώπους υποχείρια και αποκάλυψαν αλήθειες, όπως την δυνατότητα του καθενός να καθορίζει το μέλλον του και το δικαίωμά του σ' αυτό. Από εδώ και πέρα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα συναισθήματα. Ο Allen (1973) χαρακτηριστικά σημειώνει ότι αυτό που έχει σημασία τώρα δεν είναι το αν τα αισθήματα είναι καλά ή κακά αλλά το γεγονός ότι υπάρχουν. Τα αισθήματα είναι μια πράγματικότητα. Η δουλειά των πρώτων ερευνητών που ασχολήθηκαν με την ανάλυση της έννοιας της νοημοσύνης ξεχάστηκε για αρκετά χρόνια μέχρι το 1983 όταν ο Howard Gardner έγραψε για την πολλαπλή νοημοσύνη (multiple intelligence). Στη συνέχεια, σημαντικότερη ήταν η συνεισφορά των Σάλοβι και Μάιερ που εμφανίστηκαν το 1990, έχοντας μελετήσει όλες τις προηγούμενες προσπάθειες άλλων μελετητών. Την ίδια εποχή, το 1990, έκανε τα πρώτα βήματά του και ο μεγάλος ψυχολόγος Daniel Goleman, οι μελέτες του οποίου οδήγησαν στη συγγραφή ενός εκπληκτικού για την εποχή βιβλίου με τον τίτλο: «Συναισθηματική Νοημοσύνη». Ο Daniel Goleman, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ, με τη διπλή ιδιότητα του ψυχολόγου και του δημοσιογράφου, καλύπτει ακόμα και σήμερα τα θέματα ψυχολογίας και νευροεπιστημών για το γνωστό, έγκυρο έντυπο των New York Times, ενώ άρθρα του εμφανίζονται σε εφημερίδες και περιοδικά όλου του κόσμου. Από την πρώτη ημέρα έκδοσης του βιβλίου του, η ΣΝ είναι ένα από τα πιο πολυσυζητημένα θέματα στην Αμερική. Για παράδειγμα, όταν το Harvard Business Review δημοσίευσε ένα άρθρο του στο θέμα αυτό, το 1998, προσέλκυσε το μεγαλύτερο αριθμό αναγνωστών από κάθε άλλο άρθρο, που είχε σημειωθεί τα τελευταία σαράντα χρόνια.

1.2.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

Για πολλά χρόνια, ερευνητές ψυχολόγοι προσπάθησαν να καθορίσουν την έννοια της νοημοσύνης γενικά. Μέχρι τότε δεν είχε γίνει καμιά προσπάθεια ορισμού των εννοιών. Γι' αυτό και η λέξη νοημοσύνη δεν εμφανίζεται στα βιβλία πριν τον δωδέκατο αιώνα, μα ούτε καν και στο λεξικό Baldwin που αφορά θέματα φιλοσοφίας και ψυχολογίας και εκδόθηκε το 1902. Για αρκετά χρόνια αργότερα ως το 1927, η πλειοψηφία των πιο αναγνωρισμένων βιβλίων στην ψυχολογία δεν ανέφεραν τη λέξη νοημοσύνη.

Βασισμένοι κυρίως στα προβλήματα και στις δυσκολίες που προκύπτουν στην προσπάθεια να δοθεί ένας σωστός ορισμός καθώς και στην ανάγκη να καθοριστεί η νοημοσύνη καθενός, στράφηκαν στην εύρεση τρόπων μέτρησής της και εγκατέλειψαν την προσπάθεια ορισμού της. Τον τελευταίο αιώνα, η νοημοσύνη μετρήθηκε με ερωτηματολόγια IQ (intelligence quotient=πηλίκο νοημοσύνης), με τα οποία γίνεται προσπάθεια να καθοριστεί η γνωστική ικανότητα και λειτουργία του εξεταζόμενου (η ικανότητά του να μαθαίνει, να θυμάται, να εφαρμόζει, να σκέφτεται, να αιτιολογεί και να συνοψίζει).

Η γενική νοημοσύνη ενός ανθρώπου αποτελείται από την γνωσιακή και την ΣΝ. Ο ορισμός του David Wechsler για την γνωσιακή νοημοσύνη είναι πιθανότατα ένας από τους πιο χρήσιμους γιατί επιτρέπει την ύπαρξη και άλλων μορφών νοημοσύνης. Είπε, λοιπόν, ότι είναι η ικανότητα να δρα κανείς έχοντας συγκεκριμένο σκοπό, να σκέφτεται λογικά, και να συναναστρέφεται αποτελεσματικά με το περιβάλλον του. Στην ουσία, αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει την ικανότητα του ανθρώπου να προσαρμόζεται σε νέες καταστάσεις και να αντιμετωπίζει καταστάσεις της ζωής αποτελεσματικά.

Από την άλλη πλευρά, το σκεπτικό της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως είναι γνωστή σήμερα, άνοιγε νέους ορίζοντες στην κατανόηση της έννοιας της νοημοσύνης. Έδωσε την δυνατότητα να μετρηθεί η γενική νοημοσύνη ενός ατόμου. Όπως ακριβώς και η γνωσιακή νοημοσύνη, έτσι και η ΣΝ είναι δύσκολο να καθοριστεί. Σε γενικές γραμμές, η ΣΝ απευθύνεται

στις συναισθηματικές, κοινωνικές, προσωπικές και ενστικτώδεις διαστάσεις της νοημοσύνης, οι οποίες είναι συνήθως πιο σημαντικές στην καθημερινότητα παρά οι γνωσιακές πλευρές της νοημοσύνης. Η ΣΝ αφορά την κατανόηση του εαυτού μας και των συνανθρώπων μας, αφορά τον τρόπο που συνδέονται οι άνθρωποι, που προσαρμόζονται και αντιμετωπίζουν τις διάφορες καταστάσεις, και όλα αυτά μπορούν να αυξήσουν την ικανότητα ενός ατόμου να είναι επιτυχημένος στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις.

Με βάση τον ευρύ ορισμό που δόθηκε για την γνωσιακή νοημοσύνη, είναι απόλυτα δυνατό να αντιπαραθέσει κανείς την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στην πραγματικότητα, ο Wechsler την θεωρεί ως: «καθετί στη γενική νοημοσύνη που δε χρειάζεται τη διανόηση». Είναι μία έννοια που δεν υπάρχει στο λεξικό, επομένως ο ορισμός της παραμένει ακόμα ένα αδιευκρίνιστο ερώτημα. Ο Goleman αποπειράθηκε να δώσει έναν ορισμό, ο οποίος έχει ως εξής: *«Συναισθηματική Νοημοσύνη είναι η νοημοσύνη της καρδιάς και αναφέρεται σε ικανότητες, όπως το να μπορεί κανείς να βρίσκει κίνητρα για τον εαυτό του και να αντέχει τις απογοητεύσεις, να ελέγχει την παρόρμηση και να χαλιναγωγεί την ανυπομονησία του, να ρυθμίζει σωστά τη διάθεσή του και να εμποδίζει την απογοήτευση να καταπνίγει την ικανότητά του για σκέψη, να έχει συναίσθηση και ελπίδα»*. Επομένως, οι ευφυέστεροι ανάμεσά μας μπορούν να πνιγούν στον ωκεανό των απειθάρχητων παρορμήσεων και των αχαλίνωτων παθών τους. Άνθρωποι με υψηλό δείκτη νοημοσύνης μπορεί να χειρίζονται εντυπωσιακά άστοχα την προσωπική τους ζωή.

Οι Richard Herrnstein και Charles Murray, στο βιβλίο τους *The Bell Curve*, αναφέρουν ότι αν κάποιος σημειώνει υψηλό σκόρ στη ΣΝ και χαμηλό στα τεστ των μαθηματικών, καλά θα κάνει να μην αφιερωθεί ψυχή τε και σώματι στην προοπτική να γίνει μαθηματικός. Αλλά, αντίθετα, αν επιθυμεί να στήσει μία επιχείρηση, να γίνει γεροϋσιαστής ή εκατομμυριούχος, θα κάνει επίσης καλά να μην παραμερίσει τα όνειρά του. Πολλοί άνθρωποι με ΔΝ 160 εργάζονται για ανθρώπους με ΔΝ 100, αν οι πρώτοι έχουν φτωχή ενδοπροσωπική νοημοσύνη και οι δεύτεροι πλούσια. Ο δείκτης νοημοσύνης, στην καλύτερη περίπτωση, συμβάλλει κατά το 20% στους παράγοντες που

καθορίζουν την επιτυχία στη ζωή, γεγονός που αφήνει ένα 80% σε άλλες δυνάμεις. Και όμως, παρόλο που ένας υψηλός ΔΝ δεν εγγυάται ευδαιμονία, φήμη ή ευτυχία στη ζωή, τα σχολεία μας και η παιδεία μας συνεχίζουν να εστιάζουν την προσοχή στις ακαδημαϊκές δεξιότητες, αγνοώντας την συναισθηματική νοημοσύνη, ένα σύνολο διακριτικών στοιχείων-μερικοί το αποκαλούν χαρακτήρα-που επίσης έχει απεριόριστη σημασία για το προσωπικό μας πεπρωμένο.

Το συναισθηματικό ταλέντο είναι μια μετα-ικανότητα που καθορίζει πόσο καλά μπορούμε να χειριστούμε οποιαδήποτε ικανότητα διαθέτουμε. Κατά τον Goleman, οι άνθρωποι με πολύ ανεπτυγμένες συναισθηματικές δεξιότητες είναι πιθανότατα πιο ευχαριστημένοι και πιο αποτελεσματικοί στη ζωή τους, και είναι ικανοί να ελέγξουν τις νοητικές εκείνες συνήθειες που δίνουν ώθηση στην παραγωγικότητά τους. Οι άνθρωποι που δεν είναι σε θέση να βάλουν σε τάξη και να ελέγξουν τη συναισθηματική τους ζωή, δίνουν εσωτερικές μάχες που υπονομεύουν την ικανότητά τους για σωστά προσανατολισμένη εργασία και καθαρή σκέψη.

Ο Σάλοβι αναφέρει πως η ΣΝ αποτελείται από 5 κύριους τομείς:

1. **Τη γνώση των συναισθημάτων μας.** Η αυτοεπίγνωση, η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε και να αναγνωρίζουμε κάθε στιγμή τα συναισθήματα, είναι καίρια για την ψυχολογική ενόραση και αυτοκατανόηση.
2. **Τον έλεγχο των συναισθημάτων.** Το να χειραγωγούμε και να ελέγχουμε τα συναισθήματά μας, ώστε να είναι τα κατάλληλα ανά πάσα στιγμή, είναι μιά ικανότητα που οικοδομείται πάνω στην αυτοεπίγνωση. Άτομα που κατέχουν τον έλεγχο ξεπερνούν γρήγορα τα πωγωνίσματα και τις απογοητεύσεις της ζωής, ενώ άτομα που τον στερούνται, μάχονται πάντα τα αισθήματα της κατάθλιψης.
3. **Την εξεύρεση κινήτρων για τον εαυτό μας.** Αυτή η ικανότητα δίνει την ευκαιρία στα άτομα να είναι παραγωγικά και αποτελεσματικά σε οτιδήποτε καταπιαστούν να κάνουν.

4. **Την αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων** ή αλλιώς ενσυναίσθηση. Τα «ενσυναίσθητικά» άτομα είναι πιο δεκτικά στα σιωπηλά κοινωνικά σήματα που υποδεικνύουν τι θέλουν ή τι έχουν ανάγκη οι άλλοι, και αυτό τους κάνει καλύτερους σε επαγγέλματα που έχουν σχέση με κοινωνική προσφορά, διδασκαλία, πωλήσεις και διοίκηση.

5. **Τον χειρισμό των σχέσεων** ή αλλιώς ικανότητα χειρισμού των συναισθημάτων των άλλων. Είναι η ικανότητα που βρίσκεται πίσω από τη δημοτικότητα, την ηγετική δεινότητα και τη διαπροσωπική επιτυχία. Άτομα που τη διαθέτουν διαπρέπουν σε όλους τους τομείς που αφορούν την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους.

Μια άλλη προσπάθεια να οριστεί η ΣΝ είναι αυτή του BarOn που έχει ως εξής: *«είναι μια περιοχή από μη γνωσιακές ικανότητες και προσόντα ενός ανθρώπου που του επιτρέπουν να επιτυγχάνει στις σχέσεις του με το περιβάλλον του και να αντιμετωπίζει τις πιέσεις, εκπληρώνοντας όλες τις απαιτήσεις»*. Επομένως η ΣΝ είναι ένας σημαντικός παράγοντας στον καθορισμό της ικανότητας του ανθρώπου να πετυχαίνει και να είναι ψυχολογικά ήρεμος και ευτυχισμένος, που όλα αυτά ισοδυναμούν με συναισθηματική υγεία.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ΣΝ και με τις οποίους απασχολείται το ερωτηματολόγιο BarOn μπορούν να διανεμηθούν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

1. **τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες**, όπως η συναισθηματική αυτοεπίγνωση, η κατηγορηματικότητα, ο αυτοσεβασμός, η αυτοδιαπίστωση των δυνάμεων και η ανεξαρτησία,
2. **τους διαπροσωπικούς παράγοντες**, όπως η ενσυναίσθηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική υπευθυνότητα,
3. **τους παράγοντες προσαρμοστικότητας**, όπως η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, η ευελιξία,
4. **τους παράγοντες αντιμετώπισης του στρες**, όπως η αντοχή στο στρες και ο έλεγχος της παρορμητικότητας και τέλος

5. **τους γενικούς παράγοντες που αφορούν τη διάθεση**, όπως είναι η ευτυχία και η αισιοδοξία.

Σε ποιούς παράγοντες οφείλεται, για παράδειγμα, η αποτυχία ανθρώπων με υψηλό δείκτη γνωσιακής νοημοσύνης και η αναπάντεχη και εντυπωσιακή επιτυχία άλλων με μέτριο δείκτη; Ο Goleman, στο βιβλίο του περί συναισθηματικής νοημοσύνης, υποστηρίζει ότι πολύ συχνά αυτή η διαφορά οφείλεται στις ικανότητες ενός ατόμου, οι οποίες περιλαμβάνουν αυτοέλεγχο, ζήλο και επιμονή, καθώς και την ικανότητα να βρίσκει κανείς κίνητρα για τον εαυτό του. Και τονίζει πως αυτές οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν στα παιδιά και με τον τρόπο αυτό να τους προσφέρουν μια καλύτερη ευκαιρία να αξιοποιήσουν το οποιοδήποτε νοητικό δυναμικό μπορεί να τους χάρισε ο «γενετικός τροχός της τύχης».

Η ΣΝ είναι τακτική (άμεση λειτουργία), ενώ η γνωσιακή νοημοσύνη είναι στρατηγική (μακράς διάρκειας ικανότητα). Η γνωσιακή νοημοσύνη που μετράται με το δείκτη νοημοσύνης και η ΣΝ δεν είναι δύο αντικρουόμενες, αλλά μάλλον δύο ξεχωριστές ικανότητες. Η ΣΝ βοηθά να προνοήσεις την επιτυχία επειδή ακριβώς ανακλά τον τρόπο με τον οποίο μπορεί ένας άνθρωπος να χρησιμοποιήσει τη γνώση σε μία άμεση περίσταση. Κατά κάποιο τρόπο, για να μετρήσει κανείς την ΣΝ αρκεί να μετρήσει την «κοινή λογική» και την ικανότητα ενός ανθρώπου να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες της ζωής. Χαρακτηριστικά είναι η παρατήρηση ότι άτομα με χαμηλό σκορ ΣΝ έχουν αυξημένη πιθανότητα για δυστυχισμένη οικογενειακή ζωή ή διαζύγιο.

Ο Αριστοτέλης, στα Ηθικά Νικομάχεια, σημειώνει: «Ο καθένας μπορεί να θυμώσει-αυτό είναι εύκολο. Αλλά το να θυμώσει κανείς με το σωστό άτομο, στο σωστό βαθμό και στη σωστή στιγμή, για τη σωστή αιτία και με τον σωστό τρόπο-αυτό δεν είναι εύκολο». Τα συναισθήματα κατέχουν πολύ σημαντική θέση στη ζωή μας για να τα αγνοούμε. Είτε μας αρέσει, είτε όχι, η ευφυΐα από μόνη της δε μπορεί να οδηγήσει πουθενά. Το κατά πόσο μπορεί κανείς να ελέγχει το θυμό του δεν μπορεί να μετρηθεί από το Δείκτη Νοημοσύνης.

Ο Ντάνιελ Γκόλμαν στο βιβλίο του, Συναισθηματική Νοημοσύνη στο χώρο της εργασίας, τονίζει ότι οι εποχές έχουν αλλάξει. Η αστάθεια της

εργασίας και οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της ταχύτητας των αλλαγών και των νέων δυνατοτήτων που δημιουργούνται εξοντώνουν τους εργαζόμενους, τόσο στα ελεύθερα επαγγέλματα όσο και στην εξαρτημένη εργασία, απαιτώντας από αυτούς πιο ευέλικτους χειρισμούς και προσαρμοστικές ικανότητες τις οποίες όμως δεν έχουν διδαχθεί.

Σημειώνει ότι στον κόσμο μας ισχύει, κατά κύριο λόγο, ότι οι μαθησιακές μας γνώσεις – οι δικές μας και κανενός άλλου – είναι το όχημα που μας οδηγεί στο μοναδικό δρόμο της επιτυχίας. Η επιβίωση του ισχυρότερου έχει ερμηνευθεί ως του αδιάστακτου, του ενός και μοναδικού. Φορτωνόμαστε ή φορτώνουμε τα παιδιά με άπειρη πληροφορία – η εποχή και το εκπαιδευτικό σύστημα το απαιτούν – πιστεύοντας ότι με τον τρόπο αυτό θα ανοίξει ο δρόμος προς την επιτυχία. Γίνονται οι καλύτεροι μαθητές, διαβάζουν συνεχώς, αγχώνονται συνεχώς, στερούνται συνεχώς, τρέχουν συνεχώς, ανταγωνίζονται συνεχώς, ώστε κάποτε να επιτύχουν υψηλούς στόχους στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Κάποιοι πετυχαίνουν, κάποιοι όμως αποτυχαίνουν και τα ερωτήματα και οι απορίες επανέρχονται πιο άγρια, πιο βασανιστικά, χωρίς να μπορούν να βρουν εύκολη απάντηση, εντείνοντας την αστάθεια και το άγχος.

Στο βιβλίο του εστιάζει την προσοχή του στον εργασιακό χώρο των επιχειρήσεων και μελετά εργαζόμενους που κατέχουν κυρίως διοικητικές θέσεις. Το συμπέρασμά του είναι ότι η ΣΝ παίζει το σημαντικότερο ρόλο στην εξέλιξη τόσο των υπαλλήλων χαμηλής βαθμίδας όσο και των στελεχών και των διευθυντών. Όσο μάλιστα η διοικητική ευθύνη αυξάνει τόσο οι απαιτήσεις για συναισθηματικές δεξιότητες πολλαπλασιάζονται. Η διαπίστωση αυτή τον οδήγησε στη σκέψη ότι τελικά ο άνθρωπος είναι ομαδικός παίκτης. Άλλωστε, και η εξελικτική επιστήμη σήμερα, δηλώνει ότι η εξελικτική ικανότητα μετριέται βάσει της επιτυχημένης αναπαραγωγής, άρα της δυνατότητας μίας ομάδας για επιτυχημένη συνεργασία που θα έχει ως αποτέλεσμα την αναπαραγωγή. Η φράση «επιβίωση του πιο ισχυρού» είχε ερμηνευθεί ως η επιβίωση του δυνατότερου (θέση που χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την εδραίωση και την νομιμοποίηση του ελεύθερου

ανταγωνισμού) και όχι του ικανού να διαιωνίσει το είδος. Η οπτική αυτή αλλάζει και στον εργασιακό χώρο: ο εργαζόμενος δεν είναι μόνος και δεν μπορεί να πετύχει τίποτα μόνος. Χρειάζονται συγκεκριμένες ικανότητες που προβλέπουν την επαγγελματική επιτυχία σε ένα ποσοστό 67% που σημαίνει ότι είναι πιο σημαντικές από τις τεχνικές γνώσεις και τον δείκτη νοημοσύνης που μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν οι σημαντικότεροι παράγοντες επιτυχίας. Όσοι δεν γίνουν πιο ευφυείς συναισθηματικά, δε θα επιβιώσουν εύκολα στις εποχές που έρχονται!

Για τους γονείς αναφέρει μία διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσουν για να μεγαλώσουν παιδιά συναισθηματικά έξυπνα.

Βήμα 1°: Πρέπει να γνωρίσουν τα αισθήματα των παιδιών τους.

Βήμα 2°: Να τα αναγνωρίσουν και να τα αποδεχτούν όποια και αν είναι αυτά και να τα αξιοποιήσουν ως ευκαιρίες για να τα διδάξουν.

Βήμα 3°: Να ακούν με ενσυναίσθηση αξιολογώντας τα συναισθήματά τους.

Βήμα 4°: Να βοηθούν τα παιδιά να βρίσκουν λέξεις για να χαρακτηρίσουν τα συναισθήματά τους.

Βήμα 5°: Να θέτουν όρια και στρατηγικές για την επίλυση των προβλημάτων τους.

Επίσης στη διαδικασία αυτή τονίζει ότι η γνώση της συναισθηματικής νοημοσύνης, ότι δηλαδή υπάρχει ως έννοια, δε σημαίνει ότι κάποιος είναι κάτοχος συναισθηματικής νοημοσύνης. Η κατανόηση της έννοιας δε μεταφράζεται σε κέρδος στη ΣΝ, όπως συμβαίνει συχνά και σε άλλους τομείς, όπου απλά η γνώση δεν αρκεί. Για παράδειγμα, η χρήση ναρκωτικών συνεχίζεται από πολλά άτομα που γνωρίζουν τις συνέπειες και το ίδιο συμβαίνει και για το ασφαλές σεξ, τη χρήση ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο, την ανάπτυξη υπερβολικής ταχύτητας στο αυτοκίνητο, την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας κ.ά. Για να κερδίσει το παιδί ΣΝ χρειάζεται: Α. εξάσκηση, εξάσκηση, εξάσκηση, Β. για μήνες ή και χρόνια, όχι μέρες.

Στο σημείο αυτό είναι καλό να τονιστεί η διαφορά της ΣΝ από την έννοια της προσωπικότητας. Όταν λέμε ΣΝ εννοούμε σαφώς κάτι πολύ πιο

ευρύ από την προσωπικότητα ενός ατόμου. Η ΣΝ περιλαμβάνει στον ορισμό της πτυχές της προσωπικότητας αλλά όχι μόνο. Αυτό αποκαλύπτεται και εξηγείται από πλήθος μελετών που έχουν γίνει κατά καιρούς για τον καθορισμό των παραγόντων εκείνων που αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη ΔΛΤ. Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των ερευνών επικεντρώνει το ενδιαφέρον του σε παράγοντες προσωπικότητας και έχει καταλήξει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα (Anderluh, 2003). Όμως, η ΣΝ αν και όπως αναφέρθηκε αφορά κάποιες πτυχές της προσωπικότητας, δεν μπορεί να ταυτιστεί με αυτή, αλλά μετρά διαφορετικές και πολύ πιο πολύπλοκες παραμέτρους της ανθρώπινης υπόστασης (Caruso, 2002). Επίσης υπάρχουν μελέτες που σημειώνουν την έλλειψη ανάλογων ερευνών που να αφορούν το πεδίο της ΣΝ (Lam, 2002) αλλά και γενικότερα την έλλειψη ερευνών που ασχολούνται με τον καθορισμό περισσότερο ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου και τρόπους πρόληψης της ασθένειας (Taylor, 2002).

2. ΣΚΟΠΟΣ - ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση των ΔΛΤ αφ' ενός με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως ο αυτοσεβασμός, η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, η κοινωνική υπευθυνότητα (παράγοντες που συναποτελούν το δείκτη συναισθηματικής νοημοσύνης), το άγχος, και αφ' ετέρου με την πρόσληψη μακρο- και μικροθρεπτικών συστατικών, όπως πρόσληψη λιπαρών οξέων, διαιτητικών ινών, βιταμινών του συμπλέγματος Β κ.ά. Ταυτόχρονα σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση ανθρωπομετρικών μετρήσεων, επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και ενασχόλησης με δίαιτες αδυνατίσματος, ώστε να διαπιστωθούν σχέσεις, αν υφίστανται, μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν τάσεις για ΔΛΤ και υγιών ατόμων ή καλύτερα ατόμων που δεν παρουσιάζουν αυτήν την τάση.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Δείγμα

Η συλλογή του δείγματος έγινε αφού ενημερώθηκαν όλα τα τμήματα του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου για την προκείμενη έρευνα. Η ενημέρωση περιελάμβανε 15λεπτη περιγραφή της μελέτης σε ώρα εργαστηριακού μαθήματος, ώστε όλοι οι φοιτητές να είναι παρόντες, καθώς και με αφίσσα στο πίνακα ανακοινώσεων. Στη συνέχεια, δόθηκε προθεσμία 10 ημερών για δηλώσεις συμμετοχής, μετά την λήξη της οποίας συλλέχθηκαν οι δηλώσεις αυτές και κλήθηκαν οι ενδιαφερόμενοι τηλεφωνικά και με ραντεβού να πάρουν μέρος στις τρεις φάσεις της μελέτης, όπως περιγράφεται παρακάτω. Σε πρώτο στάδιο αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο EAT-26, μέσω του οποίου γίνεται διαχωρισμός των φοιτητών σε άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ και σε άτομα που δεν διατρέχουν ανάλογο κίνδυνο. Το δείγμα αποτελείται από 56 άτομα συνολικά, από τα οποία τα 28 παρουσιάζουν τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ, δηλαδή με βαθμολογία στο EAT-26 ≥ 20 , και 28 άτομα φυσιολογικά, δηλαδή με βαθμολογία < 5 , ηλικίας 18-25, ανεξαρτήτου φύλου. Ωστόσο στις δύο ομάδες η αναλογία αντρών και γυναικών είναι η ίδια, δηλαδή 24 γυναίκες και 4 άντρες σε κάθε ομάδα. Οι εθελοντές προέρχονται από το πρώτο και τρίτο έτος και των τριών τμημάτων του πανεπιστημίου, το Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, το Οικιακής Οικονομίας και το Γεωγραφίας και η συμμετοχή τους είναι εθελοντική (Συμφωνητικό Εθελοντικής Συμμετοχής στο Παράρτημα Α', σελ. 118). Συσχετίσεις θα αναζητηθούν μόνο ανάμεσα στο σύνολο του δείγματος (56 άτομα) και ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών (48 άτομα) και όχι ανάμεσα στους φοιτητές των διαφορετικών τμημάτων ή και ανάμεσα στους φοιτητές του ίδιου τμήματος λόγω του μικρού αριθμού των εθελοντών και την αδυναμία υποστήριξης στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων. Ανάλογες μελέτες έχουν ήδη γίνει αλλά μεμονομένες, είτε μεταξύ φοιτητών διαφορετικών ετών του

ίδιου πανεπιστημίου (Reinstein, 1992), είτε διαφορετικών τμημάτων (Mitchell, 1990).

3.2 Ερευνητικά εργαλεία

Πρώτη φάση:

- Συμπλήρωση φυλλαδίου με τα προσωπικά στοιχεία του εθελοντή, όπου εκτός των στοιχείων επικοινωνίας με τον εθελοντή, περιλαμβάνονται τα εξής: μορφωτικό επίπεδο γονεών και έτη σπουδών, ηλικία, φύλο, βάρος και ύψος (κατά τη γνώμη τους-προσωπική, υποκειμενική εκτίμηση), (Παράρτημα Α', σελ. 120).
- Το Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (Eating Attitudes Test ή **EAT-26**) που αναφέρθηκε παραπάνω είναι το πρώτο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για το διαχωρισμό των εθελοντών σε ομάδες, την ομάδα με τα άτομα με τάσεις ΔΛΤ και την ομάδα ελέγχου (Παράρτημα Β', σελ. 122).
- Αξιολογήθηκε ο βαθμός συναισθηματικής νοημοσύνης των εθελοντών με το ερωτηματολόγιο του BarOn, το **BarOn EQ-i** (BarOn, 1997), (Παράρτημα Γ', σελ. 126),
- Αξιολογήθηκε το άγχος-αυτοεκτίμηση με το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της άγχους-αυτοεκτίμησης του Charles D. Spielberger, το ερωτηματολόγιο: State-Trait Anxiety Inventory (**STAI**), (Παράρτημα Γ', σελ. 135).
- Η διαιτητική πρόσληψη των εθελοντών αξιολογήθηκε με τρεις ανακλήσεις 24ώρου, δύο καθημερινές και ένα Σάββατο ή Κυριακή, (Παράρτημα Β', σελ. 123). Στην πρώτη φάση έγινε μία ανάκληση.
- Συμπληρώθηκε μία πρόσθετη σελίδα με επιμέρους ερωτήσεις που αφορούν στη διαιτητική πρόσληψη των εθελοντών, (Παράρτημα Β', σελ. 124)

Δεύτερη φάση:

- Έγινε η δεύτερη ανάκληση.
- Έγινε μέτρηση: 1. ύψους, 2. βάρους, 3. τριών περιφερειών (μέσης, λεκάνης, από όπου προκύπτει ο λόγος WHR, και βραχίονα), και 4. τεσσάρων δερματοπτυχών (δικεφάλου, τρικεφάλου, υποπλάτια, υπερλαγόνια, από όπου θα εκτιμηθεί το ποσοστό σωματικού λίπους).
- Οι εθελοντές συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της φυσικής δραστηριότητας (**Amsterdam Growth Study Questionnaire**), (Παράρτημα Δ', σελ. 138).

Τρίτη φάση:

- Έγινε η τρίτη ανάκληση και παράδοση-επεξήγηση στον κάθε εθελοντή ξεχωριστά των απαντήσεων από τα ψυχομετρικά εργαλεία.

Ακολουθεί περιγραφή κάθε εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης (§ 3.4).

3.3 Τρόπος συλλογής δεδομένων

Πριν την συμπλήρωση των εργαλείων από τους φοιτητές-εθελοντές, έγινε εκπαίδευση των εθελοντών στην όσο το δυνατόν καλύτερη εξοικείωση με τις ποσότητες των τροφίμων χρησιμοποιώντας προπλάσματα τροφίμων, χάρτινα μοντέλα και ειδικά σκεύη. Δόθηκαν όλες οι απαραίτητες οδηγίες για την σωστή συμπλήρωση των ψυχολογικών ερωτηματολογίων και δόθηκε η ευκαιρία σε όλους τους εθελοντές να λύνουν τις απορίες τους ρωτώντας ελεύθερα για το σκοπό της έρευνας και των επιμέρους μετρήσεων. Ασφαλώς βεβαιώθηκαν για το απόρρητο των απαντήσεών τους, καθώς και ενημερώθηκαν στο τέλος της έρευνας για τα γενικά αποτελέσματα. Κάθε εθελοντής είχε τη δυνατότητα, εάν το επιθυμούσε, να μάθει για τα προσωπικά του αποτελέσματα όσον αφορά τη διατροφική αξιολόγηση και τα ψυχολικά τεστ. Για τα τελευταία, έγινε ειδική επεξήγηση στην Τρίτη φάση της μελέτης,

ώστε να κατανοήσει τη σημασία των διάφορων βαθμολογιών που πρόερχονταν από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια.

3.4 Περιγραφή των εργαλείων

3.4.1 Ψυχομετρικά εργαλεία

3.4.1.1 Περιγραφή του ερωτηματολογίου ΣΝ: **BarOn EQ-i**™

Το ερωτηματολόγιο του BarOn άρχισε να κατασκευάζεται το 1980 σαν μια προσπάθεια από τον ίδιο να καθορίσει και να μετρήσει ποσοτικά πλέον αυτό που χαρακτήριζε ως ΣΝ. Η ερευνητική εργασία του έγινε ενώ δούλευε ως κλινικός ψυχολόγος. Τότε ήταν που άρχισε να αναρωτιέται γιατί κάποιοι άνθρωποι καταφέρνουν να κατέχουν μιά καλύτερη συναισθηματική υγεία από άλλους; Γιατί κάποιοι άνθρωποι είναι πιθανότερο να επιτύχουν αργότερα στη ζωή τους; Σύντομα έδωσε στον εαυτό του την απάντηση, ότι τελικά δεν είναι μόνο η γνωσιακή νοημόσυνη που μετράει, αλλά και η συναισθηματική. Άρχισε να παρατηρεί και να σημειώνει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ΣΝ. Σε πρώτη φάση το τεστ ολοκληρώθηκε ανάμεσα στα έτη 1983-1986, κατά τη διάρκεια της διδακτορικής διατριβής του στη Νότια Αφρική. Σε μια δεύτερη φάση το τεστ βελτιώθηκε ανάμεσα στα έτη 1986-1993 στο Ισραήλ. Η τρίτη φάση που είναι και αυτή που διατηρείται μέχρι σήμερα άρχισε το 1994. Στη φάση αυτή, δίνεται η δυνατότητα να αξιολογηθεί η ΣΝ μεμονομένων ατόμων αλλά και μεγαλύτερων δειγμάτων. Πολλές έρευνες διεξάγονται από τότε σε όλο τον κόσμο, όπως στην Αργεντινή, στον Καναδά, στην Ινδία, στην Αγγλία, στην Γερμανία, στη Νιγηρία, στο Μεξικό, στη Σουηδία, στην Αμερική κ.α. Η ικανότητα του ερωτηματολογίου να μετρά αυτό για το οποίο κατασκευάστηκε εξετάζεται σε χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον κόσμο.

Περιλαμβάνει 133 ερωτήσεις και δίνει ένα σετ από 5 πιθανές απαντήσεις σε κάθε ερώτηση, που δίνονται κλιμακωτά από «πολύ σπάνια μου συμβαίνει» έως «πολύ συχνά μου συμβαίνει». Απαιτούνται από 30-40 λεπτά για τη συμπλήρωσή του, αν και δεν υπάρχει περιορισμός στο χρόνο. Είναι προσιτό σε άτομα ηλικίας άνω των 16 ετών. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει: τέσσερα σκορ εγκυρότητας, το ολικό EQ σκορ, πέντε EQ σύνθετα σκορ για τις πέντε μεγάλες κατηγορίες παραγόντων της συναισθηματικής νοημοσύνης και 15 EQ σκορ υποκλίμακας, για τους επιμέρους παράγοντες που απαρτίζουν τις πέντε μεγάλες κατηγορίες.

Με το EQ σκορ μπορεί κανείς να προβλέψει την ικανότητά του για ακαδημαϊκή καριέρα, να αντιμετωπίζει θέματα υγείας, να ελέγχει την επιθετικότητά του στο χώρο της εργασίας, να μην καταφύγει σε απόπειρα αυτοκτονίας ανεξαρτήτως της σοβαρότητας των προβλημάτων και να αναρρώνει από πνευματικές ασθένειες. Επίσης το σκορ βοηθά στο διαχωρισμό συγκεκριμένων ομάδων ατόμων, όπως οι χρόνιοι άνεργοι, οι φυλακισμένοι, οι αλκοολικοί που αντιμετώπισαν ή όχι το πρόβλημά τους κ.ά.

Η σημασία της μέτρησης της ΣΝ είναι τεράστια κατά τον BarOn, ο οποίος τονίζει στη μελέτη του ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες τα παιδιά έχουν γίνει περισσότερο καταθλιπτικά και μοναχικά, παρορμητικά και ανυπάκοα, νευρικά, αγχώδοι και ευερέθιστα, καθώς και με ιδιαίτερη τάση για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής. Οι συχνότερες αιτίες για τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι: οι γονείς αφιερώνουν όλο και λιγότερο χρόνο στα παιδιά τους, όλο και λιγότεροι συγγενείς συνεισφέρουν στην ανατροφή των παιδιών, σε αντίθεση με παλιότερες εποχές που ασχολιόταν η γιαγιά, ο παππούς κ.ά., συχνά δουλεύουν και οι δύο γονείς, τα παιδιά απορροφώνται πολλές ώρες στην τηλεόραση και σε ηλεκτρονικά παιχνίδια και τέλος η εκμάθηση της ΣΝ προϋποθέτει την κοινωνική ζωή, η οποία έχει μειωθεί δραματικά. Παρ'όλα αυτά, όποιον και αν ρωτήσουμε σήμερα θα πει ότι έχει αυξημένη ΣΝ, πριν καν καταλάβει τί εννοούμε με τον όρο αυτό.

Από την αρχή, η προσέγγιση του BarOn ήταν πολυπαραγοντική και προσπαθούσε όσο μπορούσε να αυξήσει το εύρος των παραγόντων που θα

εξέταζε στο ερωτηματολόγιό του. Μελετούσε αρχικά 11 παράγοντες για να καταλήξει τελικά σε 15 μετά από περίπου δύο δεκαετίες. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρθηκαν παραπάνω και δίνονται εδώ συνοπτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3.1 Οι πέντε μεγάλες κατηγορίες παραγόντων που απασχολούν το ερωτηματολόγιο του BarOn και οι επιμέρους παράγοντες κάθε κατηγορίας.

Κατηγορίες Παραγόντων	Επιμέρους Παράγοντες
1. Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	1. Συναισθηματική αυτοεπίγνωση
	2. Κατηγορηματικότητα
	3. Αυτοσεβασμός
	4. Αυτοδιαπίστωση των δυνάμεων
	5. Ανεξαρτησία
2. Διαπροσωπικοί παράγοντες	6. Ενσυναίσθηση
	7. Διαπροσωπικές σχέσεις
	8. Κοινωνική υπευθυνότητα
3. Παρ/ντες προσαρμοστικότητας	9. Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων
	10. Ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων
	11. Ευελιξία
4. Παράγοντες αντιμετώπισης του στρες	12. Αντοχή στο στρες
	13. Έλεγχος της παρορμητικότητας
5. Παράγοντες που αφορούν τη διάθεση	14. Ευτυχία
	15. Αισιοδοξία

Οι παραπάνω παράγοντες κατατάσσονται από τον BarOn και κατά έναν δεύτερο τρόπο, αφού πρώτα διαχωρίζονται σε τρεις, αυτή τη φορά, μεγάλες κατηγορίες παραγόντων: τους **βασικούς (core)**, τους **υποστηρικτικούς (supporting)** και τους **επακόλουθους (resultant)**. Στους βασικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η συναισθηματική αυτοεπίγνωση, η ενσυναϊσθηση, η κατηγορηματικότητα, η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, η ευελιξία και ο έλεγχος της παρορμητικότητας. Στους υποστηρικτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται ο αυτοσεβασμός, η ανεξαρτησία, η κοινωνική υπευθυνότητα, η αισιοδοξία και η αντοχή στο στρες, ενώ στους επακόλουθους παράγοντες η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτοδιαπίστωση δυνάμεων και η ευτυχία, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3.2 Οι τρεις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων, βασικοί, υποστηρικτικοί και επακόλουθοι, που αποτελούν την ΣΝ κατά BarOn.

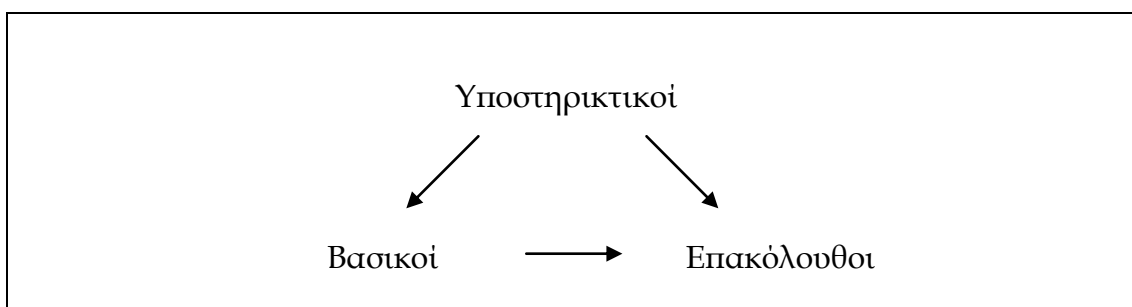
Βασικοί	Υποστηρικτικοί	Επακόλουθοι
<u>1.</u> Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	<u>1.</u> Αυτοσεβασμός	<u>1.</u> Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων
<u>2.</u> Ενσυναϊσθηση	<u>2.</u> Ανεξαρτησία	<u>2.</u> Διαπροσωπικές σχέσεις
<u>3.</u> Κατηγορηματικότητα	<u>3.</u> Κοινωνική υπευθυνότητα	<u>3.</u> Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων
<u>4.</u> Ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων	<u>4.</u> Αισιοδοξία	<u>4.</u> Ευτυχία
<u>5.</u> Ευελιξία	<u>5.</u> Αντοχή στο στρες	
<u>6.</u> Έλεγχος παρορμητικότητας		

Ο BarOn θεωρεί ότι από τους βασικούς παράγοντες, τρεις είναι οι πιο σημαντικοί και αφορούν την συναισθηματική αυτοεπίγνωση (την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα συναισθήματά του και τις διαθέσεις του, να κατανοεί την ύπαρξή τους και να ξέρει τι τα προκάλεσε), την κατηγορηματικότητα (την ικανότητα του ατόμου να εκφράζει αυτά τα συναισθήματα, τα πιστεύω και τις διαθέσεις του, να υποστηρίζει τα δικαιώματά του με σωστό τρόπο χωρίς να ντρέπεται ή να είναι υπέρ του δέοντος προσεκτικός) και τέλος την ενσυναίσθηση (την ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα συναισθήματα των συνανθρώπων του). Επιπρόσθετοι βασικοί παράγοντες αλλά εξίσου σημαντικοί θεωρούνται η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, η ευελιξία και ο έλεγχος της παρορμητικότητας. Η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων είναι η ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί, να ζυγίζει τα αισθήματα, τις σκέψεις και τις ιδέες του εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ αυτού που υποκειμενικά ζει και αυτού που αντικειμενικά υπάρχει στην πραγματικότητα. Με απλά λόγια σημαίνει την ικανότητα να σχηματίζει κανείς άποψη και να υπολογίζει με ακρίβεια τις κινήσεις που απαιτούνται στην παρούσα κατάσταση. Η ευελιξία είναι η ικανότητα να προσαρμόζει κανείς τα αισθήματα, τις σκέψεις και τη συμπεριφορά του στις συνεχώς μεταβαλλόμενες περιστάσεις και καταστάσεις όσο περίεργες, απρόβλεπτες και διαφορετικές και αν είναι από αυτές που συνηθίζει να αντιμετωπίζει. Επίσης τα ευέλικτα άτομα είναι πρόθυμα να αλλάξουν συμπεριφορά αν έχουν μαρτυρίες ότι ο τρόπος τους δεν είναι ιδανικός αλλά λανθάνουν. Είναι γενικά ανοικτά και ανεκτικά σε άλλες ιδέες, μεθόδους και πρακτικές. Τέλος, ο έλεγχος της παρορμητικότητας είναι η ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τα αισθήματά του, τις ορμές τους και τις αυθόρμητες διαθέσεις του. Τα άτομα αυτά είναι σε θέση να αντιστέκονται, να καθυστερούν ή να απορρίπτουν μία ορμή. Κάποιες φορές η ικανότητα αυτή ονομάζεται και αυτορρύθμιση και περιλαμβάνει την ικανότητα του αυτοελέγχου.

Αυτοί οι βασικοί παράγοντες οδηγούν στους επακόλουθους παράγοντες. Όταν διαθέτεις τους πρώτους, σταδιακά προχωράς στους

δεύτερους. Επακόλουθοι παράγοντες είναι η όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων (η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων είναι η ικανότητα του ατόμου να ξεχωρίζει, να καθορίζει και να κατηγοριοποιεί τα προβλήματα, να βρίσκει αποτελεσματικές λύσεις και μεθοδικά και λογικά να επιλέγει την καλύτερη λύση, γεγονός που σημαίνει ότι το άτομο δέχεται να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του και να μην τα αποφεύγει), οι διαπροσωπικές σχέσεις (η ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί και να διατηρεί επικοδομητικές σχέσεις με άλλα άτομα, προσφέροντας και παίρνοντας στοιχεία, χτίζοντας αμοιβαίες φιλικές σχέσεις, νοιώθοντας πάντα άνετα να συναναστρέφεται με αυτά τα άτομα), και η αυτοδιαπίστωση των δυνάμεων (η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τις δυνατότητές του και να πραγματοποιεί επιτυχώς πράγματα που μπορεί, που θέλει και διασκεδάζει να κάνει, να αναγνωρίζει τις καταστάσεις εκείνες που οδηγούν σε μία πλούσια συναισθηματικά και γεμάτη νόημα ζωή ακολουθώντας μία συνεχή διαδικασία που έχει στόχο την αέναη ανάπτυξη του ατόμου, των δυνατοτήτων του και την καλλιέργεια των ταλέντων του και επίμονα προσπαθεί να βελτιώσει τη ζωή του γενικά αντιμετωπίζοντας τη ζωή χωρίς ίχνος ενδοιασμού), που όλα μαζί θα φέρουν την ευτυχία (την ικανότητα του ατόμου να αισθάνεται ευτυχισμένος και ικανοποιημένος με τον εαυτό του και τους άλλους και να απολαμβάνει τη ζωή του). Τα ευτυχισμένα άτομα συχνά αισθάνονται όμορφα τόσο στη δουλειά όσο και στον ελεύθερο χρόνο και απολαμβάνουν κάθε ευκαιρία για να περνάνε καλά. Η ευτυχία αποτελεί έναν βαρομετρικό δείκτη για το γενικό βαθμό ΣΝ ενός ατόμου.

Σχήμα 3.1 Η αλληλεπίδραση βασικών, επακόλουθων και υποστηρικτικών παραγόντων.



Σύμφωνα με την έρευνα του BarOn, οι βασικοί και επακόλουθοι παράγοντες εξαρτώνται από τους υποστηρικτικούς παράγοντες, όπως φαίνεται σχηματικά παραπάνω (σχ.1).

Για παράδειγμα, η συναισθηματική αυτοεπίγνωση εξαρτάται από τον αυτοσεβασμό (που περιλαμβάνει την επίγνωση του εαυτού μας και των αισθημάτων μας καθώς και την ικανότητα να αναγνωρίζουμε, να κατανοούμε και να εκτιμάμε τα συναισθήματά μας, να αποδεχόμαστε την αρνητική ή θετική εικόνα που εκπέμπουμε προς τους άλλους και να κατανοούμε τα όρια και τις δυνατότητές μας που οδηγούν σε υψηλό βαθμό αυτοπεποίθησης και εσωτερικής δύναμης). Η κατηγορηματικότητα εξαρτάται από το θετικό αυτοσεβασμό και την ανεξαρτησία. Οι διαπροσωπικές σχέσεις βασίζονται στον θετικό αυτοσεβασμό και την κοινωνική υπευθυνότητα. Τέλος, επιπρόσθετοι υποστηρικτικοί παράγοντες, όπως η αισιοδοξία και η αντοχή στο στρες, συνδέονται με βασικούς παράγοντες, όπως η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ο έλεγχος της παρορμητικότητας και η ικανότητα αποτελεσματικής επίλυσης προβλημάτων. Η αισιοδοξία ορίζεται ως η ικανότητα να κοιτά κανείς την φωτεινή πλευρά των πραγμάτων και να διατηρεί μία θετική στάση ακόμα και όταν έχει να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις και προβλήματα. Η αισιοδοξία αποτελεί μέτρο για το κατά πόσο ένα άτομο διατηρεί την ελπίδα ότι όλα θα πάνε καλά στο τέλος σε κάθε σκέλος της ζωής. Είναι το αντίθετο της απαισιοδοξίας, η οποία είναι ένα κοινό σύμπτωμα στα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη. Η ανεξαρτησία είναι ένας ακόμα υποστηρικτικός παράγοντας και περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί αυτόνομα αντί να χρειάζεται συνεχώς προστασία και υποστήριξη. Αυτά τα άτομα έχουν αυτοπεποίθηση και εσωτερική δύναμη και την επιθυμία να επιτύχουν τους στόχους τους και να εκπληρώσουν τις προσδοκίες τους χωρίς όμως να γίνουν σκλάβοι των ονείρων. Επιπροσθέτως, η κοινωνική υπευθυνότητα είναι η ικανότητα να παρουσιάζεται το άτομο ως συνεργατικό, με όρεξη για δουλειά και για προσφορά σε κάθε επίπεδο ακόμα και όταν δεν υπάρχει άμεσο προσωπικό όφελος. Το άτομο αυτό αναλαμβάνει ευθύνες για το κοινωνικό σύνολο δίνοντας αξία στην ομάδα στην οποία είναι

μέλος. Τέλος η αντοχή στο στρες είναι η ικανότητα να ξεπερνά κανείς τις στρεσογόνες καταστάσεις χωρίς να γίνεται χίλια κομμάτια, αλλά με θετικές σκέψεις. Εδώ περιλαμβάνεται πολλές φορές η αισιοδοξία, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και η γνώση στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους. Άτομα με καλή αντοχή στο στρες είναι σε θέση να έρθουν πρόσωπο με πρόσωπο με σοβαρά προβλήματα και κρίσεις και να επιβιώσουν, αντί να κυριαρχηθούν από αρνητικά αισθήματα και να αισθανθούν μόνοι, αβοήθητοι και χωρίς ελπίδες. Στον πίνακα 3.3 δίνονται οι επιμέρους παράγοντες της συναισθηματικής νοημοσύνης και οι αριθμοί των ερωτήσεων (από τις συνολικές 133 ερωτήσεις) που αφορούν κάθε παράγοντα ξεχωριστά.

Το EQ-i σκορ είναι ένα άχρηστο νούμερο για τον καθένα, εκτός και αν αυτό συγκριθεί με το αντίστοιχο σκορ του φυσιολογικού γενικού πληθυσμού. Υψηλά EQ-i σκορ δηλώνουν συναισθηματικά έξυπνα άτομα, ενώ χαμηλότερα σκορ δηλώνουν μία ανάγκη για βελτίωση των συναισθηματικών ικανοτήτων σε συγκεκριμένα πεδία. Η μέθοδος βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου είναι παρόμοιος με τον αντίστοιχο τρόπο υπολογισμού του IQ τεστ.

Ένα λειτουργικό, επιτυχημένο και συναισθηματικά υγιές άτομο κατέχει μία επαρκή βαθμολογία στη ΣΝ και μία μέτρια ή άνω του μέσου βαθμολογία στο EQ τεστ. Όσο υψηλότερο είναι το EQ σκορ, τόσο πιο θετική είναι η πρόβλεψή μας για γενική επιτυχία στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και πιέσεις. Από την άλλη πλευρά, η συχνή αποτυχία και η ύπαρξη συναισθηματικών προβλημάτων αποδεικνύουν το μέγεθος της έλλειψης συναισθηματικής νοημοσύνης που ισοδυναμεί με την απόκτηση συγκεκριμένων συστατικών της προσωπικότητας. Το σκορ της συναισθηματικής νοημοσύνης δίνει μια σαφέστερη εικόνα του ατόμου που εξετάζεται, όταν συσχετιστεί με το αντίστοιχο IQ τεστ, δίνοντας ένα γενικό σκορ νοημοσύνης που καθορίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια την πιθανότητα να επιτύχει το άτομο αργότερα στη ζωή του.

Πίνακας 3.3 Οι επιμέρους παράγοντες του BarOn και οι αντίστοιχοι αριθμοί των ερωτήσεων στις οποίες εξετάζονται καθένος ξεχωριστά.

Επιμέρους Παράγοντες	Αριθμοί Ερωτήσεων
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	7, 9, 23, 35, 52, 63, 88, 116,
Κατηγορηματικότητα	22, 37, 67, 82, 96, 111, 126,
Αυτοσεβασμός	11, 24, 40, 56, 70, 85, 100, 114, 129,
Αυτοδιαπίστωση των δυνάμεων	6, 21, 36, 51, 66, 81, 95, 110, 125,
Ανεξαρτησία	3, 19, 32, 48, 92, 107, 121,
Ενσυναίσθηση	18, 44, 55, 61, 72, 98, 119, 124,
Διαπροσωπικές σχέσεις	10, 23, 31, 39, 55, 62, 69, 84, 99, 113, 128,
Κοινωνική υπευθυνότητα	16, 30, 46, 61, 72, 76, 90, 98, 104, 119,
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	1, 15, 29, 45, 60, 75, 89, 118,
Ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων	8, 35, 38, 53, 68, 83, 88, 97, 112, 127,
Ευελιξία	14, 28, 43, 59, 74, 87, 103, 131,
Αντοχή στο στρες	4, 20, 33, 49, 64, 78, 93, 108, 122,
Έλεγχος της παρορμητικότητας	13, 27, 42, 58, 73, 86, 102, 117, 130,
Ευτυχία	2, 17, 31, 47, 62, 77, 91, 105, 120,
Αισιοδοξία	11, 20, 26, 54, 80, 106, 108, 132,
Θετική εντόπωση	5, 34, 50, 65, 79, 94, 109, 123,
Αρνητική εντόπωση	12, 25, 41, 57, 71, 101, 115,

Το ερωτηματολόγιο του BarOn πλεονεκτεί απέναντι σε άλλα όπως για παράδειγμα τα MMPI-2, 16PF, CPI, EPQ, MCMI-III, και PAI, για τους παρακάτω λόγους:

- Υποστηρίζεται από έρευνα 17 ετών

- Έχει εφαρμοστεί σε περίπου 4.000 άτομα στη Βόρεια Αμερική
- Είναι διεθνές και πολυπολιτισμικό με δεδομένα που έχουν αποκτηθεί από Βόρεια και Νότια Αμερική, Ευρώπη, Ασία και Αφρική
- Έχει πολύ καλή στατιστική εγγυρότητα και αξιοπιστία
- Δίνει πολυδιάστατο σκορ (το ολικό σκορ, 5 σκορ για τις 5 μεγάλες κατηγορίες παραγόντων και 15 σκορ για τις υποκατηγορίες)
- 4 μετρήσεις εγγυρότητας
- Διαθέτει συντελεστή διόρθωσης σε περιπτώσεις υπερβολικών αρνητικών ή θετικών απαντήσεων
- Σύντομο και εύκολο στη χρήση
- Κατάλληλο για άτομα άνω των 16 ετών
- Διαθέτει προσαρμοστικότητα σε διάφορους τομείς στους οποίους μπορεί να εφαρμοστεί (για εκπαιδευτικούς, κλινικούς, ιατρικούς, ερευνητικούς και άλλους σκοπούς)
- Είναι το πρώτο εργαλείο μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης
- Επίσης υπάρχει στη διάθεση του ενδιαφερόμενου μια εκτεταμένη γραμμή επικοινωνίας για περαιτέρω πληροφορίες.

3.4.1.2 Περιγραφή του ερωτηματολογίου του άγχους ή αυτοεκτίμησης του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης του άγχους, παρά το γεγονός ότι ο ελληνικός τίτλος του είναι «Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης», και αυτό γιατί, σύμφωνα με τον συγγραφέα, παραπλανείται κατά κάποιο τρόπο ο ερωτώμενος και απαντά με μεγαλύτερη ειλικρίνεια όταν βλέπει ότι πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης σε σχέση με το άγχος. Υπάρχει ένα είδος προκατάληψης για τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης του άγχους.

Συγγραφέας είναι ο Charles D. Spielberger, ο οποίος έχει διατελέσει Πρόεδρος της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, και ξεκίνησε η

δημιουργία το 1960, με πρώτη εκδοσή του το 1964. Το πλήρες όνομα του ερωτηματολογίου είναι State-Trait Anxiety Inventory (STAI) και με τη συμπλήρωσή του προκύπτει ένας δείκτης άγχους. Προορίζεται σε άτομα άνω των 10 ετών, είναι αυτοσυμπληρούμενο και περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις. Οι πρώτες 20 ερωτήσεις ζητούν απαντήσεις για το πώς αισθάνεται ο ερωτώμενος την στιγμή της συμπλήρωσης (state anxiety-μπορεί να κυμαίνεται από μέρα σε μέρα), ενώ οι επόμενες 20 αφορούν συνήθη συναισθήματα (trait anxiety-είναι σταθερό από μέρα σε μέρα). Η διάρκεια συμπλήρωσης κυμαίνεται από 10-20 λεπτά. Έχει μεταφραστεί σε 66 γλώσσες που περιλαμβάνουν τα Ελληνικά, Γαλλικά, Γερμανικά και Ιταλικά, και έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 20.000 δημοσιευμένες μελέτες, στις περισσότερες από τις οποίες αναζητείται σχέση μεταξύ καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου με το άγχος. Η βαθμολογία προκύπτει με ειδικό κλειδί βαθμολόγησης και όσο πιο μεγάλο είναι το σκορ τόσο περισσότερο άγχος υφίσταται.

Έλεγχος αξιοπιστίας έχει γίνει σε δείγματα κοριτσιών και αγοριών, μαθητών λυκείου και κολλεγίου (σύνολο 6.800 ασθενείς). Περιελάμβανε την συμπλήρωση και επανασυμπλήρωση σε διαστήματα που κυμαίνονταν από μία ώρα σε 104 μέρες. Η αξιοπιστία αυξάνεται όσο αυξάνεται και το διάστημα επανασυμπλήρωσης. Το ερωτηματολόγιο συστήνεται για ερευνητικούς σκοπούς.

3.4.2 Διατροφικά εργαλεία

3.4.2.1 Περιγραφή του ερωτηματολογίου διαιτητικών συνηθειών (Eating Attitudes Test, EAT-26)

Το EAT-26 αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιημένα, αξιόπιστα και τυποποιημένα εργαλεία για την αξιολόγηση συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που σχετίζονται με συμπτώματα ΔΛΤ. Είναι ικανό να ξεχωρίσει τα άτομα εκείνα που έχουν αυξημένες τάσεις για εμφάνιση ΔΛΤ και περιλαμβάνει 26 προτάσεις-συμπεριφορές, για τις οποίες

το άτομο καλείται να δηλώσει τη συχνότητα με την οποία του συμβαίνουν ή το απασχολούν μεταξύ έξι πιθανών απαντήσεων (από ποτέ έως πάντα). Οι 26 ερωτήσεις συγκροτούν, πέρα από το συνολικό ερωτηματολόγιο, 3 ξεχωριστές υποκλίμακες (subscales), όπου κάθε πρόταση ανήκει σε μία και μόνο υποκλίμακα, οι οποίες είναι οι εξής: «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting), «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and food preoccupation) και «έλεγχος της πράξης του τρώγειν» (oral control). Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας προκύπτει απλά αθροίζοντας τη βαθμολογία όλων των προτάσεων που την απαρτίζουν. Η υποκλίμακα «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting) περιλαμβάνει συμπεριφορές σχετικές με την αποφυγή «παχυντικών» τροφίμων και την ενασχόληση του ατόμου με το σώμα του, σε μία προσπάθεια να γίνει όλο και πιο αδύνατο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σύντομο και αξιόπιστο υποκατάστατο του γενικού ερωτηματολογίου όπου οι καταστάσεις το απαιτούν, όπως για παράδειγμα ως τμήμα ενός γενικού ερωτηματολογίου για την ανακάλυψη του βάρους. Η υποκλίμακα «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and food preoccupation) περιέχει προτάσεις που υποδηλώνουν έντονο ενδιαφέρον για το φαγητό και τα τρόφιμα καθώς και βουλιμική συμπεριφορά. Όπως και η προηγούμενη υποκλίμακα, σχετίζεται με παραμέτρους εικόνας σώματος, αλλά, αντίθετα με αυτήν, σχετίζεται επίσης και με τις βουλιμικές συμπεριφορές και υψηλότερα σωματικά βάρη. Τέλος, η υποκλίμακα «έλεγχος της πράξης του τρώγειν» (oral control) περιγράφει τον αυτοέλεγχο της πράξης του φαγητού και τις πιέσεις που αντιλαμβάνεται το άτομο από το περιβάλλον του για να πάρει βάρος. Λόγω του ότι αντικατοπτρίζει τις κοινωνικές πιέσεις, υψηλές βαθμολογίες σε αυτήν την υποκλίμακα υποδεικνύουν υψηλή κοινωνική συνείδηση και θετική αντίδραση, παράγοντες που έχει δείχθει ότι σχετίζονται με θετική έκβαση της ασθένειας.

Ολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ίση ή μεγαλύτερη του 20 υποδεικνύει μη φυσιολογική διαιτητική συμπεριφορά, και εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχών λήψης τροφής. Αυτό δεν σημαίνει ότι το EAT-26 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την διάγνωση ΔΛΤ, αλλά αποτελεί αρκετά

αποδοτικό εργαλείο για τον πρωταρχικό εντοπισμό περιπτώσεων με συμπτώματα μη φυσιολογικής διαιτητικής συμπεριφοράς. Άτομα με βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 20 μπορούν εύκολα και γρήγορα να προσδιοριστούν και στη συνέχεια, σε δεύτερο στάδιο, να ακολουθήσει η κλινική εξέταση και συνέντευξη προκειμένου να διαγνωσθεί τελικά η ύπαρξη ΔΛΤ.

Συμπερασματικά, το EAT-26 θα πρέπει να αντιμετωπίζεται περισσότερο ως μέτρο αξιολόγησης της ενασχόλησης με το βάρος και το φαγητό, παρά αποκλειστικά ως εργαλείο για συμπτώματα ΝΑ. Τέτοια προβλήματα ενασχόλησης εμφανίζονται σε αδύναμα, σε παχύσαρκα, σε φυσιολογικού βάρους άτομα, όπως και σε άτομα με ασταθές σωματικό βάρος.

3.4.2.2 ΑΝΑΚΛΗΣΗ 24ώρου

Με την μέθοδο αυτή έγινε καταγραφή με κάθε λεπτομέρεια των τροφίμων που κατανάλωσαν οι εθελοντές τις προηγούμενες εβδομάδες πριν την συνέντευξη. Στο πλαίσιο αυτής της μεθόδου συμπεριλαμβάνεται η λεπτομερής περιγραφή όλων των ποτών και αναψυκτικών που καταναλώθηκαν, οι μέθοδοι μαγειρέματος και οι μάρκες των προϊόντων όπου αυτό ήταν δυνατό. Επίσης σημειώθηκε η πρόσληψη συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων. Ιδιαίτερα χρήσιμα για την όσο πιο αντικειμενική αξιολόγηση των ποσοτήτων των τροφίμων ήταν τα μοντέλα τροφίμων (προπλάσματα και χάρτινα μοντέλα), καθώς και τα ειδικά σκεύη (ποτήρια, φλιτζάνια, κουτ. του γλυκού και της σούπας). Οι ημέρες της εβδομάδας συμπεριλαμβάνονταν με την ίδια αναλογία για όλα τα μέλη του δείγματος, λαμβάνοντας υπόψιν δύο καθημερινές και μία μέρα από το Σαββατοκύριακο. Η μέθοδος ήταν σύντομη (15 λεπτά κάθε ανάκληση) και σχετικά ανέξοδη. Η αξιολόγηση των ανακλήσεων έγινε με τη χρήση του προγράμματος Nutritionist V (First Databank, Version 1.0, USA).

Από τα καταναλισκόμενα τρόφιμα και ποτά που καταγράφηκαν υπολογίστηκαν για κάθε άτομο:

1. η ολική πρόσληψη ενέργειας σε θερμίδες (kcal) ανά ημέρα,
2. τα ποσά σε γραμμάρια (gr) των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων και των λιπών,
3. η ημερήσια πρόσληψη σε γραμμάρια (gr) χοληστερόλης, φυτικών ινών (διαλυτές και αδιάλυτες),
4. η ημερήσια πρόσληψη σε γραμμάρια (gr) κορεσμένων, μονοακόρεστων (ελαϊκό οξύ 18:1) και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (λινολεϊκό οξύ 18:2, λινολενικό οξύ 18:3, EPA 20:5, DHA 22:6),
5. η ημερήσια πρόσληψη των λιποδιαλυτών βιταμινών A, D, E, K,
6. η ημερήσια πρόσληψη των υδατοδιαλυτών βιταμινών B1, B2, B3, B6, B12,
7. η ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου, σιδήρου, μαγνησίου, φωσφόρου, ψευδαργύρου,
8. η ημερήσια πρόσληψη αλκοόλης και καφεΐνης

Στην πρόσθετη σελίδα που συμπληρώθηκε στην πρώτη φάση της μελέτης, οι φοιτητές ρωτήθηκαν αν ακολουθούν κάποια ειδική διαίτα αυτό τον καιρό και αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα. Επίσης ζητήθηκε να περιγράψουν τον τύπο της διαίτας. Ζητήθηκε να σημειώσουν ποιός μαγειρεύει στο σπίτι, ποιός κάνει τις αγορές των τροφίμων, πόσα γεύματα καταναλώνουν την ημέρα, αν καταναλώνουν έτοιμο φαγητό και πόσο συχνά και τέλος αν καταναλώνουν τα γεύματα της ημέρας συνήθως με μέλη της οικογένειας, με φίλους, μόνοι ή με άλλα άτομα.

3.4.3 Ανθρωπομετρικές μετρήσεις και αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας

3.4.3.1 Περιγραφή του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της φυσικής δραστηριότητας

Το ερωτηματολόγιο αυτό βασίζεται στη χρήση των METs για τον υπολογισμό του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας. MET είναι η συντομογραφία της αγγλικής λέξης metabolic και για να υπολογίσει κανείς την ενέργεια που δαπανά σε μία σωματική άσκηση, απαιτείται η γνώση του σωματικού βάρους του εθελοντή για τον υπολογισμό του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας. Ένα MET αντιπροσωπεύει την αναλογία της ενέργειας που καταναλώνεται σε kilojoules (kilocalories) κατά τη διάρκεια μίας άσκησης προς τον μεταβολικό ρυθμό ηρεμίας σε kilojoules (kilocalories). Ο μεταβολικός ρυθμός ηρεμίας άλλοτε υπολογίζεται ή αν αυτό δεν είναι εφικτό, εκτιμάται από το μέγεθος του σώματος. Επομένως τα METs μας δείχνουν το βαθμό κατά τον οποίο μία φυσική δραστηριότητα αυξάνει το μεταβολικό ρυθμό ηρεμίας μας. Συνήθως ο μεταβολικός ρυθμός ηρεμίας υπολογίζεται ως 1 θερμίδα ή 4.2 kJ ανά κιλό βάρους σώματος ανά ώρα ή 3.5 ml O₂ ανά κιλό βάρους σώματος ανά λεπτό. Οι μέθοδοι αξιολόγησης της φυσικής δραστηριότητας που βασίζονται στα METs είναι αρκετά δημοφιλείς και χρήσιμες.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη του Άμστερνταμ (Amsterdam Growth Study) προέρχεται από τους Verschuur και Kemper (1987). Η περίοδος που καλύπτεται από το ερωτηματολόγιο αφορά τους τελευταίους τρεις μήνες. Δραστηριότητες με MET χαμηλότερο από 4 (πολύ ελαφριές) δε λαμβάνονται υπόψιν στον υπολογισμό της βαθμολογίας (score) και άρα δεν καταγράφονται στη συνέντευξη. Οι υπόλοιπες δραστηριότητες κατηγοριοποιούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, ελαφριές, μέτριες και βαριές. Με τη συνέντευξη λαμβάνονται πληροφορίες για τη μέση φυσική δραστηριότητα του ερωτώμενου σε περίοδο μίας εβδομάδας. Συμπληρώνονται όλες οι δραστηριότητες άνω των 4 MET, διάρκειας

μεγαλύτερης των πέντε λεπτών που ανήκουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, εκείνες τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία ή το σχολείο του εθελοντή (π.χ. μεταφορά από και προς το σχολείο, παρακολούθηση μαθημάτων, ανέβασμα σκάλας, πδήλατο, περπάτημα στη δουλειά), οργανωμένες δραστηριότητες (π.χ. σε αθλητικά κέντρα) και μη οργανωμένες δραστηριότητες (π.χ. κηπουρική, οικιακές δουλειές, εθελοντική εργασία). Η τελική βαθμολογία προκύπτει από τα συνολικά METs ανά βδομάδα, πολλαπλασιάζοντας τη συνολική διάρκεια που αφιέρωσε ο εθελοντής για κάθε κατηγορία ασκήσεων επί ένα αντίστοιχο MET για κάθε κατηγορία (για την ελαφριά κατηγορία 5.5, για την μέτρια 8.5 και για την βαριά 11.5). Οι βαθμολογίες από τις τρεις κατηγορίες αθροίζονται και προκύπτει η συνολική βαθμολογία των METs ανά βδομάδα.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη βασίζεται στην μελέτη «Amsterdam Growth Study» και έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Συμπληρώνεται με συνέντευξη του ερωτώμενου (δεν είναι αυτοσυμπληρούμενο). Παράλληλα, έχει πιστοποιηθεί η εγκυρότητά του από το πολλαπλό και επιμήκες ερωτηματολόγιο που αναφέρθηκε παραπάνω στο οποίο οι δραστηριότητες μετρώνται ως το σύνολο των μονάδων των δραστηριοτήτων σε METs ανά εβδομάδα. Οι αναφερόμενες δραστηριότητες κατηγοριοποιήθηκαν και εδώ σε 4 ομάδες με βάση την συνολική ένταση και σε υποκατηγορίες σύμφωνα με την επίδρασή τους στην οστική πυκνότητα, που θα χρησιμοποιηθούν ως πηγή αναφοράς για την καταγραφή δραστηριοτήτων από τους εθελοντές. Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε κατάλληλα, ώστε να προσαρμοστεί με τον υπο εξέταση πληθυσμό. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 2) φαίνεται η κατάταξη των δραστηριοτήτων στις 3 κατηγορίες κατά Verschuur και Kemper (ελαφριά, μέτρια και βαριά), καθώς και δίνονται παραδείγματα δραστηριοτήτων που δεν λαμβάνονται υπόψιν (κατηγορία 4^η: πολύ ελαφριά).

Πίνακας 3.4 Κατηγοριοποίηση της εργασίας, άσκησης, δραστηριοτήτων αναψυχής σε 4 ομάδες με βάση την μέση συχνότητά τους στο καρδιαγγειακό σύστημα και σε υποομάδες σύμφωνα με την επίδρασή τους στην οστική πυκνότητα.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ > 30 λεπτά	
A1	Ελαφριές οικιακές εργασίες όπως: πλύσιμο πιάτων, καθαρισμός δαπέδων, μαγείρεμα
A2	-----
A3	Ορθοστασία-κάθισμα, Μπιλιάρδο, Σκοποβολή, Παίξιμο χαρτιών, Γκολφ, Ζωγραφική, Στόχευση με βέλη, Κρίκετ, Γιόγκα, Σκάκι, Ψάρεμα, Μπόουλινγκ, Ιστιοπλοία
B1	Μέσης έντασης δραστηριότητες αναψυχής όπως: Κηπουρική, Μεταφορά γλαστρών, Ξήσιμο και καθαρισμός δαπέδων, Μεταφορά αντικειμένων, Εργασίες με χρήση σφυριού, Σκάψιμο
B2	Σκι βουνού, θαλάσσιο σκι, Πετοσφαίριση, Μπαλέτο, Χωρός, Καλλιτεχνικό πατινάζ, Αεροβική (μέτρια ένταση), Πινγκ πόνγκ, Μπάντμιντον, Μπόντμπλιντινγκ και άσκηση με βάρη
B3	Ποδηλασία (για ευχαρίστηση), Κωπηλασία, Ιππασία, Κανό, Περπάτημα, Πατινάζ, Ιστιοσανίδα, Ξιφασκία
Γ1	Αγροτικές και οικοδομικές εργασίες και γενικά βαριές χειρωνακτικές εργασίες
Γ2	Αντισφαίριση, Ποδόσφαιρο, Χειροσφαίριση, Ανέβασμα σε βουνό-σκαλοπάτια, Στίβος, Ρακέτες, Ορειβασία, Αεροβική με στέπ, Πολεμικές τέχνες, Τρέξιμο, Αεροβική έντονη με βάρη, Αμερικάνικο ποδόσφαιρο, Σκουός, Καλαθοσφαίριση, Αγωνιστικό τρέξιμο
Γ3	Κολύμπι, Πόλο, Ιστιοπλοία, Κατάδυση με εξοπλισμό, Ποδηλασία σε βουνό, Κανό, Κωπηλασία
Δ1	-----
Δ2	Όλες οι δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στη κατηγορία Γ2 αλλά αφορούν αγωνιστική συμμετοχή (επαγγελματική) ή αγώνα
Δ3	Αγωνιστική ποδηλασία και όλες οι δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στη κατηγορία Γ3 αλλά αφορούν αγωνιστική συμμετοχή (επαγγελματική) ή αγώνα

A: χαμηλής έντασης για το καρδιαγγειακό σύστημα (<4 METs)

A1: χειρωνακτική εργασία χωρίς επίδραση στην οστική πυκνότητα

A2: χειρωνακτική εργασία με μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

A3: δραστηριότητα αναψυχής χωρίς ή με ελάχιστη επίδραση στην οστική πυκνότητα

B: μέτριας έντασης για το καρδιαγγειακό σύστημα (4-7 METs)

B1: χειρωνακτική εργασία μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

B2: δραστηριότητα αναψυχής με μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

B3: δραστηριότητα αναψυχής χωρίς ή με ελάχιστη επίδραση στην οστική πυκνότητα

Γ: υψηλής έντασης για το καρδιαγγειακό σύστημα (7-10 METs)

Γ1: χειρωνακτική εργασία με μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

Γ2: δραστηριότητα αναψυχής με μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

Γ3: δραστηριότητα αναψυχής χωρίς ή με ελάχιστη επίδραση στην οστική πυκνότητα

Δ: πολύ υψηλής έντασης για το καρδιαγγειακό σύστημα (≥10 METs)

Δ1: χειρωνακτική εργασία με μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

Δ2: δραστηριότητα αναψυχής με μέτρια έως υψηλή επίδραση στην οστική πυκνότητα

Δ3: δραστηριότητα αναψυχής χωρίς ή με ελάχιστη επίδραση στην οστική πυκνότητα

3.4.3.2 Ανθρωπομετρικές μετρήσεις (ύψος-βάρος-περιφέρειες-δερματοπτυχές)

Μέτρηση ύψους: Οι ενήλικες γενικά μετρούνται σε όρθια στάση. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ζυγαριά με δίσκο (platform scale) με μετακινήσιμες βέργες μέτρησης του αναστήματος. Ο ρουχισμός είναι ο ελάχιστος δυνατός έτσι ώστε το ανάστημα να διακρίνεται καθαρά. Δεν φοριούνται τα παπούτσια και οι κάλτσες. Κατά τη μέτρηση του ύψους, το άτομο στέκεται ίσια με το κεφάλι μπροστά να τοποθετείται έτσι ώστε το Frankfurt plane να είναι οριζόντιο, τα πόδια ενωμένα, τα γόνατα ευθεία και οι φτέρνες, τα οπίσθια και η ωμοπλάτη σε επαφή με την κάθετη επιφάνεια του stadiometer. Οι ώμοι πρέπει να κρέμονται χαλαρά στις πλευρές με τις παλάμες να «βλέπουν» προς τους μηρούς. Το κεφάλι δεν είναι αναγκαίο να εφάπτεται στην κάθετη επιφάνεια. Για τα νεαρότερα άτομα, είναι αναγκαίο να κρατούνται οι φτέρνες ώστε να εξασφαλίζεται ότι δεν εγκαταλείπουν το έδαφος. Μερικοί ερευνητές συνιστούν την εφαρμογή ελαφράς πίεσης από πάνω προς τα κάτω στην μαστοειδή απόφυση για να εκταθεί η ράχη και να ελαχιστοποιηθούν οι επιδράσεις που προκαλούνται από την ημερήσια διακύμανση. Ζητείται τα άτομα να πάρουν μια βαθιά ανάσα και να σταθούν όρθια για να εκταθεί η σπονδυλική στήλη. Οι ώμοι πρέπει να είναι χαλαροί. Το κινητό headboard χαμηλώνει ελαφρά μέχρι να αγγίξει την κορυφή του κεφαλιού. Η μέτρηση του ύψους παίρνεται στη μέγιστη «έμπνευση» (inspiration), με το επίπεδο των ματιών του εξεταστή με το headboard για να αποφευχθούν σφάλματα παράλλαξης (parallax errors). Το ύψος μετράται στο πλησιέστερο mm. Αν η μέτρηση βρίσκεται μεταξύ δύο τιμών, καταγράφεται πάντα η χαμηλότερη. Οι επιτυχημένες μετρήσεις πρέπει να βρίσκονται μεταξύ 5 mm. Πρέπει να καταγράφεται η ώρα που παίρνεται η μέτρηση λόγω της ημερήσιας διακύμανσης του ύψους. Στις περιπτώσεις όπου μεγάλη ποσότητα λιπώδους ιστού εμποδίζει τις φτέρνες, τα οπίσθια και τους ώμους να εφάπτονται στον τοίχο ταυτόχρονα, πρέπει απλώς να ζητείται στα άτομα να μένουν όρθια.

Μέτρηση βάρους: Η μέτρηση του βάρους σε ενήλικες είναι προτιμότερο να γίνεται κατά το άδειασμα της ουροδόχου κύστης και πριν το γεύμα. Χρησιμοποιείται μία δοκός ισορροπίας με μη αποσπώμενα ζύγια (μάρκα.....). Η ζυγαριά τοποθετείται σε μία αυστηρά επίπεδη επιφάνεια και καλιμπράρεται πριν την μέτρηση. Το άτομο στέκεται χωρίς βοήθεια στο κέντρο της πλατφόρμας, κοιτάει ίσια μπροστά και στέκεται χαλαρό αλλά ακίνητο, κατά προτίμηση γυμνό ή όταν αυτό δεν είναι εφικτό, το άτομο φοράει ελαφριά εσώρουχα και/ή ποδιά εξέτασης. Το βάρος των ρούχων πρέπει να καταγράφεται για την επερχόμενη αφαίρεση. Οι τυπικές διορθώσεις για τον ρουχισμό δεν χρησιμοποιούνται. Το βάρος του σώματος καταγράφεται στο πλησιέστερο 0.1kg. Και πάλι, πρέπει να καταγράφεται η ώρα στην οποία γίνεται η μέτρηση επειδή υπάρχουν ημερήσιες διακυμάνσεις στο βάρος. Η ζυγαριά καλιμπράρεται με ένα σύστημα ζυγίων τακτικά κατά τη διάρκεια του έτους και όποτε μετακινείται σε άλλη τοποθεσία.

Από την μέτρηση του ύψους και του βάρους προκύπτει ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) με έναν απλό υπολογισμό σύμφωνα με τον τύπο:

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$$

Μέτρηση περιφερειών: Όταν χρειάζονται επιπρόσθετες πληροφορίες για την αξιολόγηση της πραγματικής σύστασης σώματος των εθελοντών, μπορεί κανείς να προβεί σε ανθρωπομετρικές μετρήσεις όπως αυτές των περιφερειών του σώματος, περιφέρεια μέσης, περιφέρεια λεκάνης και περιφέρεια αριστερού βραχίονα. Υπολογίζοντας περιφέρεια μέσης και περιφέρεια λεκάνης προκύπτει μία σημαντική μέτρηση που είναι η αναλογία μέσης προς λεκάνη (waist-to-hip ratio, WHR), που διαφοροποιείται ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες. $\text{WHR} > 1.0$ ή μεγαλύτερο στους άντρες και $\text{WHR} > 0.8$ ή μεγαλύτερο στις γυναίκες είναι ενδεικτικό παχυσαρκίας και επομένως αυξημένου κινδύνου για νοσήματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Οι περιφέρειες μετρώνται με πλαστική ή σιδερένια μεζούρα. Η πλαστική μεζούρα ανανεώνεται συχνά γιατί λόγω χρήσης αλλοιώνεται το μήκος της και οδηγεί σε εσφαλμένες μετρήσεις. Αυτό δεν ισχύει για τις μεταλλικές μεζούρες.

Συχνά υπάρχει πρόβλημα στον εντοπισμό του σημείου που πρέπει να γίνει η μέτρηση της περιφέρειας μέσης, αλλά αυτό λύνεται μετρώντας την στενότερη περιοχή. Συνήθως συμπίπτει η περιοχή που μετράται να περνά σαν μία νοητή γραμμή από τον αφαλό του εθελοντή. Η περιφέρεια λεκάνης μετράται στην μεγαλύτερη περιοχή μεταξύ μέσης και γονάτων (στο επίπεδο των γλουτών). Η περιφέρεια μέσου αριστερού βραχίονα (mid-upper arm circumference, MAC) μετράται στη μισή απόσταση μεταξύ ακρώμιου οστού της ωμοπλάτης και την εσωτερική κορυφή του αγκώνα. Οι μετρήσεις των περιφερειών αυτών έγιναν με την χρήση απλής ελαστικής μετροταινίας.

Μέτρηση δερματοπτυχών: Διαφορές στο μέγεθος του σκελετού και την αναλογία άλιπης μάζας σώματος συνεισφέρουν σε διακυμάνσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου ύψους. Για παράδειγμα, οι μυώδεις αθλητές μπορούν να χαρακτηριστούν υπέρβαροι λόγω της αυξημένης μυικής μάζας αντί για λιπώδη ιστό. Οι δερματοπτυχές είναι μια μέθοδος υπολογισμού και αξιολόγησης του ποσοστού λιπώδους μάζας στο σώμα. Είναι πρακτική μέθοδος, γι' αυτό κρίνεται ως κατάλληλη μέθοδος για κλινικές μετρήσεις, επειδή μπορούν να εφαρμοστούν με μεγάλη ευκολία και χαμηλό κόστος. Η ακρίβεια της μέτρησης δερματοπτυχών εξαρτάται από τις δεξιότητες του εξεταστή. Όταν ο εξεταστής δεν είναι εκπαιδευμένος, θα κάνει σημαντικό σφάλμα κατά την μέτρηση, το οποίο θα οδηγήσει σε ανακριβή εκτίμηση της σύστασης σώματος του εθελοντή. Οι δερματοπτυχές που έχουν μεγαλύτερη αξία διότι απεικονίζουν καλύτερα την πραγματική σύσταση σώματος, είναι τέσσερις, δερματοπτυχή τρικεφάλου (triceps), δικεφάλου (biceps), υποπλάτια (subscapular skinfold) και υπερλαγόνια πτυχή (waist skinfold). Η δερματοπτυχή τρικεφάλου και η υποπλάτιος είναι αυτές που χρησιμοποιούνται ακόμα πιο συχνά λόγω της πληρότητας των μεθόδων αξιολόγησής τους. Οι δερματοπτυχές τρικεφάλου και δικεφάλου μετρώνται ως εξής: με μεζούρα μετράται κάθετα στο πίσω μέρος του βραχίονα η απόσταση μεταξύ του κατώτερου ορίου του ακρώμιου οστού και του ωλέκranου (εσωτερικής κορυφής του αγκώνα), ενώ το χέρι σχηματίζει ορθή

γωνία. Με ένα στηλό σημειώνεται το σημείο αυτό και στη συνέχεια ο εξεταστής ανασηκώνει το δέρμα κατά 1 εκ. άνω του μέσου και κρατά με το ένα χέρι του την δερματοπτυχή και με το άλλο χέρι το δερματοπτυχόμετρο, οπότε κάνει την μέτρηση προσέχοντας να περιλαμβάνεται όλη η δερματοπτυχή αφήνοντας απέξω τον μυϊκό ιστό, ενώ το χέρι αφήνεται ελεύθερο να πέσει. Το δέρμα απομονώνεται από τον υποκείμενο μυ και σε χρονικό διάστημα 2 sec πρέπει να γίνει ανάγνωση της ένδειξης του οργάνου. Για επιβεβαίωση της επιτυχούς μέτρησης, μπορεί ο εξεταστής να ρωτήσει τον εθελοντή αν πονά, γεγονός που σημαίνει ότι στο δερματοπτυχόμετρο συμπεριλαμβάνεται μυϊκός ιστός. Ο εθελοντής δεν πρέπει να πονά κατά την λήψη των δερματοπτυχών. Ο εξεταστής δεν ξχνά να κάνει την μέτρηση κρατώντας πάντα με το ένα χέρι του την δερματοπτυχή και να μην αφήνει ποτέ μόνο το δερματοπτυχόμετρο στο χέρι του εθελοντή. Με ανάλογο τρόπο γίνεται η μέτρηση της δερματοπτυχής δικεφάλου. Η υποπλάτιος δερματοπτυχή μετράται δύο εκατοστά κάτω από την έσω γωνία του οστού της ωμοπλάτης σε μία νοητή διαγώνια γραμμή (45° με το οριζόντιο ή/και κάθετο επίπεδο), ενώ η υπερλαγόνιος πτυχή μετράται με απομόνωση μίας διαγώνιας πτυχής και σύμφωνα με την φορά του δέρματος, στο χώρο μόλις άνω της λαγόνιας ακρολοφίας στη γραμμή του μέσου άξονα (και πάλι σε μία νοητή διαγώνια γραμμή). Το δερματοπτυχόμετρο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Lafayette skinfold caliper. Οι μετρήσεις έγιναν στην δεξιά πλευρά του σώματος (δεξιός βραχίονας). Είναι καλό ο εξεταστής να παίρνει τρεις μετρήσεις και να υπολογίζεται ο μέσος όρος. Στη μελέτη όλες οι μετρήσεις έγιναν σε όρθια θέση και επαναλήφθηκαν σε κάθε περίπτωση με επιτρεπόμενη απόκλιση μεταξύ τους έως 1 mm (τρεις συνολικά τιμές για κάθε δερματοπτυχή, από τις οποίες θα υπολογιστεί μέσος όρος). Μία μέτρηση είναι έγκυρη όταν το δερματοπτυχόμετρο δείχνει μία σταθερή ένδειξη

Ο υπολογισμός του ποσοστού σωματικού λίπους έγινε σύμφωνα με ειδικούς πίνακες (Krause, 2000) των Durnin JVGA και Wormersley J., από το άθροισμα των τεσσάρων δερματικών πτυχών, δικεφάλου, τρικεφάλου, υποπλάτιας και υπερλαγόνιας.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πενήντα έξι (56) στο σύνολο άτομα ολοκλήρωσαν το πρωτόκολλο της μελέτης, 28 άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ και 28 άτομα στην ομάδα ελέγχου. Από τα 56 άτομα, 48 ήταν κορίτσια, 24 με EAT-26>20 και 24 με EAT-26<5, και 8 αγόρια, 4 με EAT-26>20 και 4 με EAT-26<5 (Πίνακας 4.1). Τα δεδομένα από τις μετρήσεις είναι πλήρη. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Πίνακας 4.1 Αναλυτική περιγραφή του δείγματος.

ΚΟΡΙΤΣΙΑ		ΑΓΟΡΙΑ	
Πειραματική	Ομάδα ελέγχου	Πειραματική	Ομάδα ελέγχου
EAT-26>20	EAT-26<5	EAT-26>20	EAT-26<5
24	24	4	4

4.1 ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 4.2) φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των δύο ομάδων, της ομάδας ελέγχου (EAT-26<5) και της πειραματικής ομάδας (EAT-26>20) για τη βαθμολογία στο EAT-26, τον ΔΜΣ, το ύψος και το βάρος (Αντικειμενικά, από μέτρηση), ύψος και βάρος (Υποκειμενικά, ότι είπαν οι ίδιοι), τις τέσσερις δερματοπτυχές (δικεφάλου, τρικεφάλου, υποπλάτια, υπερλαγόνια), το ποσοστό σωματικού λίπους, τις τρεις περιφέρειες (περιφέρεια μέσης, λεκάνης και βραχίονα) και το λόγο περιφέρειας μέσης προς λεκάνης (WHR).

Για να ελέγξουμε αν οι δύο ομάδες διαφέρουν ως προς τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται παραπάνω συγκρίναμε τους μέσους όρους των μετρήσεων χρησιμοποιώντας την ανάλυση Mann-Whitney Test [Nonparametric Tests (2 independent samples)] λόγω του

μικρού δείγματος (<30 άτομα σε κάθε ομάδα). Στον πίνακα 4.2 δίνεται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στη μελέτη, και στους δύο πίνακες που ακολουθούν δίνονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ανά φύλο (για κορίτσια και για αγόρια ξεχωριστά).

Η ανάλυση έδειξε ότι μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0.05$) για όλες τις παραμέτρους που αξιολογήθηκαν, τόσο επί του συνόλου του δείγματος, όσο και για κάθε φύλο ξεχωριστά. Εφόσον το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι σε κάθε περίπτωση μεγαλύτερο του επιπέδου που έχουμε ορίσει, αυτό σημαίνει ότι η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι σημαντική και τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά μπορούν να θεωρηθούν πρακτικά ίδια.

Πίνακας 4.2 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ανεξαρτήτου φύλου.

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		P
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	
EAT-26	26.54	6.44	3.32	1.59	0.000**
BMI	22.40	3.00	22.22	2.72	0.533
Ύψος σε cm (Α)	167.48	7.54	164.42	6.94	0.182
Βάρος σε kg (Α)	62.89	9.82	60.32	10.17	0.213
Ύψος σε cm (Υ)	168.93	7.12	166.14	7.04	0.231
Βάρος σε kg (Υ)	62.29	9.67	59.98	9.95	0.278
Δερμ/χή δικεφάλου	10.35	6.47	10.31	4.45	0.670
Δερμ/χή τρικεφάλ.	20.69	8.68	20.74	5.76	0.768
Υποπλάτια δερμ/χή	14.88	6.56	15.00	4.07	0.317
Υπερλαγ. δερμ/χή	13.18	6.05	14.61	4.77	0.302
% ποσοστό λίπους	26.76	6.70	27.55	4.65	0.611
Περιφέρεια μέσης	74.22	6.78	75.41	8.18	0.825
Περιφέρεια λεκάνης	97.98	8.19	94.93	8.56	0.167
WHR	0.76	0.05	0.80	0.11	0.148
Περιφ. βραχίονα	27.21	2.97	26.86	3.34	0.353

Πίνακας 4.3 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ανά φύλο (για τα κορίτσια και τα αγόρια ξεχωριστά).

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ				P
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	
EAT-26	25.46	5.00	3.50	1.62	0.000**
BMI	22.33	3.10	21.72	2.43	0.208
Ύψος σε cm (Α)	165.41	5.22	163.23	6.41	0.220
Βάρος σε kg (Α)	61.10	9.05	58.03	8.64	0.127
Ύψος σε cm (Υ)	167.04	5.03	165.04	6.80	0.288
Βάρος σε kg (Υ)	60.39	8.74	57.63	8.27	0.175
Δερμ/χή δικεφάλου	11.15	6.59	10.27	3.36	0.951
Δερμ/χή τρικεφάλ.	22.30	8.24	21.07	5.08	0.628
Υποπλάτια δερμ/χή	15.07	6.69	14.79	3.74	0.433
Υπερλαγ. δερμ/χή	13.89	5.78	14.78	4.69	0.483
% ποσοστό λίπους	28.69	4.66	28.78	3.08	0.756
Περιφέρεια μέσης	73.47	6.81	74.09	7.57	1.000
Περιφέρεια λεκάνης	98.20	8.48	94.58	9.05	0.090
WHR	0.75	0.05	0.79	0.12	0.148
Περιφ. βραχίονα	26.75	2.69	26.06	2.44	0.254
ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	ΑΓΟΡΙΑ				P
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	
EAT-26	33.00	10.80	2.25	0.96	0.020*
BMI	22.81	2.67	25.19	2.76	0.149
Ύψος σε cm (Α)	179.88	8.00	171.58	6.22	0.191
Βάρος σε kg (Α)	73.63	7.85	74.08	7.96	0.885
Ύψος σε cm (Υ)	180.25	7.89	172.75	4.79	0.081
Βάρος σε kg (Υ)	73.63	7.49	74.13	7.47	0.885
Δερμ/χή δικεφάλου	5.58	2.87	10.55	9.57	0.309
Δερμ/χή τρικεφάλ.	11.00	3.53	18.75	9.70	0.309
Υποπλάτια δερμ/χή	13.75	6.52	16.25	6.29	0.468
Υπερλαγ. δερμ/χή	8.93	6.69	13.52	5.80	0.191
% ποσοστό λίπους	15.23	5.56	20.15	6.05	0.375
Περιφέρεια μέσης	78.75	5.20	83.38	8.08	0.309
Περιφέρεια λεκάνης	96.65	7.09	97.00	5.23	0.767
WHR	0.82	0.03	0.86	0.53	0.191
Περιφ. βραχίονα	29.9	3.59	31.63	4.40	0.465

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

4.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των δύο ομάδων, ανάλογα με τη βαθμολογία στο EAT-26, των εξής παραγόντων: ενέργεια, πρωτεΐνη, υδατάνθρακες, λίπος, μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (ελαϊκό οξύ), πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (λινολεϊκό οξύ, λινολενικό οξύ, EPA, DHA), κορεσμένα λιπαρά οξέα, χοληστερόλη, φυτικές ίνες (διαλυτές και αδιάλυτες ίνες), λιποδιαλυτές βιταμίνες A, D, E, K και υδατοδιαλυτές B1, B2, B3, B6, B12, ασβέστιο, σίδηρος, μαγνήσιο, φωσφόρος, ψευδάργυρος, αλκοόλη και καφεΐνη.

Στη συνέχεια εφαρμόσαμε την ανάλυση Mann-Whitney Test [Nonparametric Tests (2 independent samples)] στα δεδομένα που συλλέχθηκαν με τη μέθοδο των τριών ανακλήσεων, για την αξιολόγησή τους και τον περαιτέρω έλεγχο των σχέσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες. Στον πίνακα 4.4 δίνονται τα αποτελέσματα με τα θρεπτικά συστατικά στο σύνολο του δείγματος ανεξαρτήτου φύλου και στους πίνακες 4.5 και 4.6 δίνονται τα αποτελέσματα ανά φύλο, για τα κορίτσια και τα αγόρια αντίστοιχα.

Παρατηρεί κανείς από τον πίνακα 4.4 ότι τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα DHA και EPA διαφέρουν σημαντικά στις δύο ομάδες σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.015 και 0.019 αντίστοιχα, άρα $P < 0.05$. Το ίδιο συμβαίνει και για την συνολική ενεργειακή πρόσληψη (0.027), τις αδιάλυτες φυτικές ίνες (0.032) και το συνολικό λίπος (0.047) με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $P < 0.05$. Για τις υπόλοιπες παραμέτρους το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έχουμε ορίσει και αυτό σημαίνει ότι η διαφορά του μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι σημαντική και μπορούν να θεωρηθούν πρακτικά ίδιοι. Από τον πίνακα 4.5 που αφορά τα διατροφικά χαρακτηριστικά μόνο των κοριτσιών παρατηρεί κανείς ότι οι παράμετροι που διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων είναι η συνολική ενεργειακή πρόσληψη (0.007), οι συνολικοί υδατάνθρακες (0.041), το συνολικό λίπος (0.015), τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (0.048) και οι αδιάλυτες φυτικές ίνες (0.032). Ενώ από τον πίνακα 4.6 που

αφορά τα διατροφικά χαρακτηριστικά μόνο των αγοριών, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται μόνο στην πρόσληψη των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων DHA και EPA (0.042 και 0.021 αντίστοιχα).

Πίνακας 4.4 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των διατροφικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ανεξαρτήτου φύλου.

ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		P
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	
Ενέργεια (kcal)	1665.38	511.24	1944.98	499.06	0.027*
Πρωτεΐνη (gr)	65.43	23.40	71.65	16.59	0.136
Υδατάνθρακες (gr)	214.21	88.26	241.91	64.74	0.174
Λίπος (gr)	62.81	26.53	77.01	26.56	0.047*
Μονοακόρεστα Λιπαρά Οξέα	23.69	12.58	29.62	14.28	0.085
Ελαϊκό Οξύ (gr)	18.11	12.55	22.47	13.11	0.195
Πολυακόρεστα Λιπαρά Οξέα	9.72	6.05	11.65	6.60	0.213
Λινολεϊκό Οξύ (gr)	6.17	4.29	6.96	4.04	0.258
Λινολενικό Οξύ (gr)	0.72	0.57	0.85	0.55	0.302
EPA (gr)	0.00	0.01	0.03	0.06	0.019*
DHA (gr)	0.01	0.02	0.07	0.12	0.015*
Κορεσμένα Λιπαρά Οξέα (gr)	20.82	9.35	23.13	9.08	0.302
Χοληστερόλη (mgr)	172.69	119.31	170.74	105.83	0.718
Φυτικές ίνες (gr)	18.95	10.43	17.81	8.92	0.935
Διαλυτές ίνες (gr)	0.66	0.71	0.32	0.28	0.093
Αδιάλυτες ίνες (gr)	4.94	5.95	2.10	1.42	0.032*
Vit. A (IU)	4,649.63	4,670.86	4,261.38	3,741.41	0.961
Vit. D (IU)	120.47	103.17	126.03	82.43	0.577
Vit. E (IU)	9.08	4.98	9.29	6.11	0.974
Vit.K (mgr)	75.32	111.13	48.05	57.88	0.682
Vit. B1 (mgr)	1.49	0.64	1.75	1.18	0.255
Vit. B2 (mgr)	1.80	0.86	1.73	0.56	0.961
Vit. B3 (mgr)	16.44	7.15	17.74	6.45	0.265
Vit. B6 (mgr)	1.40	0.65	1.38	0.51	0.682
Vit. B12 (mgr)	3.32	2.52	2.91	1.45	0.600
Ασβέστιο (mgr)	925.17	443.04	898.06	370.27	0.793
Σίδηρος (mgr)	14.18	7.57	12.89	3.85	0.948
Μαγνήσιο (mgr)	253.22	107.96	252.78	69.18	0.451
Φωσφόρος (mgr)	1,119.57	153.08	1,174.94	387.95	0.376
Ψευδάργυρος (mgr)	8.27	4.24	8.10	2.79	0.502
Αλκοόλη (gr)	3.69	7.54	4.17	7.61	0.369
Καφεΐνη (mgr)	62.13	61.65	63.48	72.55	0.928

* $p < 0.05$

Πίνακας 4.5 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των διατροφικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας για τα κορίτσια.

ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ				P
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	
Ενέργεια (kcal)	1520.06	346.29	1888.83	473.48	0.007**
Πρωτεΐνη (gr)	62.21	23.62	68.07	14.65	0.087
Υδατάνθρακες (gr)	197.82	73.95	241.27	64.46	0.041*
Λίπος (gr)	55.62	19.82	73.23	24.65	0.015*
Μονοακόρεστα	20.43	8.65	27.76	13.76	0.048*
Ελαϊκό Οξύ (gr)	15.27	9.09	21.65	13.19	0.103
Πολυακόρεστα	8.87	5.61	10.97	6.02	0.208
Λινολεϊκό Οξύ (gr)	5.42	3.48	6.75	4.09	0.174
Λινολενικό Οξύ (gr)	0.60	0.27	0.85	0.59	0.194
EPA (gr)	0.00	0.01	0.03	0.05	0.083
DHA (gr)	0.01	0.02	0.06	0.09	0.062
Κορεσμένα Λιπαρά	18.04	5.63	21.32	7.91	0.224
Χοληστερόλη (mgr)	142.35	81.71	142.95	58.52	0.578
Φυτικές ίνες (gr)	18.89	10.26	17.84	9.51	1.000
Διαλυτές ίνες (gr)	0.68	0.71	0.35	0.28	0.099
Αδιάλυτες ίνες (gr)	5.18	6.24	2.19	1.39	0.032*
Vit. A (IU)	4750.90	5023.16	4497.06	3978.70	0.680
Vit. D (IU)	108.34	104.26	129.07	84.74	0.232
Vit. E (IU)	8.88	4.98	9.34	6.47	0.984
Vit.K (μgr)	75.93	115.57	53.94	60.60	0.918
Vit. B1 (mgr)	1.41	0.64	1.74	1.27	0.120
Vit. B2 (mgr)	1.64	0.76	1.66	0.54	0.680
Vit. B3 (mgr)	16.16	7.62	16.26	4.98	0.445
Vit. B6 (mgr)	1.38	0.67	1.29	0.39	0.902
Vit. B12 (mgr)	3.05	2.49	2.58	1.01	0.433
Ασβέστιο (mgr)	837.35	388.63	867.38	371.08	0.934
Σίδηρος (mgr)	13.84	7.89	12.65	3.99	0.837
Μαγνήσιο (mgr)	249.94	116.28	243.18	66.03	0.445
Φωσφόρος (mgr)	1052.85	442.18	1127.95	382.49	0.257
Ψευδάργυρος (mgr)	7.91	4.39	7.59	2.53	0.470
Αλκοόλη (gr)	3.14	7.27	3.65	7.73	0.490
Καφεΐνη (mgr)	58.59	57.62	65.82	76.83	0.877

* p<0.05

** p<0.01

Πίνακας 4.6 Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p των διατροφικών χαρακτηριστικών της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας για τα αγόρια.

ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	ΑΓΟΡΙΑ				P
	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου		
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	
Ενέργεια (kcal)	2537.30	500.28	2281.86	588.43	0.386
Πρωτεΐνη (gr)	84.78	8.31	93.15	10.33	0.149
Υδατάνθρακες (gr)	312.55	114.60	245.77	76.46	0.248
Λίπος (gr)	105.94	20.69	99.70	29.79	0.564
Μονοακόρεστα	43.26	15.96	40.74	13.80	0.773
Ελαϊκό Οξύ (gr)	35.18	18.16	27.38	13.21	0.564
Πολυακόρεστα	14.82	6.96	15.73	9.39	1.000
Λινολεϊκό Οξύ (gr)	10.67	6.43	8.21	4.01	0.564
Λινολενικό Οξύ (gr)	1.48	1.20	0.89	0.28	0.564
EPA (gr)	0.00	0.00	0.06	0.09	0.042*
DHA (gr)	0.01	0.01	0.14	0.22	0.021*
Κορεσμένα Λιπαρά	37.49	10.56	33.99	8.85	0.564
Χοληστερόλη (mgr)	354.76	159.25	337.43	176.99	0.773
Φυτικές ίνες (gr)	19.37	13.09	17.64	4.82	1.000
Διαλυτές ίνες (gr)	0.52	0.81	0.13	0.23	0.561
Αδιάλυτες ίνες (gr)	3.54	4.23	1.58	1.70	0.773
Vit. A (IU)	4042.00	1527.07	2847.25	1228.47	0.149
Vit. D (IU)	193.23	65.01	107.81	74.72	0.149
Vit. E (IU)	10.24	5.55	8.97	3.86	0.564
Vit.K (mgr)	71.66	93.47	12.75	7.81	0.248
Vit. B1 (mgr)	1.99	0.36	1.82	0.34	0.564
Vit. B2 (mgr)	2.79	0.84	2.17	0.59	0.248
Vit. B3 (mgr)	18.07	3.18	26.65	7.81	0.083
Vit. B6 (mgr)	1.55	0.55	1.97	0.79	0.149
Vit. B12 (mgr)	4.94	2.35	4.94	2.19	1.000
Ασβέστιο (mgr)	1452.04	420.49	1082.13	354.23	0.248
Σίδηρος (mgr)	16.23	5.66	14.35	2.89	0.773
Μαγνήσιο (mgr)	272.89	24.95	310.39	66.94	0.564
Φωσφόρος (mgr)	1519.89	315.06	1456.91	330.54	0.773
Ψευδάργυρος (mgr)	10.43	2.52	11.18	2.44	0.564
Αλκοόλη (gr)	6.97	9.48	7.33	6.95	0.564
Καφεΐνη (mgr)	83.35	89.70	49.45	42.62	0.468

* p<0.05

Από την πρόσθετη σελίδα που συμπληρώθηκε μαζί με την πρώτη ανάκληση προκύπτει ο πίνακας 4.7 με την ανάλυση Χ². Μελετήθηκε η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος και η κατανάλωση έτοιμου φαγητού

και δίνονται τα ποσοστά τόσο επί του συνόλου όσο και για κάθε φύλο ξεχωριστά. Επίσης δίνεται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Η ενασχόληση με δίαιτες διαφέρει σημαντικά στο σύνολο των εθελοντών (0.022) και στην ομάδα των κοριτσιών (0.041) ενώ δεν είναι στατιστικά σημαντική στην ομάδα των αγοριών. Η κατανάλωση έτοιμου φαγητού δεν διαφέρει σημαντικά σε καμιά από τις ομάδες.

Πίνακας 4.7 Ποσοστό παρουσίας δίαιτας και κατανάλωσης έτοιμου φαγητού για αγόρια, κορίτσια και επί του συνόλου, καθώς και επίπεδο στατιστική σημαντικότητας μεταξύ των δύο φύλων.

	ΚΟΡΙΤΣΙΑ		ΑΓΟΡΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	ποσοστό	P	ποσοστό	P	Ποσοστό	P
Παρουσία δίαιτας	7/48 (14.6%)	0.041*	1/8 (12.5%)	0.285	8/56 (14.3%)	0.022*
Έτοιμο φαγητό	34/48 (70.8%)	0.204	7/8 (87.5%)	0.285	41/56 (73.2%)	0.365

* $p < 0.05$

4.3 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Για να ελέγξουμε αν οι δύο ομάδες διαφέρουν ως προς τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συγκρίναμε τους μέσους όρους των μετρήσεων χρησιμοποιώντας την ανάλυση την ανάλυση Mann-Whitney Test [Nonparametric Tests (2 independent samples)] λόγω του μικρού δείγματος (<30 άτομα σε κάθε ομάδα). Στον πίνακα 4.8 δίνεται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας που μετρήθηκε στη μελέτη με συνέντευξη από κάθε εθελοντή.

Η ανάλυση έδειξε ότι μεταξύ των δύο ομάδων υπάρχει στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$) για μία μόνο παράμετρο που αξιολογήθηκε και αφορά την οργανωμένη φυσική δραστηριότητα μέτριας και υψηλής έντασης. Τα άτομα της πειραματικής ομάδας ασχολούνται περισσότερη ώρα με φυσική

δραστηριότητα. Εφόσον το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τις υπόλοιπες παραμέτρους είναι σε κάθε περίπτωση μεγαλύτερο του επιπέδου που έχουμε ορίσει, αυτό σημαίνει ότι οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι σημαντικές και άρα τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των υπόλοιπων μορφών και εντάσεων μπορούν να θεωρηθούν πρακτικά ίδια.

Πίνακας 4.8 Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στην ανάλυση nonparametric tests για το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στις δύο ομάδες, την πειραματική και την ομάδα ελέγχου.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ	P
Συνολικός χρόνος την εβδομάδα σε ένταση B	0.340
Συνολικός χρόνος την εβδομάδα σε ένταση C και D	0.147
Οργανωμένη δραστηριότητα σε ένταση B	0.971
Οργανωμένη δραστηριότητα σε ένταση C και D	0.021*

* $p < 0.05$

4.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

4.3.1 Περιγραφική παρουσίαση των δεδομένων

Στον πίνακα 4.8 δίνονται συνοπτικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε παράγοντα που εξετάζουν τα ερωτηματολόγια του Baron και του Spielberger σε κάθε ομάδα εθελοντών (descriptive statistics).

Πίνακας 4.9 Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των αποτελεσμάτων που αφορούν στις απαντήσεις της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου στα ερωτηματολόγια Baron και Spielberger.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	Πειραματική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
1. Spielberger				
Δείκτης άγχους	82.61	17.79	73.36	15.32
2. Baron				
Συναισθηματική νοημοσύνη	422.68	45.04	441.86	46.35
Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	144.32	21.69	151.57	18.53
Συναισθ/κή αυτοεπίγνωση	28.25	5.74	29.79	3.92
Κατηγορηματικότητα	23.57	5.67	25.32	5.20
Αυτοσεβασμός	31.86	7.01	35.39	4.92
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	35.96	4.81	35.29	4.41
Ανεξαρτησία	24.68	4.59	25.79	4.39
Διαπροσωπικοί παράγοντες	114.29	14.90	114.71	11.79
Ενσυναίσθηση	31.57	4.49	31.04	3.65
Διαπροσωπικές σχέσεις	42.36	6.77	43.18	4.96
Κοινωνική υπευθυνότητα	40.36	6.49	40.50	4.77
Παρ/ντες προσαρμοστικότητας	91.14	12.19	96.00	11.23
Ικαν/τα επίλυσης προβλημ.	29.50	4.61	30.29	4.43
Αντιμ/ση πραγματ. Καταστ.	34.89	5.97	38.5	4.69
Ευελιξία	26.75	4.54	27.21	4.91
Παράγοντες αντιμετώπισης στρες	57.75	8.88	61.25	8.71
Αντοχή στο στρες	28.64	5.29	30.39	6.17
Έλεγχος παρορμητικότητας	29.11	5.57	30.14	4.35
Παράγοντες διάθεσης	64.39	9.38	68.11	9.26
Ευτυχία	33.64	5.92	36.78	5.29
Αισιοδοξία	30.75	4.44	31.32	4.82
Θετική εικόνα	25.04	3.99	24.61	4.67
Αρνητική εικόνα	17.18	5.30	14.18	3.59

4.3.2 Στατιστικές αναλύσεις

Στη συνέχεια εφαρμόσαμε την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης στα δεδομένα που συλλέχθηκαν για την αξιολόγησή τους και τον περαιτέρω έλεγχο των σχέσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες, με ανεξάρτητες μεταβλητές ή μεταβλητές πρόβλεψης τις εξής μεταβλητές:

- τον δείκτη άγχους (αυτοεκτίμηση),
- την συναισθηματική αυτοεπίγνωση (es: emotional self-awareness),
- την κατηγορηματικότητα (as: assertiveness),
- τον αυτοσεβασμό (sr: self-regard),
- την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων (sa: self-actualization),
- την ανεξαρτησία (in: independence),
- την ενσυναίσθηση (em: empathy),
- τις διαπροσωπικές σχέσεις (ir: interpersonal relationship),
- την κοινωνική υπευθυνότητα (re: social responsibility),
- την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (ps: problem solving),
- την ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων (rt: reality testing),
- την ευελιξία (fl: flexibility),
- την αντοχή στο στρες (st: stress tolerance),
- τον έλεγχο της παρορμητικότητας (ic: impulse control),
- την ευτυχία (ha: happiness),
- την αισιοδοξία (op: optimism),
- την θετική εικόνα (positive impression) και
- την αρνητική εικόνα (negative impression).

Ως εξαρτημένη μεταβλητή τέθηκε η βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EAT-26). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον πίνακα 4.9 σε σειρά στατιστικής σημαντικότητας.

Πίνακας 4.10 Αποτελέσματα από την λογιστική παλινδρόμηση για την εύρεση συσχετίσεων στις ψυχολογικές παραμέτρους μεταξύ πειραματικής ομάδας και ομάδας ελέγχου.

	Exp (B) Odds Ratio	P
Αυτοσεβασμός	-0.467	0.011*
Ευτυχία	-0.392	0.020*
Διαπροσωπικές σχέσεις	-0.406	0.029*
Αισιοδοξία	0.462	0.079
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	0.285	0.088
Θετική εικόνα	0.286	0.108
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.231	0.209
Ενσυναίσθηση	0.205	0.327
Ευελιξία	0.112	0.365
Αρνητική εικόνα	0.134	0.366
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0.129	0.428
Αντοχή στο στρες	0.071	0.598
Κατηγορηματικότητα	-0.086	0.606
Αυτοεκτίμηση-άγχος	0.019	0.636
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	0.068	0.666
Ανεξαρτησία	-0.060	0.670
Έλεγχος παρορμητικότητας	0.030	0.816
Ικανότητα αντιμετ. πραγματικών καταστάσεων	-0.016	0.918

* $p < 0.05$

Ο δείκτης $\exp(B)$ είναι σημαντικός στην επεξήγηση των αποτελεσμάτων. Αν είναι μεγαλύτερος από την μονάδα, η διαφορά του από αυτήν σε ποσοστό επί τοις εκατό μας δείχνει τις πιθανότητες ένα άτομο να ανήκει στην ομάδα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ. Αν είναι μικρότερος της μονάδας, η διαφορά του από αυτήν σε ποσοστό επί τοις εκατό μας δείχνει τις πιθανότητες ένα άτομο να μην ανήκει στην ομάδα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ. Το αρνητικό πρόσημο όταν υπάρχει είναι προστατευτικό και σημαίνει ότι ο εκάστοτε παράγοντας φαίνεται να σχετίζεται με λιγότερες πιθανότητες να ανήκει ένα άτομο στην ομάδα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ. Ενώ το θετικό πρόσημο δείχνει ακριβώς το αντίθετο οπότε ο εκάστοτε παράγοντας φαίνεται να σχετίζεται με περισσότερες πιθανότητες ένα άτομο να ανήκει στην ομάδα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ.

Επομένως η ανάλυση αυτή μας δείχνει ποιοί από τους παράγοντες που εξετάστηκαν μπορούν να προβλέψουν με ακρίβεια ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανήκουν στην ομάδα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ. Ο αυτοσεβασμός ($B=-0.467$, $Sig.=0.011$), η ευτυχία ($B=-0.392$, $Sig.=0.020$) και οι διαπροσωπικές σχέσεις ($B=-0.406$, $Sig.=0.029$) είναι παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν τις τάσεις ανάπτυξης ΔΛΤ σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο της τάξεως του $P<0.05$. Αυξημένος αυτοσεβασμός, αυξημένη ευτυχία και αυξημένες διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται να σχετίζονται με 53.3%, 60.8% και 59.4% λιγότερες πιθανότητες αντίστοιχα ένα άτομο να ανήκει στην ομάδα με τάσεις για ΔΛΤ. Παρατηρεί κανείς ότι όλες οι άλλες τιμές στατιστικής σημαντικότητας είναι μεγαλύτερες από το επίπεδο σημαντικότητας $P=0.05$ που έχουμε ορίσει. Αυτό στατιστικά σημαίνει πως οι υπόλοιποι παράγοντες δεν μπορούν να προβλέψουν την εξαρτημένη μεταβλητή (τάσεις για ΔΛΤ).

Επίσης έγινε ανάλυση διακρίνουσας (ή ταξινομική ανάλυση-discriminant) στο δείγμα των εθελοντών για να διαπιστωθούν οι διαφορές στους ψυχολογικούς παράγοντες που εξετάστηκαν ανάμεσα στις δύο ομάδες. Από την ανάλυση αυτή καταλήξαμε σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για κάποιους από τους εξεταζόμενους παράγοντες, όπως φαίνεται στον πίνακα 4.10 που ακολουθεί, γεγονός που σημαίνει πως αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με την ανάπτυξη ΔΛΤ.

Επομένως, πέντε από τους παράγοντες που εξετάστηκαν με τα ερωτηματολόγια του Baron και Spielberger μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διάκριση των ατόμων στις δύο ομάδες, γιατί διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και την ομάδα αναφοράς. Η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων (Wilks' Lambda= 0.895, $Sig.= 0.015$), η αρνητική εικόνα (Wilks' Lambda= 0.898, $Sig.= 0.016$), ο αυτοσεβασμός (Wilks' Lambda= 0.919, $Sig.= 0.033$), η ευτυχία (Wilks' Lambda= 0.925, $Sig.= 0.041$) και η αυτοεκτίμηση (Wilks' Lambda= 0.926, $Sig.= 0.042$) είναι αυτοί οι πέντε παράγοντες που διαφέρουν ανάμεσα στις δύο ομάδες σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $P<0.05$.

Πίνακας 4.11 Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στην ανάλυση διακρίνουσας (ή ταξινομικής ανάλυσης) και ο δείκτης Wilk's Lambda.

	Wilks' Lambda	P
Ικανότητα αντιμετ. Πραγματικών καταστάσεων	0.895	0.015*
Αρνητική εικόνα	0.898	0.016*
Αυτοσεβασμός	0.919	0.033*
Ευτυχία	0.925	0.041*
Αυτοεκτίμηση-άγχος	0.926	0.042*
Κατηγορηματικότητα	0.974	0.234
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	0.975	0.247
Αντοχή στο στρες	0.977	0.260
Ανεξαρτησία	0.984	0.360
Έλεγχος παρορμητικότητας	0.989	0.442
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	0.992	0.518
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	0.994	0.585
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.995	0.607
Ενσυναίσθηση	0.996	0.626
Αισιοδοξία	0.996	0.646
Θετική εικόνα	0.997	0.714
Ευελξία	0.998	0.715
Διαπροσωπικές σχέσεις	1.000	0.926

* $p < 0.05$

Επίσης από την ανάλυση αυτή προέκυψε μία σημαντική σχέση. Λύνοντας δύο εξισώσεις με παράγοντες την εκάστοτε βαθμολογία του εθελοντή στα ερωτηματολόγια του Baron και του Spielberger πολλαπλασιαζόμενη κάθε φορά από κάποιο σταθερό συντελεστή, μπορεί κανείς να διαπιστώσει με αρκετά μεγάλη ακρίβεια αν ένα άτομο ανήκει στην ομάδα ελέγχου ή την ομάδα αναφοράς. Οι εξισώσεις δίνονται στον πίνακα 4.11 παρακάτω.

Το άτομο που εξετάζεται ανήκει στην ομάδα εκείνη στην οποία υπολογίζεται ότι έχει το μεγαλύτερο σκορ, με βάση τις δύο εξισώσεις. Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα των υγιών ατόμων προβλέπονται με την εξίσωση 1 με πιθανότητα επιτυχίας 81.3%, ενώ τα άτομα με τάσεις ΔΛΤ προβλέπονται με την εξίσωση 2 με πιθανότητα επιτυχίας 84.4%.

Πίνακας 4.12 Αναλυτικά οι εξισώσεις.

Group 1 (υγιείς):
$\begin{aligned} & -307.735 + 1.707 * \text{Αυτοεκτίμηση} + 1.773 * \text{ES} + 2.704 * \text{AS} - 0.297 * \text{SR} - 0.174 * \\ & \text{SA} - 1.074 * \text{IN} + 1.191 * \text{EM} + 1.104 * \text{RE} - 0.172 * \text{IR} + 0.315 * \text{PS} + 3.054 * \text{RT} \\ & + 0.103 * \text{FL} + 0.588 * \text{ST} + 0.483 * \text{IC} + 0.965 * \text{HA} - 0.314 * \text{OP} - 0.02 * \\ & \text{POSITIVE} + 3.974 * \text{NEGATIVE} \end{aligned}$
Group 2 (ΔΛΤ):
$\begin{aligned} & -312.485 + 1.720 * \text{Αυτοεκτίμηση} + 1.772 * \text{ES} + 2.571 * \text{AS} - 0.647 * \text{SR} + 0.118 * \\ & \text{SA} - 1.096 * \text{IN} + 1.404 * \text{EM} + 1.248 * \text{RE} - 0.493 * \text{IR} + 0.276 * \text{PS} + 3.098 * \text{RT} \\ & + 0.198 * \text{FL} + 0.610 * \text{ST} + 3.480 * \text{IC} + 0.654 * \text{HA} - 0.031 * \text{OP} + 0.137 * \\ & \text{POSITIVE} + 4.093 * \text{NEGATIVE} \end{aligned}$

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης του Baron δόθηκε σε όλους τους εθελοντές για συμπλήρωση δύο φορές σε διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του με την μέθοδο της εξέτασης-επανεξέτασης (test-retest). Τα αποτελέσματα από τα δύο ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν για να διαπιστωθεί ο βαθμός αξιοπιστίας των απαντήσεων ή καλύτερα να αξιολογηθεί κατά πόσον οι εθελοντές απάντησαν με ειλικρίνεια, άρα και θα επανέλαβαν τις ίδιες απαντήσεις στο δεύτερο ερωτηματολόγιο. Για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των δύο μετρήσεων υπολογίστηκαν οι δείκτες συσχέτισης (Pearson's r και Spearman ρ). Στον πίνακα 4.12 που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές σύμφωνα με τους οποίους δύο μεταβλητές σχετίζονται σημαντικά όταν είναι μεγαλύτεροι ή ίσοι με 0.8. Επίσης δίνεται ο δείκτης α (alpha).

Παρατηρεί κανείς ότι ο συντελεστής Pearson r είναι μεγαλύτερος από 0.8 σε όλες τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου, εκτός από μία, στον έλεγχο της παρορμητικότητας, ενώ στις υπόλοιπες παραμέτρους η συσχέτιση, μεταξύ των απαντήσεων στο πρώτο ερωτηματολόγιο και στο δεύτερο, είναι σημαντική (~ 0.9).

Πίνακας 4.13 Οι δείκτες συσχέτισης Pearson r και Spearman ρ καθώς και ο δείκτης alpha στο σύνολο των εθελοντών (ανεξαρτήτου φύλου και ομάδας).

	Alpha	Pearson r	Spearman ρ
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	0.9552	0.917**	0.900**
Κατηγορηματικότητα	0.9675	0.942**	0.931**
Αυτοσεβασμός	0.9435	0.894**	0.865**
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	0.9218	0.860**	0.848**
Ανεξαρτησία	0.9369	0.886**	0.871**
Ενσυναίσθηση	0.9248	0.861**	0.849**
Διαπροσωπικές σχέσεις	0.9580	0.921**	0.872**
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.9631	0.929**	0.908**
Ικαν/τα επίλυσης προβλημ.	0.9327	0.881**	0.865**
Αντιμ/ση πραγμ. καταστ.	0.9529	0.914**	0.886**
Ευελιξία	0.8917	0.807**	0.803**
Αντοχή στο στρες	0.9343	0.878**	0.884**
Έλεγχος παρορμητικότητας	0.8124	0.684**	0.680**
Ευτυχία	0.9319	0.873**	0.909**
Αισιοδοξία	0.9409	0.892**	0.893**
Θετική εικόνα	0.9119	0.840**	0.821**
Αρνητική εικόνα	0.9379	0.883**	0.867**

** $p < 0.01$

Τέλος έγινε στατιστική ανάλυση μεταξύ συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και των αποτελεσμάτων από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια των Baron και Spielberger. Πιο αναλυτικά έγινε έλεγχος συσχετίσεων τόσο στην πειραματική ομάδα όσο και στην ομάδα ελέγχου ανά φύλο (αγόρια - κορίτσια) με τα εξής θρεπτικά συστατικά: ολική ενεργειακή πρόσληψη (kcal), πρωτεΐνη (gr), υδατάνθρακες (gr), ολικό λίπος (gr), κορεσμένο λίπος (gr), μονοακόρεστο λίπος (gr), πολυακόρεστο λίπος (gr), θειαμίνη (mgr), ριβοφλαβίνη (mgr), νιασίνη (mgr), πυριδοξίνη (mgr), κοβαλαμίνη (mgr) και ψευδάργυρος (mgr).

Στους πίνακες 4.13, 4.14, 4.15 και 4.16 δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ των θρεπτικών συστατικών που αναφέρθηκαν και των ψυχομετρικών παραγόντων για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου για αγόρια και κορίτσια χωριστά. Παρακάτω αναλύονται οι συσχετίσεις που βρέθηκαν που δείχνουν ότι ενδεχομένως κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν σχέση με την πρόσληψη θρεπτικών

συστατικών ή ότι η πρόσληψη κάποιων θρεπτικών συστατικών επηρεάζεται από την παρουσία ή απουσία κάποιων ψυχολογικών παραγόντων αντίστοιχα.

Ως προς την *συνολική ενεργειακή πρόσληψη*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αρνητική εικόνα, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική νοημοσύνη, τους παράγοντες προσαρμοστικότητας, τους παράγοντες διάθεσης και τον αυτοσεβασμό. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τον έλεγχο της παρορμητικότητας, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες διάθεσης, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευτυχία και την θετική εικόνα. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αρνητική εικόνα.

Ως προς την *πρόσληψη πρωτεΐνης*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αρνητική εικόνα, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική νοημοσύνη, τους παράγοντες προσαρμοστικότητας, τους παράγοντες διάθεσης και τον αυτοσεβασμό. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική νοημοσύνη, τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες, τους παράγοντες προσαρμοστικότητας, τον αυτοσεβασμό, την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων, την κοινωνική υπευθυνότητα και την αντιμετώπιση πραγματικών καταστάσεων. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τους παράγοντες αντιμετώπισης του στρες, τους παράγοντες διάθεσης και την αντοχή στο στρες.

Ως προς την *πρόσληψη υδατανθράκων*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε

στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ως προς την *συνολική πρόσληψη λίπους*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων και τον έλεγχο της παρορμητικότητας. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες προσαρμοστικότητας, τον αυτοσεβασμό και την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική νοημοσύνη, τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες, την συναισθηματική αυτοεπίγνωση και την κατηγορηματικότητα.

Ως προς την *πρόσληψη κορεσμένου λίπους*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αρνητική εικόνα, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική νοημοσύνη, τους παράγοντες προσαρμοστικότητας, την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων, την ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων και τον έλεγχο της παρορμητικότητας. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες, την ανεξαρτησία και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.

Ως προς την *πρόσληψη μονοακόρεστου λίπους*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα

αγόρια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική νοημοσύνη, τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες, την συναισθηματική αυτοεπίγνωση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την αισιοδοξία.

Ως προς την *πρόσληψη πολυακόρεστου λίπους*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων και τον έλεγχο της παρορμητικότητας. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τους παράγοντες προσαρμοστικότητας. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τους διαπροσωπικούς παράγοντες και την ενσυναίσθηση.

Ως προς την *πρόσληψη θειαμίνης*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αρνητική εικόνα, ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική νοημοσύνη, τους παράγοντες προσαρμοστικότητας, τους παράγοντες διάθεσης και τον αυτοσεβασμό. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ευτυχία. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ενσυναίσθηση και την αρνητική εικόνα. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ως προς την *πρόσληψη ριβοφλαβίνης*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την συναισθηματική νοημοσύνη, τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες, τον αυτοσεβασμό και την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ενσυναίσθηση και την αρνητική εικόνα. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ως προς την *πρόσληψη νιασίνης*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον αυτοσεβασμό. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ως προς την *πρόσληψη πυριδοξίνης*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την αυτοδιαπίστωση δυνάμεων και τον έλεγχο της παρορμητικότητας. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ενσυναίσθηση και την θετική εικόνα.

Ως προς την *πρόσληψη κοβαλαμίνης*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ενσυναίσθηση και την αρνητική εικόνα. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ευελιξία.

Ως προς την *πρόσληψη ψευδαργύρου*, στα αγόρια της ομάδας ελέγχου βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων και τον έλεγχο της παρορμητικότητας. Στα κορίτσια της ομάδας ελέγχου δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στα αγόρια της πειραματικής ομάδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ευελιξία. Στα κορίτσια της πειραματικής ομάδας δε βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 4.14 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* p<0.05 & ** p<0.001)

ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ - ΑΓΟΡΙΑ													
	Kilocalories (kcal)	Protein (gr)	Carbohydrate (gr)	Fat, total (gr)	Saturated fat (gr)	Mono-unsaturated fat (gr)	Polyunsaturated fat (gr)	Thiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niacin (mg)	Pyridoxine (mg)	Cobalamin (μg)	Zinc (mg)
Αυτοεκτίμηση	0.800	0.800	0.400	0.600	1.000**	0.800	0.600	0.800	1.000**	-0.400	-0.400	0.400	0.600
Συναισθηματική νοημοσύνη	-1.000*	-1.000**	-0.800	-0.800	-0.800	-0.600	-0.800	-1.000**	-0.800	-0.200	-0.200	-0.200	-0.800
Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	-0.800	-0.800	-1.000**	0.400	-0.400	0.000	-0.400	-0.800	-0.400	-0.400	-0.400	-0.400	-0.400
Διαπροσωπικοί παράγοντες	0.400	0.400	0.800	0.200	-0.200	-0.400	0.200	0.400	-0.200	0.800	0.800	0.000	0.200
Παράγοντες προσαρμοστικότητας	-1.000**	-1.000**	-0.800	-0.800	-0.800	-0.600	-0.800	-1.000**	-0.800	-0.200	-0.200	-0.200	-0.800
Παράγοντες αντιμετώπισης στρες	-0.400	-0.400	-0.200	0.000	-0.800	-0.400	0.000	-0.400	-0.800	0.800	0.800	-0.800	0.000
Παράγοντες διάθεσης	-1.000**	-1.000**	-0.800	-0.800	-0.800	-0.600	-0.800	-1.000**	-0.800	-0.200	-0.200	-0.200	-0.800
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0.316	-0.316	-0.632	-0.316	0.316	0.316	-0.316	-0.316	0.316	-0.949	-0.949	0.316	-0.316
Κατηγορηματικότητα	-0.400	-0.400	-0.800	0.200	-0.200	0.400	0.200	-0.400	-0.200	0.000	0.000	-0.800	0.200
Αυτοσεβασμός	-1.000**	-1.000**	-0.800	-0.800	-0.800	-0.600	-0.800	-1.000**	-0.800	-0.200	-0.200	-0.200	-0.800
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	-0.738	-0.738	-0.211	-0.738	-0.949	-0.949	-0.738	-0.738	-0.949	0.316	0.316	-0.105	-0.738
Ανεξαρτησία	-0.316	-0.316	-0.632	0.316	-0.316	0.316	0.316	-0.316	-0.316	0.316	0.316	-0.949	0.316
Ενσυναίσθηση	0.400	0.400	0.800	0.200	-0.200	-0.400	0.200	0.400	-0.200	0.800	0.800	0.000	0.200
Διαπροσωπικές σχέσεις	-0.738	-0.738	-0.211	-0.949	-0.738	-0.949	-0.949	-0.738	-0.738	-0.105	-0.105	0.316	-0.949
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.316	0.316	0.316	0.632	-0.211	0.105	0.632	0.316	-0.211	0.949	0.949	-0.738	0.632
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	-0.949	-0.949	-0.949	-0.632	-0.632	-0.316	-0.632	-0.949	-0.632	-0.316	-0.316	-0.316	-0.632
Αντιμέτωπιση πραγμ. καταστάσεων	-0.800	-0.800	-0.400	-1.000**	-0.600	-0.800	-1.000**	-0.800	-0.600	-0.400	-0.400	0.400	-1.000**
Ευελιξία	-0.400	-0.400	-0.200	0.000	-0.800	-0.400	0.000	-0.400	-0.800	0.800	0.800	-0.800	0.000
Αντοχή στο στρες	-0.400	-0.400	-0.200	0.000	-0.800	-0.400	0.000	-0.400	-0.800	0.800	0.800	-0.800	0.000
Έλεγχος παρορμητικότητας	-0.800	-0.800	-0.400	-1.000**	-0.600	-0.800	-1.000**	-0.800	-0.600	-0.400	-0.400	0.400	-1.000**
Ευτυχία	-0.949	-0.949	-0.632	-0.949	-0.738	-0.738	-0.949	-0.949	-0.738	-0.316	-0.316	0.105	-0.949
Αισιοδοξία	-0.949	-0.949	-0.949	-0.632	-0.632	-0.316	-0.632	-0.949	-0.632	-0.316	-0.316	-0.316	-0.632
Θετική εικόνα	-0.316	-0.316	-0.632	-0.316	0.316	0.316	-0.316	-0.316	0.316	-0.949	-0.949	0.316	-0.316
Αρνητική εικόνα	1.000**	1.000**	0.800	0.800	0.800	0.600	0.800	1.000**	0.800	0.200	0.200	0.200	0.800

Πίνακας 4.15 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* p<0.05 & ** p<0.001)

ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ - ΚΟΡΙΤΣΙΑ													
	Kilocalories (kcal)	Protein (gr)	Carbohydrate (gr)	Fat, total (gr)	Saturated fat (gr)	Mono-unsaturated fat (gr)	Polyunsaturated fat (gr)	Thiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niacin (mg)	Pyridoxine (mg)	Cobalamin (μg)	Zinc (mg)
Αυτοεκτίμηση	0.132	0.183	-0.020	0.143	0.195	0.091	0.152	0.333	0.170	0.201	0.005	0.154	0.002
Συναισθηματική νοημοσύνη	-0.303	-0.466*	-0.086	-0.399	-0.456*	-0.204	-0.313	-0.247	-0.435*	-0.310	-0.261	-0.260	-0.158
Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	-0.254	-0.430*	-0.055	-0.316	-0.381	-0.135	-0.235	-0.258	-0.446*	-0.261	-0.182	-0.269	-0.123
Διαπροσωπικοί παράγοντες	-0.302	-0.374	-0.234	-0.267	-0.311	-0.089	-0.231	-0.196	-0.204	-0.299	-0.349	0.002	-0.027
Παράγοντες προσαρμοστικότητας	-0.263	-0.498*	-0.074	-0.429*	-0.448*	-0.224	-0.385	-0.069	-0.239	-0.276	-0.251	-0.176	-0.197
Παράγοντες αντιμετώπισης στρες	-0.229	-0.280	-0.135	-0.263	-0.362	-0.241	-0.306	-0.260	-0.256	-0.366	-0.239	-0.228	-0.105
Παράγοντες διάθεσης	-0.261	-0.370	-0.166	-0.288	-0.265	-0.192	-0.285	-0.375	-0.313	-0.302	-0.207	-0.233	-0.164
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0.164	-0.295	-0.034	-0.151	-0.307	-0.139	-0.176	-0.358	-0.249	-0.202	-0.208	-0.190	-0.124
Κατηγορηματικότητα	-0.028	-0.095	-0.010	-0.065	0.024	-0.110	-0.184	-0.343	-0.068	-0.172	0.005	-0.047	0.110
Αυτοσεβασμός	-0.397	-0.571**	-0.254	-0.406*	-0.385	-0.141	-0.291	-0.297	-0.568**	-0.440*	-0.258	-0.397	-0.272
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	-0.485*	-0.671**	-0.144	-0.528**	-0.582**	-0.256	-0.361	-0.204	-0.560**	-0.306	-0.371*	-0.259	-0.316
Ανεξαρτησία	-0.101	-0.205	0.005	-0.194	-0.321	-0.076	-0.138	-0.097	-0.297	-0.100	-0.065	-0.085	0.031
Ενσυναίσθηση	-0.173	-0.349	-0.079	-0.231	-0.242	-0.056	-0.198	0.012	-0.098	-0.251	-0.244	0.112	0.093
Διαπροσωπικές σχέσεις	-0.302	-0.219	-0.226	-0.244	-0.298	-0.158	-0.283	-0.369	-0.124	-0.098	-0.313	-0.018	-0.101
Κοινωνική υπευθυνότητα	-0.361	-0.443*	-0.272	-0.338	-0.306	-0.131	-0.256	-0.171	-0.231	-0.398	-0.364	-0.070	-0.062
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	-0.234	-0.336	-0.091	-0.381	-0.212	-0.169	-0.326	0.157	0.026	-0.217	-0.200	0.183	0.023
Αντιμέτωπη πραγμ. καταστάσεων	-0.265	-0.435*	-0.163	-0.376	-0.424*	-0.220	-0.278	-0.157	-0.306	-0.264	-0.208	-0.102	-0.213
Ευελιξία	-0.140	-0.368	0.021	-0.260	-0.387	-0.097	-0.330	-0.082	-0.229	-0.122	-0.147	-0.278	-0.245
Αντοχή στο στρες	-0.033	-0.182	0.017	-0.082	-0.157	-0.125	-0.183	-0.298	-0.158	-0.315	-0.050	-0.169	0.061
Έλεγχος παρορμητικότητας	-0.370	-0.219	-0.296	-0.368	-0.501*	-0.242	-0.246	0.001	-0.196	-0.183	-0.407*	-0.131	-0.353
Ευτυχία	-0.306	-0.341	-0.270	-0.278	-0.298	-0.270	-0.313	-0.431*	-0.248	-0.231	-0.319	-0.110	-0.293
Αισιοδοξία	-0.202	-0.374	-0.028	-0.266	-0.307	-0.084	-0.209	-0.221	-0.362	-0.263	-0.134	-0.299	-0.038
Θετική εικόνα	-0.064	-0.275	-0.019	-0.135	-0.309	-0.096	-0.176	-0.014	-0.050	-0.113	-0.217	0.276	-0.005
Αρνητική εικόνα	0.159	0.277	0.104	0.171	0.434*	0.201	0.320	0.277	0.039	0.242	0.372	-0.163	0.140

Πίνακας 4.16 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* p<0.05 & ** p<0.001)

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ - ΑΓΟΡΙΑ													
	Kilocalories (kcal)	Protein (gr)	Carbohydrate (gr)	Fat, total (gr)	Saturated fat (gr)	Mono-unsaturated fat (gr)	Polyunsaturated fat (gr)	Thiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niacin (mg)	Pyridoxine (mg)	Cobalamin (μg)	Zinc (mg)
Αυτοεκτίμηση	-0.600	0.800	0.000	-0.800	-0.400	-0.800	-0.400	0.200	0.200	-0.800	-0.800	0.200	-0.200
Συναισθηματική νοημοσύνη	-0.400	-0.200	-0.800	0.200	-0.400	0.200	0.400	-0.800	-0.800	0.200	-0.200	-0.800	0.000
Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	-0.632	0.105	-0.949	-0.105	-0.316	-0.105	0.105	-0.632	-0.632	-0.105	-0.316	-0.632	0.211
Διαπροσωπικοί παράγοντες	-0.316	-0.211	-0.316	0.211	-0.949	0.211	0.738	-0.949	-0.949	0.211	-0.632	-0.949	-0.738
Παράγοντες προσαρμοστικότητας	0.400	-0.800	0.200	0.800	-0.600	0.800	1.000**	-0.800	-0.800	0.800	0.000	-0.800	-0.800
Παράγοντες αντιμετώπισης στρες	0.600	-0.800	0.000	0.800	0.400	0.800	0.400	-0.200	-0.200	0.800	0.800	-0.200	0.200
Παράγοντες διάθεσης	-1.000**	0.800	-0.800	-0.800	-0.400	-0.800	-0.400	-0.200	-0.200	-0.800	-0.800	-0.200	0.200
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0.316	-0.316	-0.632	0.316	-0.632	0.316	0.632	-0.949	-0.949	0.316	-0.316	-0.949	-0.316
Κατηγορηματικότητα	-0.949	0.632	-0.949	-0.632	-0.316	-0.632	-0.316	-0.316	-0.316	-0.632	-0.632	-0.316	0.316
Αυτοσεβασμός	-0.400	-0.200	-0.800	0.200	-0.400	0.200	0.400	-0.800	-0.800	0.200	-0.200	-0.800	0.000
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	-0.800	0.400	-1.000**	-0.400	-0.200	-0.400	-0.200	-0.400	-0.400	-0.400	-0.400	-0.400	0.400
Ανεξαρτησία	-0.400	-0.200	-0.800	0.200	-0.400	0.200	0.400	-0.800	-0.800	0.200	-0.200	-0.800	0.000
Ενσυναίσθηση	-0.200	-0.400	-0.400	0.400	-0.800	0.400	0.800	-1.000**	-1.000**	0.400	-0.400	-1.000**	-0.600
Διαπροσωπικές σχέσεις	-1.000**	0.800	-0.800	-0.800	-0.400	-0.800	-0.400	-0.200	-0.200	-0.800	-0.800	-0.200	0.200
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.316	-0.632	0.316	0.632	-0.738	0.632	0.949	-0.738	-0.738	0.632	-0.211	-0.738	-0.949
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	0.105	-0.632	-0.105	0.632	-0.738	0.632	0.949	-0.949	-0.949	0.632	-0.211	-0.949	-0.738
Αντιμέτωπιση πραγμ. καταστάσεων	0.400	0.000	0.200	0.000	1.000**	0.000	-0.600	0.800	0.800	0.000	0.800	0.800	0.800
Ευελιξία	0.200	-0.400	0.400	0.400	-0.800	0.400	0.800	-0.600	-0.600	0.400	-0.400	-0.600	-1.000**
Αντοχή στο στρες	0.600	-0.800	0.000	0.800	0.400	0.800	0.400	-0.200	-0.200	0.800	0.800	-0.200	0.200
Έλεγχος παρορμητικότητας	1.000**	-0.800	0.800	0.800	0.400	0.800	0.400	0.200	0.200	0.800	0.800	0.200	-0.200
Ευτυχία	-1.000**	0.800	-0.800	-0.800	-0.400	-0.800	-0.400	-0.200	-0.200	-0.800	-0.800	-0.200	0.200
Αισιοδοξία	-0.949	0.738	-0.632	-0.738	-0.632	-0.738	-0.211	-0.316	-0.316	-0.738	-0.949	-0.316	-0.105
Θετική εικόνα	-1.000**	0.800	-0.800	-0.800	-0.400	-0.800	-0.400	-0.200	-0.200	-0.800	-0.800	-0.200	0.200
Αρνητική εικόνα	-0.200	-0.400	-0.400	0.400	-0.800	0.400	0.800	-1.000**	-1.000**	0.400	-0.400	-1.000**	-0.600

Πίνακας 4.17 Συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ μεταξύ θρεπτικών συστατικών & ψυχολογικών παραμέτρων. (* p<0.05 & ** p<0.001)

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ - ΚΟΡΙΤΣΙΑ													
	Kilocalories (kcal)	Protein (gr)	Carbohydrate (gr)	Fat, total (gr)	Saturated fat (gr)	Mono-unsaturated fat (gr)	Polyunsaturated fat (gr)	Thiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niacin (mg)	Pyridoxine (mg)	Cobalamin (μg)	Zinc (mg)
Αυτοεκτίμηση	0.260	-0.057	-0.023	0.520**	0.582*	0.266	0.043	0.020	0.139	0.042	0.161	0.007	-0.074
Συναισθηματική νοημοσύνη	-0.207	0.247	0.129	-0.459*	-0.306	-0.481*	-0.308	0.097	0.032	0.020	0.111	0.009	-0.043
Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	-0.268	-0.004	0.082	-0.552*	-0.468*	-0.439*	-0.321	0.017	-0.096	-0.247	-0.025	-0.108	-0.140
Διαπροσωπικοί παράγοντες	-0.202	0.277	0.000	-0.149	0.071	-0.334	-0.420*	0.138	0.267	0.010	0.336	0.217	0.094
Παράγοντες προσαρμοστικότητας	-0.238	0.210	0.037	-0.403	-0.386	-0.237	-0.086	0.067	-0.044	0.138	-0.003	0.065	0.066
Παράγοντες αντιμετώπισης στρες	0.187	0.433*	0.201	-0.156	-0.176	-0.082	0.204	0.115	0.143	0.355	-0.051	0.065	0.243
Παράγοντες διάθεσης	-0.104	0.417*	0.024	-0.259	0.065	-0.341	-0.146	0.205	0.263	0.112	0.266	0.200	0.166
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0.377	-0.138	-0.052	-0.407*	-0.359	-0.415*	-0.101	-0.102	-0.271	-0.260	-0.173	-0.240	-0.264
Κατηγορηματικότητα	-0.374	-0.102	-0.075	-0.484*	-0.380	-0.374	-0.296	-0.039	-0.270	-0.287	-0.235	-0.247	-0.162
Αυτοσεβασμός	0.041	0.104	0.224	-0.385	-0.389	-0.170	-0.220	-0.049	0.067	-0.061	0.102	0.029	0.033
Αυτοδιαπίστωση δυνάμεων	-0.117	0.128	0.171	-0.205	-0.118	-0.103	-0.353	0.178	0.176	-0.167	0.173	0.282	0.019
Ανεξαρτησία	-0.134	0.088	0.007	-0.392	-0.441*	-0.228	-0.192	0.141	0.050	-0.005	0.243	0.049	0.043
Ενσυναίσθηση	-0.091	0.298	0.001	-0.067	0.092	-0.117	-0.444*	0.261	0.382	0.214	0.491*	0.219	0.220
Διαπροσωπικές σχέσεις	-0.255	0.171	0.059	-0.319	-0.054	-0.461*	-0.356	0.105	0.123	-0.174	0.113	0.258	0.020
Κοινωνική υπευθυνότητα	-0.149	0.237	-0.090	0.115	0.202	-0.055	-0.304	0.059	0.275	0.049	0.400	0.245	0.103
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	0.010	0.260	0.227	-0.388	-0.428*	-0.190	-0.085	0.159	0.070	0.125	0.029	-0.199	-0.035
Αντιμέτωπιση πραγμ. καταστάσεων	-0.271	0.153	-0.010	-0.283	-0.301	-0.089	0.026	0.043	-0.150	0.130	-0.124	-0.022	-0.009
Ευελιξία	-0.162	0.247	0.118	-0.384	-0.214	-0.404	-0.211	0.160	0.219	0.108	0.229	0.476*	0.312
Αντοχή στο στρες	0.094	0.500*	0.202	-0.279	-0.031	-0.337	-0.010	0.266	0.307	0.190	0.122	0.076	0.256
Έλεγχος παρορμητικότητας	0.257	0.198	0.178	0.096	-0.129	0.270	0.393	-0.035	0.032	0.233	0.022	0.097	0.078
Ευτυχία	-0.154	0.355	-0.079	-0.153	0.167	-0.187	-0.074	0.195	0.207	0.145	0.221	0.371	0.201
Αισιοδοξία	-0.114	0.293	0.083	-0.325	-0.081	-0.408*	-0.171	0.125	0.190	-0.020	0.168	-0.037	0.038
Θετική εικόνα	0.031	0.310	0.060	-0.136	-0.014	-0.197	-0.198	0.091	0.322	0.238	0.455*	0.035	0.154
Αρνητική εικόνα	0.424*	-0.017	0.116	0.263	0.059	0.224	0.151	-0.124	-0.066	0.189	-0.036	-0.199	-0.016

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα κυριότερα ευρήματα της παρούσης μελέτης μπορούν να χωριστούν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

1. αυτά που αφορούν τα **διατροφικά χαρακτηριστικά**,
2. αυτά που αφορούν τα **ψυχολογικά χαρακτηριστικά**,
3. αυτά που αφορούν τα **ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά**,
4. αυτά που αφορούν την **φυσική δραστηριότητα** και τις **διαίτες αδυνατίσματος**,
5. αυτά που αφορούν **συνδυασμό διατροφικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών**.

Η ιδιαιτερότητα της παρούσας έρευνας εντοπίζεται στο γεγονός ότι εξετάζει την σχέση μεταξύ τάσεων ανάπτυξης ΔΛΤ και ψυχολογικών χαρακτηριστικών και κυρίως της συναισθηματικής νοημοσύνης, που είναι μία έννοια πολύ πρόσφατη παγκοσμίως. Περιλαμβάνει πολλές υποκατηγορίες και επομένως εξετάζει ταυτόχρονα πολλές πτυχές της ανθρώπινης σκέψης και συμπεριφοράς δίνοντας μία πολύ σφαιρική εικόνα για το κάθε άτομο. Ο πειραματικός σχεδιασμός μέσω του οποίου προσεγγίζονται οι εξεταζόμενες μεταβλητές δεν έχει εφαρμοστεί σε προηγούμενες μελέτες και ιδίως σε δείγμα όπως αυτό που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, δηλ. άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ.

5.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα διατροφικά χαρακτηριστικά των ατόμων με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ διέφεραν από εκείνα των ατόμων χωρίς τάσεις για ΔΛΤ σε συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι τα άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ είχαν χαμηλότερη α) ενεργειακή πρόσληψη, β) συνολική πρόσληψη υδατανθράκων, γ) συνολικού λίπους και δ) μονοακόρεστου λίπους. Τα ευρήματα αυτά ισχύουν τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και

για την ομάδα των κοριτσιών, ενώ δε φάνηκε το ίδιο για την ομάδα των αγοριών. Επιπλέον βρέθηκε ότι τα άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ είχαν χαμηλότερη πρόσληψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων EPA και DHA. Η διαφορά αυτή παρατηρήθηκε τόσο στο συνολικό δείγμα όσο και στην ομάδα των αγοριών, ενώ δε βρέθηκε καμιά σημαντική διαφορά στην ομάδα των κοριτσιών. Επίσης βρέθηκε ότι η πρόσληψη των αδιάλυτων φυτικών ινών ήταν υψηλότερη στα άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ τόσο επί του συνόλου του δείγματος όσο και στην ομάδα των κοριτσιών, ενώ δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα των αγοριών.

Η χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη σε άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ ήταν αναμενόμενη. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες (Pinkston, 2001). Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα με ΔΛΤ μειώνουν την πρόσληψη τροφής ως μέσο για την απώλεια βάρους, αλλά όχι μόνο για αυτό. Η μειωμένη πρόσληψη τροφής φαίνεται να μειώνει το άγχος που σχετίζεται με την διαδικασία του «τρώγειν» καθώς και του άγχους από μία ανεπιθύμητη αύξηση βάρους. Επίσης η αποφυγή πρόσληψης τροφής προκαλεί το ενδιαφέρον των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας προς το παιδί που εμφανίζει ανορθόδοξη συμπεριφορά (Ayllon, 1964). Έχει βρεθεί ότι η χαμηλή πρόσληψη τροφής στα άτομα με ΔΛΤ μπορεί να οφείλεται σε ένα ευχάριστο αίσθημα που δημιουργεί το άδειο στομάχι (Gilbert, 1986). Η ασητεία μπορεί να προκαλέσει την έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο (Szmukler and Tantam, 1984). Επίσης είναι πιθανό τα άτομα με ΔΛΤ να μειώνουν την πρόσληψη τροφής για να αισθάνονται ότι έχουν το αίσθημα του ελέγχου έστω απέναντι στη διατροφή τους καλύπτοντας έτσι το κενό από τον έλεγχο που δεν έχουν σε άλλους τομείς (Wyrwicka, 1984).

Η χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη είναι αναμενόμενο να οδηγήσει σε χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, υδατανθράκων και λίπους. Για τους υδατάνθρακες όμως συγκεκριμένα παλαιότερες έρευνες τόνιζαν ότι τα άτομα με ΔΛΤ συνήθιζαν να αποφεύγουν την κατανάλωση υδατανθράκων (Crisp, 1965; Hurst, 1977). Κάτι τέτοιο δεν υποστηρίζεται από πιο πρόσφατες έρευνες, όπου τονίζεται πλέον η χαμηλή πρόσληψη λίπους. Ο περιορισμός των

υδατανθράκων είναι εμφανής κυρίως σε βουλιμικά άτομα σε περιόδους περιορισμού της πρόσληψης τροφής που έχει σαν αποτέλεσμα αλλαγές στον μεταβολισμό της σεροτονίνης και επακόλουθα επεισόδια αδηφαγίας (Wurtman, 1984).

Η χαμηλή πρόσληψη λίπους που παρατηρείται στην παρούσα έρευνα ήταν αναμενόμενη από τα άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ μιά και τα αποτελέσματα συμπίπτουν με αυτά πολλών άλλων ερευνών που έχουν προηγηθεί (Fernstrom, 1994; Schebendach, 1997). Μιά πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα με ΔΛΤ έχουν «λιποφοβία» (fat phobia). Έχουν την εσφαλμένη αντίληψη ότι μιά διαίτα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος θα προκαλούσε μεγάλη αύξηση στο βάρος τους, γεγονός άκρως ανεπιθύμητο. Το ίδιο συμβαίνει ακόμα και όταν πληροφορούνται ότι την ίδια αύξηση βάρους θα έχουν και με μία διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και υψηλής περιεκτικότητας σε ενέργεια (Hoyt, 2003). Άλλες μελέτες πάλι αποδεικνύουν το ίδιο πράγμα από άλλη οπτική γωνία. Τα άτομα με ΔΛΤ έχουν χαμηλή πρόσληψη λίπους με αποτέλεσμα να μην καλύπτουν τις ημερήσιες συνιστώμενες ποσότητες (Boschi, 2003).

Η χαμηλή πρόσληψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων στα αγόρια με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ μπορεί να εξηγηθεί ως μέρος του γενικού περιορισμού πρόσληψης τροφής. Το χαμηλό ενεργειακό περιεχόμενο της τροφής θα έχει επίπτωση και στα μακροθρεπτικά συστατικά και επομένως στο λίπος και τις υποκατηγορίες αυτού. Είναι πιθανό τα αγόρια του δείγματος να αποφεύγουν την κατανάλωση ψαριού που είναι η κύρια πηγή πολυακόρεστων λιπαρών οξέων. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι το δείγμα των αγοριών ήταν πολύ μικρό για να στηρίξουν με ακρίβεια μιά τέτοια υπόθεση.

Η υψηλή πρόσληψη αδιάλυτων φυτικών ινών στα κορίτσια του δείγματος ήταν αναμενόμενη από μία άλλη οπτική γωνία, αυτή της συμπτωματολογίας των ατόμων με ΔΛΤ. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα αυτά πάσχουν συχνά από δυσκοιλιότητα που οφείλεται σε χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών. Για αυτό το λόγο γίνονται και ιδιαίτερες συστάσεις στα άτομα

με ΔΛΤ να αυξήσουν σταδιακά τις αδιάλυτες φυτικές ίνες στο διαιτολόγιό τους ώστε να βοηθηθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας (Krause, 2000). Φαίνεται πως τα άτομα του δείγματος στη προσπάθειά τους να αποφύγουν το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας συνηθίζουν να καταναλώνουν αρκετή ποσότητα αδιάλυτων φυτικών ινών, ενώ δεν κάνουν το ίδιο για τις διαλυτές φυτικές ίνες.

5.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Από τη μελέτη αυτή προέκυψε ότι τρία ψυχολογικά χαρακτηριστικά, ο χαμηλός αυτοσεβασμός, το χαμηλό αίσθημα ευτυχίας (ή η δυστυχία) και η χαμηλή ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, μπορούν να προβλέψουν με μεγάλη ακρίβεια ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΔΛΤ. Επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ έχουν χαμηλή ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, υψηλό αίσθημα άγχους και αρνητική εικόνα για τη ζωή.

Σύμφωνα και με άλλες μελέτες ο αυτοσεβασμός είναι χαμηλός σε άτομα με ΔΛΤ (Peters, 1984; Steiger, 1992, Johnson, 2004). Έχει βρεθεί ότι ο χαμηλός αυτοσεβασμός απορρέει από τον φόβο της κοινωνικής απόρριψης και της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή, πολύ συχνό φαινόμενο σε εφήβους. Για να αποφύγουν να βρεθούν στη δύσκολη θέση ενός απομονωμένου κοινωνικά ατόμου, οι έφηβοι προτιμούν να υιοθετούν συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές «κοινωνικά αποδεκτές» ώστε να μη διαφέρουν σημαντικά από τους άλλους. Αυτό συνεπάγεται χαμηλή εκτίμηση για τον εαυτό τους και χαμηλό αυτοσεβασμό (Rothenberg, 1990). Για τα άτομα με ΔΛΤ έχει βρεθεί ότι δε σέβονται τον εαυτό τους ως έχει και πιστεύουν ότι αν χάσουν λίγα κιλά θα πετύχουν την αποδοχή και τα κοπιμήντα του κοινωνικού περιγύρου. Αυτή η σκέψη μπορεί να οδηγήσει σε ανορθόδοξες τακτικές απώλειας βάρους. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα αυτά καθορίζουν την αξία τους με βάση τα πιστεύω των άλλων και όχι των ίδιων,

ενώ η σημερινή κοινωνία δε τους βοηθά καθόλου, καθώς στιγματίζει τα υπέρβαρα άτομα (Pike, 1995). Επομένως φαίνεται ότι ο αυτοσεβασμός είναι ένας παράγοντας ιδιαίτερα χαμηλός στα άτομα με ΔΛΤ και θα μπορούσε να προβλέψει αν ένα άτομο έχει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει ΔΛΤ. Αυτό δείχνουν και πρόσφατες μελέτες που εστιάζουν στην βελτίωση της κατάστασης ατόμων με ΔΛΤ αυξάνοντας τον αυτοσεβασμό, ως μέσο για την επίτευξη του στόχου (O'Dea, 1999).

Ως προς το δεύτερο χαρακτηριστικό που αφορά το χαμηλό αίσθημα ευτυχίας, αρκετές μελέτες έχουν προηγηθεί που εξετάζουν την σχέση ευτυχίας και εμφάνισης ΔΛΤ. Έχει βρεθεί ότι το 45% των ατόμων με ΔΛΤ πάσχουν από κατάθλιψη (Zerbe, 1991). Το δύσκολο σημείο που προκύπτει είναι ο καθορισμός του τι προκαλεί τί. Η βιβλιογραφία δεν μπορεί να εξηγήσει αυτή την αιτιολογική σχέση. Είναι πιθανό οι ΔΛΤ να προκαλούν κατάθλιψη, ή η κατάθλιψη να ωθεί τα άτομα στην ανάπτυξη ΔΛΤ, ή θα μπορούσε ένας άγνωστος τρίτος παράγοντας να προκαλεί την κατάθλιψη και τις ΔΛΤ (Fava, 1997). Στις γυναίκες με ΔΛΤ οι αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα δεν περιορίζονται γύρω από την εικόνα και το βάρος του σώματος. Οι γυναίκες αυτές δηλώνουν συχνά δυστυχία (Pryor, 1996). Δίνουν την αίσθηση ότι δεν υπάρχει καμιά ελπίδα βελτίωσης. Επομένως φαίνεται ότι η ευτυχία είναι ένας παράγοντας που θα μπορούσε να προβλέψει ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΔΛΤ, καθώς αυτά θα δηλώνουν συχνότερα λιγότερο ευτυχισμένα και απαισιόδοξα.

Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι οι ΔΛΤ έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων (Levine, 1987). Πολλοί ερευνητές θέτουν ως στόχο για την αντιμετώπιση των ΔΛΤ την ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσα στο σχολείο που να εφοδιάζουν τα παιδιά με κριτική σκέψη, με ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων, καθώς και με τεχνικές για ανάπτυξη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων (Neumark-Sztainer, 1996). Επομένως είναι πιθανό η χαμηλή ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων να μπορεί να προβλέψει τις τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ.

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ΔΛΤ έχουν χαμηλότερη ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων (Neckowitz, 1991). Συγκεκριμένα έχουν μελετηθεί άτομα με ΝΒ και έχει βρεθεί ότι συγκριτικά με υγιή άτομα, τα άτομα με ΝΒ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν μία προσπάθεια για να μη χρειαστεί να αντιμετωπίσουν μία δύσκολη κατάσταση. Συνήθως λείπει η ενεργητική απάντηση σε πραγματικές καταστάσεις της ζωής, ενώ είναι εμφανής η απάθεια και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η αποφυγή αντιμετώπισης των πραγματικών καταστάσεων οδηγεί σε ανικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων και συσχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη κατάθλιψης (Troop, 1994). Το πόσο σημαντικό είναι αυτό φαίνεται από μία άλλη μελέτη που εξετάζει τρόπους παρέμβασης για την αντιμετώπιση των ΔΛΤ (Seaward, 1999). Ο Seaward πιστεύει ότι η δημιουργικότητα και η ανάκτηση της ικανότητας αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων είναι τα κλειδιά για να ελέγξει το άτομο την ζωή του και να μπορέσει να επιλύσει τα προβλήματά του. Επειδή ακριβώς τα προβλήματα και το άγχος είναι συστατικά της ζωής, θα πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις και όχι να τις αποφεύγουν.

Η αρνητική εικόνα είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό των ατόμων με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για πολλούς λόγους. Μελέτες έχουν δείξει ότι ένα άτομο μπορεί να έχει προδιάθεση για ανάπτυξη ΔΛΤ και αυτές να μην εμφανίζονται μέχρι τη στιγμή που κάποιο γεγονός προκαλεί πίεση στο άτομο. Αγχώδεις καταστάσεις μπορούν να πυροδοτήσουν την ανάπτυξη ΔΛΤ (Horeish, 1996). Το άτομο τότε προσπαθεί να ελέγξει την κατάσταση. Η ανάγκη όμως αυτή δεν εκπληρώνεται, αλλά αντιθέτως το αίσθημα της αποτυχίας το κυριεύει, ακολουθεί η αποτυχία να χάσει βάρος, η αποτυχία να είναι υγιής, η αποτυχία στις διαπροσωπικές σχέσεις, η αποτυχία να μείνει εκτός νοσοκομείου (Rothenberg, 1990). Οι γυναίκες με ΔΛΤ έχει βρεθεί να έχουν αρνητική εικόνα για την ζωή γενικά (Pryor, 1996). Επομένως φαίνεται πως είναι πιθανό οι δύο ομάδες της μελέτης να διαφέρουν σημαντικά ως προς την αντιμετώπιση της ζωής, με τα άτομα

που εμφανίζουν τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ να βλέπουν τα πάντα πιο αρνητικά.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία είναι δύο από τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν άγχος σε ένα άτομο με ΔΛΤ. Η συχνή εφαρμογή διαιτών αδυνατίσματος προκαλεί επίσης άγχος (Brown, 1992) και μπορεί να ωθήσει τις γυναίκες στην κατάθλιψη, λόγω της συχνής αποτυχίας απώλειας βάρους. Μελέτες έχουν δείξει σημαντική συσχέτιση μεταξύ ΔΛΤ και άγχους σε μαθητές λυκείου (Fisher, 1994). Οι ΔΛΤ σχετίζονται με αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζονται νωρίς στη εφηβική ζωή και είναι πιθανό να οφείλεται στην φυσιολογική ανωριμότητα ενός νέου ανθρώπου να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις (Horesh, 1996). Οι αγχώδεις καταστάσεις έχει βρεθεί ότι σχετίζονται σημαντικά με τις ΔΛΤ και άλλες ψυχολογικές διαταραχές στην εφηβεία (Goodyer, 1993).

5.3 ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά δε διέφεραν σημαντικά στα άτομα με ή χωρίς τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ. Το εύρημα αυτό δεν συμπίπτει με προηγούμενες μελέτες, όπου έχει βρεθεί ότι άτομα με ΔΛΤ παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με υγιή άτομα ως προς το βάρος, τον δείκτη μάζας σώματος, το πάχος των δερματοπτυχών, τις περιφέρειες και το ποσοστό λίπους σώματος (Kerruish, 2002). Η ασυμφωνία αυτή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι τα άτομα που εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ και όχι με διεγνωσμένες ΔΛΤ. Ίσως να βρίσκονται σε κάποιο αρχικό στάδιο, ίσως και να μην αναπτύξουν ποτέ κάποια διαταραχή. Ακριβώς για αυτό το λόγο μπορεί να μην ήταν εμφανείς οι διαφορές ανάμεσα στα υγιή άτομα και τα άτομα με τάσεις για ΔΛΤ, καθώς οι αλλαγές στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά θα υποδήλωναν μία πιο προχωρημένη διαταραχή και άρα θα άτομα αυτά θα εμφάνιζαν ανορθόδοξα υψηλές βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών.

5.4 ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΕΣ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ

Βρέθηκε ότι τα άτομα με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ ασχολούνται πολύ περισσότερη ώρα με οργανωμένες δραστηριότητες σωματικής άσκησης μέτριας και υψηλής έντασης σε σχέση με τα υγιή άτομα. Το εύρημα αυτό συμπίπτει με προηγούμενες μελέτες που δείχνουν ότι τα άτομα με ΔΛΤ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (Davis, 1994). Η εξήγηση που δίνεται υποστηρίζει ότι τα άτομα αυτά προσπαθούν να μειώσουν την πρόσληψη βάρους με την κατανάλωση θερμίδων. Μάλιστα στην παραπάνω μελέτη βρέθηκε ότι το 78% των ατόμων με ΔΛΤ ασχολείται με εξαντλητική σωματική άσκηση για να πετύχει το στόχο του. Η υπερβολική άσκηση είναι συχνό φαινόμενο στα άτομα με ΔΛΤ (Davis, 1997; 1999). Μια άλλη μελέτη έδειξε τη σχέση της υπερβολικής σωματικής άσκησης στα άτομα με ΔΛΤ με βιοψυχολογικούς παράγοντες, όπως τα αρνητικά συναισθήματα, τον θυμό, τις έμμονες ιδέες, κ.ά. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι τα άτομα με ΔΛΤ αισθάνονται την ανάγκη για έντονη φυσική άσκηση όταν καταλαμβάνονται από αρνητικά αισθήματα, όταν θυμώνουν, όταν έχουν ανάγκη από στοργή και τρυφερότητα, και όταν νοιώθουν κατάθλιψη (Vansteelandt, 2004).

Ως προς τις δίαιτες αδυνατίσματος και τη σχέση τους με τις ΔΛΤ, μελέτες έχουν δείξει ότι το 70% των κοριτσιών με φυσιολογικό σωματικό βάρος πιστεύει ότι θα έπρεπε να ακολουθήσει διαίτα για να αδυνατίσει και θα μπορούσε να υιοθετήσει διάφορες τακτικές για να το καταφέρει (Ferron, 1997; Rierdan, 1997). Ο φόβος του περιττού λίπους που οδηγεί τα άτομα σε δίαιτες αδυνατίσματος είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΛΤ (Fisher, 1995). Η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος αυξάνει με την ηλικία, καθώς το παιδί μετακινείται από το γυμνάσιο στο λύκειο (Gralen, 1990; Thelen, 1992).

5.5 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στην παρούσα έρευνα στα κορίτσια με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα: α) η συνολική πρόσληψη λίπους σχετίστηκε αρνητικά με την συναισθηματική νοημοσύνη, ενώ σχετίστηκε θετικά με το άγχος, β) η πρόσληψη κορεσμένου λίπους σχετίστηκε αρνητικά με το άγχος, και γ) η πρόσληψη βιταμινών του συμπλέγματος Β σχετίστηκε με συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Πιο αναλυτικά, η πυριδοξίνη σχετίστηκε θετικά με την ενσυναίσθηση και την θετική εικόνα, ενώ η κοβαλαμίνη σχετίστηκε θετικά με την ευελιξία.

Εξετάζοντας την συνολική πρόσληψη λίπους και τα επίπεδα άγχους στα κορίτσια με ΔΛΤ μπορεί να δοθεί μιά πιθανή εξήγηση βασισμένη σε επιμέρους ευρήματα άλλων ερευνών. Τα άτομα με ΔΛΤ αποφεύγουν την πρόσληψη λίπους λόγω της φοβίας που έχουν αναπτύξει απέναντι στα λιπαρά «κακά» τρόφιμα (Hoyt, 2003). Κάθε παραβίαση αυτής της τακτικής είναι λογικό να αυξάνει το άγχος λόγω του φόβου της αύξησης του βάρους. Αυτό ακριβώς βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη, δηλαδή θετική συσχέτιση των δύο παραγόντων, όσο αυξάνει η πρόσληψη λίπους, αυξάνει και το άγχος των κοριτσιών. Η πιθανή εξήγηση για την αρνητική συσχέτιση του λίπους με την συναισθηματική νοημοσύνη είναι πιθανό να απορρέει από τη σχέση της πρόσληψης λίπους και του άγχους. Ένα άτομο με ΔΛΤ όσο μεγαλύτερη ποσότητα λίπους καταναλώνει τόσο περισσότερο άγχος θα παρουσιάσει και τόσο χαμηλότερη συναισθηματική νοημοσύνη θα έχει. Υπενθυμίζεται στο σημείο αυτό ότι δύο σημαντικές υποκατηγορίες της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι η αντοχή στο στρες και ο έλεγχος της παρορμητικότητας. Όταν το άτομο χάνει τον έλεγχο του εαυτού του και αγχώνεται εύκολα, θα έχει και χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη.

Η συσχέτιση με τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μπορεί να εξηγηθεί λαμβάνοντας υπόψιν τον ρόλο των βιταμινών αυτών στο κεντρικό νευρικό σύστημα του ανθρώπου, όπου παίζουν σημαντικό ρόλο. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ΔΛΤ

πάσχουν συχνά από αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στην υπόφυση και άλλες περιοχές (Enzman, 1977; Palazidou, Robinson, 1990; Husain, 1992). Μιά πιθανή, λοιπόν, εξήγηση θα ήταν με τις αλλοιώσεις αυτές να είχαμε αλλοίωση σε κέντρα του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τα συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Οι μέχρι σήμερα έρευνες έχουν δείξει ότι κάποιες από τις βλάβες αφορούν διαταραχές της μνήμης, της μάθησης, και της ικανότητας συγκέντρωσης και προσοχής (Szmukler, 1992).

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, στα χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα άτομα που παρουσιάζουν τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ και στα υγιή άτομα.

Ως προς τα διατροφικά χαρακτηριστικά, τα πρώτα ακολουθούν ένα τρόπο διατροφής που χαρακτηρίζεται από χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη, χαμηλή πρόσληψη λίπους και υδατανθράκων. Επίσης παρατηρήθηκε χαμηλή πρόσληψη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και υψηλή πρόσληψη αδιάλυτων φυτικών ινών.

Στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικό το γεγονός ότι σχετίστηκαν με τη διαταραγμένη συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό. Συγκεκριμένα τα άτομα με τάσεις για ΔΛΤ έχουν χαμηλό αυτοσεβασμό, είναι λιγότερο ευτυχισμένα, έχουν χαμηλότερη ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, βλέπουν πιο αρνητικά τη ζωή γενικά και έχουν περισσότερο άγχος.

Ως προς τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά δεν παρατηρήθηκαν διαφορές, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Τα άτομα με τάσεις για ΔΛΤ φαίνεται να ασχολούνται με οργανωμένες δραστηριότητες φυσικής άσκησης μέτριας και υψηλής έντασης για αρκετή ώρα συγκριτικά με τα υγιή άτομα. Επίσης ασχολούνται πολύ περισσότερο με δίαιτες αδυνατίσματος.

Τέλος, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά συσχετίστηκαν με τα διατροφικά χαρακτηριστικά από όπου προέκυψε ότι το άγχος και η συναισθηματική νοημοσύνη, καθώς και κάποιες υποκατηγορίες της, όπως η ευελιξία και η ενσυναίσθηση, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την πρόσληψη συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και για την ακρίβεια του λίπους και των βιταμινών του συμπλέγματος Β αντίστοιχα.

7. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αν και η βιβλιογραφία είναι τεράστια για μία τόσο σοβαρή διαταραχή όσο αυτή της πρόσληψης τροφής, και οι γνώσεις που προσφέρονται είναι άπειρες, θα ήταν σκόπιμο να αναζητηθούν οι λύσεις σε ένα άλλο επίπεδο και να παρατηρηθούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών από μία άλλη οπτική γωνία, καθώς πολλά ερωτηματικά δεν έχουν βρει την απάντησή τους στο χώρο της θεραπείας ατόμων με ΔΛΤ.

Με αφορμή την παρούσα έρευνα που συσχέτισε την διατροφή των ατόμων με τάσεις για ανάπτυξη ΔΛΤ με ψυχολογικά χαρακτηριστικά, δίνοντας αρκετά συμπεράσματα παρά τον μικρό αριθμό του δείγματος, θα ήταν ωφέλιμο για την επιστημονική κοινότητα και τα άτομα που πάσχουν από ΔΛΤ, να μελετηθούν τα παραπάνω χαρακτηριστικά σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα.

Στη συνέχεια, βασισμένοι σε αυτά κρίνεται σκόπιμο να σχεδιαστεί ένα πρωτόκολλο παρέμβασης που να αποβλέπει στην βελτίωση εκείνων των χαρακτηριστικών που ενοχοποιήθηκαν για την διαταραγμένη συμπεριφορά, ώστε να εφαρμοστεί σε επιλεγμένο δείγμα και να αξιολογηθούν τα δεδομένα που θα προκύψουν, με την προοπτική να ανιχνευτεί ένα μονοπάτι στην θεραπεία και αντιμετώπιση του συνεχώς αυξανόμενου προβλήματος των ΔΛΤ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Altabe, M., Thompson, J. K. (1993). Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 323-328.
2. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington, D. C., 539-555, 729.
3. Anderluh, M.B. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 160(2), 242-7.
4. Askevold, F. (1982). Social class and psychosomatic illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 256.
5. Attie, I., Brooks-Gunn, J. (1995). The development of eating regulation across the life span. *The Developmental psychopathology*, 10.
6. Ayllon, T., Haughton, E., Osmond, H. P. (1964). Chronic anorexia: A behaviour problem. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 147-57.
7. Baker-Dennis, A., Sansone, R. A. (1997). Overview of eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related disorders. *Laureate*, 2, 57.
8. BarOn, R. (1997). BarOn emotional quotient inventory: a measure of emotional intelligence. (user's manual), Toronto, ON-North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
9. BarOn, R., Parker J. (2000). The Handbook of Emotional Intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass, Wiley company.
10. Boschi, V. et al. (2003). Body composition, eating behaviour, food-body concerns and eating disorders in adolescent girls. *Ann Nutr Metab*, 47(6):284-93.
11. Brown, C., and Gilligan, C. (1992). Meeting at the Crossroad, Harvard University Press, Cambridge, MA.
12. Brown, C., Gilligan, C. (1992). Meeting at the Crossroad. Harvard University Press, Cambridge, MA.

13. Bruch, H. (1969). Hunger and Instinct. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149.
14. Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
15. Brumberg, J. J. (1988). *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
16. Brumberg, J. J. (1997). *The body project: An Intimate History of American Girls*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
17. Carter, J. A., Duncan, P. A. (1984). Binge-eating and vomiting: a survey of a high school population. *Psychology in the Schools*, 21, 198.
18. Caruso, D.R., Mayer, J.D., Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *J Pers Assess*, 79(2), 306-20.
19. Cash, T. F., Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
20. Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore, University Park, MD.
21. Crisp, A. H. (1965). Some aspects of the evolution, presentation and follow-up of anorexia nervosa. *Proc R Soc Med*, 58: 514.
22. Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Academic Press, London.
23. Crisp, A. H., Joughin, N., Halek, C., Bowyer, C. (1996). *Anorexia nervosa: the wish to change*. Psychology Press Ltd, 2nd edition, New York.
24. Davis, C., et al. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Compr Psychiatry*, 38(6):321-6.
25. Davis, C., Katzman, D. K., and Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology. *J Nerv Ment Dis*, 187(6):336-42.

26. Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E., Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychol Med*, 24(4):957-67.
27. Enzman, D. R., Lane, B. (1977). Cranial computed tomography findings in anorexia nervosa. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 1, 410-14.
28. Fairburn, C., Brownell, K. (2002). *Eating Disorders*. The Guildford Press, 2nd edition, New York.
29. Fairburn, G.C., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, vol.361.
30. Fava, M., Abraham, M., Clancy-Colecchi, K., Pava, J. A., Matthews, J., Rosenbaum, J. (1997). Eating disorders symptomatology in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 140.
31. Fernstrom, M. H., et al. (1994). Twenty-four hour intake in patients in anorexia nervosa and in healthy control subjects. *Biol Psychiatry*, 36: 696.
32. Ferron, C. (1997). Body image in adolescence in cross-cultural research, *Adolescence*, 32, 735.
33. Fisher, M. et al. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 67.
34. Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *Journal of Adolescent Health*, 16(6), 420.
35. Fisher, S. (1973). *Body Consciousness*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
36. Fryer, S., Waller, G., Kroese, B. S. (1997). Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 427.
37. Garner, D., Wooley, S. (1991). Confronting the failure of behavioural and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychological Review*, 11, 729.
38. Gilbert, S. (1986). *Pathology of Eating*. London: Routledge.
39. Goleman Daniel (1998) *Working with Emotional Intelligence*, Bantam Books.
40. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.

41. Goodyer. I. M. (1993). Recent stressful life events: their long term effects, *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 1.
42. Gordon, R. A. (1991). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Blackwell Publishers, Malden, MA.
43. Gottman John (1997) *Raising an Emotionally Intelligent Child*.
44. Gralen, S. I., et al. (1990). Dieting and disordered eating during early and middle adolescence: do the influences remain the same? *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 501.
45. Grange, D., Tibbs, J., Slibowitz, J. (1995). Eating attitudes, body shape, and self-disclosure in a community sample of adolescent girls and boys. *Eating Disorders*, 3(3), 253.
46. Groothausen, J. et al. (1997). Influence of peak strain on lumbar bone mineral density: An analysis of 15-year physical activity in young males and females. *Ped.Exer.Sci* (9):159-173.
47. Gull, W. W. (1868). The address in medicine. Delivered before the annual meeting of the British Medical Association at Oxford. *Lancet*, 2, 171-176.
48. Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London, 7, 22-28.
49. Gustafson-Larson, A. M., Terry, R. D. (1996). Weight-related behaviours and concerns of fourth-grade children. *The developmental psychopathology of eating disorders: implications for research, prevention and treatment*, 207.
50. Harrison, K. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 12, 98.
51. Herrnstein, R., Charles, M. (1994). *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. Free Press, New York, σελ. 66.
52. Herzog, D. (1982). Bulimia: the secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23, 481-487.

53. Hewitt, P.L., Flett, G.L., Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *Int J Eat Disord*, 18(4), 317-26.
54. Horesh, N., Apter, A. et al. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 921.
55. Hoyt, D. W. (2003). The effects of Dietary Fat and Caloric Content on the Body-Size Estimates of Anorexic Profile and Normal College Students. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 59(1), 85-91.
56. Hurst, P. S., et al. Teeth, vomiting and diet: A study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *Postgrad Med J*, 53: 298.
57. Husain, M. M., Black, K. J., et al. (1992). Subcortical brain anatomy in anorexia and bulimia. *Biological Psychology*, 31, 735-8.
58. Jakes, R.W. et al. (2001). Patterns of physical activity and ultrasound attenuation by heel bone among Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): population based study. *BMJ*, January 322: 1-5.
59. Johnson, C., et al. (2004). Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors* 5, 147-156.
60. Kalodner, C. R. (1997). Media influences on male and female non-eating disordered college students: a significant issue. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5(1), 47.
61. Kemper, HCG (ed). (1995). The Amsterdam Growth Study, a longitudinal analysis of health, fitness and lifestyle. *HK Sports-science Monograph* (6): 42-44, Human Kinetics: Champaign, IL.
62. Kerruish, P. K. (2002). Body composition in adolescents with anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr.*, 75: 31-7.
63. Laessle, R. G., Beumont, P. J., Butow, P., Lennerts, W., O'Conner, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W., Waadt, S. (1991). A comparison of

- nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 250.
64. Lam, L.T., Kirby, S.L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *J Soc Psychol*, 142(1), 133-43.
65. Lasegue, P. (1873). De l'anorexie hysterique. *Archives Generale de Medecine*, 21, 385-403.
66. Leon, R.G., et al. (1993). Personality and Behavioral Vulnerabilities Associated with Risk Status for Eating Disorders in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 438-44.
67. Levenkron, S. (1982). Anatomy of Anorexia. Lion's Crown Ltd, 1st edition, USA.
68. Levenkron, S. (1982). Treating and Overcoming Anorexia Nervosa. Scribner, New York.
69. Levine, M. (1987). How Schools Can Help Combat Student Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia. *National Education Association*. Washington D. C.
70. Levine, M. P., Slovak, L. Hayden, H. (1994a). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviour among middle school girls. *Journal of early adolescence*, 14, 471-490.
71. Lilenfeld, L.R., et al. (1998). Genetic studies of anorexia and bulimia nervosa. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, Chichester: Wiley, 169-94.
72. McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 205.
73. McCauley, M. C., Mintz, L. B., Glenn, A. G. (1988). Body image self-esteem and depression: closing the gender gap. *Sex roles*, 18, 381-391.
74. Mitchell, S.J. (1990). Changes after taking a college basic nutrition course. *J Am Diet Assoc*, 90(7), 955-61.
75. Morton, R. (1694). Phthisiologia, or A treatise of consumptions. London: Smith and Walford.

76. Nassar, M. (1988). Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 573-577.
77. Neckowitz, P. and Morrison, T. L. (1991). Interactional coping strategies of normal-weight bulimic women in intimate and nonintimate stressful situations. *Psychological Reports*, 69, 1167.
78. Neumark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. *Journal of School Health*, 66, 64, 69.
79. O'Dea, A. J. And Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviours of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on Self-Esteem. *Int J Eat Disord.*, 28: 43-57.
80. Orbach, S. (1986). Hunger strike: Anorexia Nervosa as a metaphor for our time. W. W. Norton, New York.
81. Palazidou, E., Robinson, P., Lishman, W. A. (1990). Neuroradiological and neuropsychological assessment in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 20, 521-7.
82. Peters, C. , et al. (1984). Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia in school age children. *School Psychology Review*, 13, 183.
83. Pike, K. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls, *Psychology of Women Quarterly*, 19, 373.
84. Pinkston, M. (2001). Psychological, nutritional, and energy expenditure differences in college females with anorexia nervosa vs. comparable-mass controls. *Eating Disorders*, 169-181.
85. Podar, I., Hannus, A., Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *J Pers Assess*, 73(1), 133-47.
86. Position of the American Dietetic Association (2001): Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS), volume 101, number 7.

87. Pryor, T. and Wiederman, M. W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67, 414.
88. Reinstein, N., et al. (1992). Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference?. *J Am Diet Assoc*, 92(8), 949-53.
89. Rierdan, J. and Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32, 615.
90. Robert-McComb, J. (2001). *Eating Disorders in women and children, prevention, stress management and treatment*, CRC Press, USA.
91. Robert-McComb, J., Clopton, J., Jambor, E., Weekes, E. (1997). Explanatory variance in bulimia. Study conducted at Texas Tech University, Lubbock.
92. Rosen, J. C., Compas, B. E., Tracy, B. (1993). The relationship among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: a prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 153.
93. Rosen, J., Tacy, B., Howell, D. (1990). Life stress, psychological symptoms, and weight reducing behaviour in adolescent girls: a prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 17.
94. Rost, W., Newhaus, M. Florin, I. (1982) Bulimia nervosa sex roles, sex role behaviour, and sex role related levels of control in bulimanic women. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 403-408.
95. Rothblum, E. (1990). Women and weight: fad and fiction. *Journal of Psychology*, 124, 5-24.
96. Rothenberg, A. (1990). Adolescence and eating disorder: the obsessive-compulsive syndrome, *Adolescence: Psychopathology, Normality, and Creativity*, 13, 469.
97. Ryle, J. A. (1936), Anorexia nervosa. *Lancet*, ii, 893-899.
98. Salovey and Mayer, Emotional Intelligence, Κεφ. Ο βασικός ορισμός της συναισθηματικής νοημοσύνης, σελ. 189.

99. Schebendach, J., et al. Nutrient quality of diets of adolescents with anorexia nervosa (Abstract). *J Adolesc Health*, 20: 151.
100. Schmidt, U. H., Tiller, J. M., Andrews, B, Blanchard, M. Treasure, J. (1997). Is there a specific precipitating onset of anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27(3), 523.
101. Schwartz, H. (1986). Never Satisfied: A cultural history of diets, fantasies and fats. Free press, New York.
102. Seaward, B. L. (1999). Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well Being. 2nd ed., Jones and Bartlett, Sudbury, MA, chap. 13.
103. Sharpe, T. A., Ryst, E., Steiner, H. (1997). Reports of stress: a comparison between eating disordered and non-eating disordered adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(2), 117.
104. Shisslak, C. M., Crago, M., Estes, L. S., Gray, N. (1996). Content and method of developmentally appropriate prevention programs. *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for Research, Prevention and Treatment*, 14.
105. Slade, P. D. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.
106. Slade, P. D., Russell, G. G., (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cros-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
107. Smolak, L., Levine, M. P. (1994). Toward an empirical basis for primary prevention of eating problems with elementary school children. *Eating Disorders*, 2(4), 283.
108. Soukup, V. M., Beiler, M. E., Terrell, F. (1990). Stress, coping style, and problem-solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 592.
109. Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., Nonas,

- C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
110. Steiger, H., Leung, F. Y., Puentes-Neuman, G., and Gottheil, N. (1992). Psychosocial profiles of adolescent girls with varying degrees of eating and mood disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 121.
111. Steiner, H., et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12 Suppl 1, I38-6.
112. Striegel-Moore, R., Silberstein, L.R., Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246.
113. Szmuckler, G. I., Tantam, J. (1984). Anorexia nervosa: starvation dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 303-10.
114. Szmukler, G. et al. (1992). Neuropsychological impairment in anorexia nervosa before and after refeeding. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 14, 347-352.
115. Thelen, M. H., et al. (1992). Eating and body image concerns among children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 41.
116. Thompson, B. (1994). *A Hunger So Wide and So Deep*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
117. Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Pergamon Press, New York.
118. Tiggeman, M., Pickering, A.S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 199-203.
119. Treasure, J. (1997). *Anorexia nervosa: a survival guide for families, friends and sufferers*. Institute of Psychiatry, London, UK, Psychology Press Ltd, New York.
120. Troop, N. A., et al. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 535.
121. Vandereycken, W., Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. New York University Press, New York.

122. Vansteelandt, K. et al. (2004). Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology. *Eating Behaviors* 5, 67-74.
123. Verschuur, R. and Kemper, HCG. Longitudinal changes in daily physical activity in girls and boys between age 12 and 18. In R Verschuur (ed), *Daily physical activity and health* (pp. 61-94). Haarlem, The Netherlands: B.V. Uitgeverij de Vrieseboch.
124. Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 345.
125. Whisenant, S.L., Smith, B.A. (1995). Eating disorders: current nutrition therapy and perceived needs in dietetic education and research. *J Am Diet Assoc*, 95(10), 1109-12.
126. Wolf, N. (1991). *The beauty myth*. Vintage Books, Toronto.
127. Wurtman, R. J., Wurtman, J. J. (1984). Nutrients, neurotransmitter synthesis, and control of food intake. In: Stunkard AJ, Stellar E (eds.). *Eating and Its Disorders*. New York: Raven Press.
128. Wyrwicka, W. (1984). Anorexia nervosa as a case of complex instrumental conditioning. *Experimental Neurology*, 84, 579-89.
129. Zerbe, K. J. (1993). *The body betrayed: a deeper understanding of women, eating disorders and treatment*. Gurzee Publishers, Carlsbad, CA.
130. Zerbe, K. J., Marsh, S. R., Lolafay, C. (1991). Comorbidity in an inpatient eating disordered population: clinical characteristics and treatment implications. *The Psychiatric Hospital*, 24, 3.