

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ – ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 18-20 ΕΤΩΝ

Ευαγγελία-Χρυσάνθη Βλαχάκη

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αντώνης Ζαμπέλας, Επίκουρος Καθηγητής

Τριμελής επιτροπή:

Αικατερίνη Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Αντώνης Ζαμπέλας, Επίκουρος Καθηγητής

Γιάννης Μανιός, Λέκτορας

ΑΘΗΝΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα

Ευρετήριο Πινάκων-Σχημάτων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΜΕΡΟΣ Α' – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο Πρώτο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

1.1 Εισαγωγή

1.2 Διαταραχές λήψης τροφής: Ιστορική αναδρομή

1.3 Ταξινόμηση

1.3.1 Ψυχογενής ανορεξία

1.3.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια

1.3.1.2 Επιπολασμός

1.3.1.3 Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας

1.3.1.4 Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

1.3.1.5 Θεραπεία και διαιτητική αντιμετώπιση

1.3.2 Ψυχογενής βουλιμία

1.3.2.1 Διαγνωστικά κριτήρια

1.3.2.2 Επιπολασμός

1.3.2.3 Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας

1.3.2.4 Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

1.3.2.5 Θεραπεία και διαιτητική αντιμετώπιση

1.3.3 ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.3.3.1 Προτεινόμενα διαγνωστικά κριτήρια

1.3.3.2 Επιπολασμός

1.4 Πρόληψη των διαταραχών λήψης τροφής

Κεφάλαιο Δεύτερο

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

2.1 Εισαγωγή

2.2 Ιστορική αναδρομή της συναισθηματικής νοημοσύνης

2.3 Συναισθηματική νοημοσύνη: Εννοιολογικές προσεγγίσεις

2.3.1 Θεωρίες ικανότητας: Θεωρητικό μοντέλο Mayer, Salovey & Caruso

2.3.2 Θεωρίες επίδοσης: Θεωρητικό μοντέλο Goleman

2.3.3 Θεωρίες προσωπικότητας: Θεωρητικό μοντέλο BarOn

2.4 Μέσα αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης

2.4.1 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σύμφωνα με το
ερωτηματολόγιο των Mayer, Salovey και Caruso

2.4.2 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του Goleman	1
2.4.3 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του BarOn	1
2.5 Συναισθηματική νοημοσύνη και προσωπικότητα	1

Κεφάλαιο Τρίτο	1
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ	1
3.1 Εισαγωγή	1
3.2 Συναισθηματικοί παράγοντες	1
3.2.1 Αυτοεκτίμηση	1
3.2.2 Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων	1
3.2.3 Σαρकाσμός	1
3.2.4 Τελειομανία	1
3.2.5 Στρες	1
3.2.6 Κατάθλιψη	1
3.3 Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	1
3.3.1 Κοινωνική υποστήριξη	1
3.3.2 Οικογενειακή αλληλεπίδραση και περιβάλλον	1
3.3.3 Κοινωνική τάξη	1
3.4 Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος	1
3.5 Εικόνα σώματος - σεξουαλικότητα	1

ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΡΕΥΝΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ – ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	1
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	1
2.1 Δείγμα	1
2.2 Ερευνητικά εργαλεία	1
2.3 Τρόπος συλλογής δεδομένων	1
2.4 Περιγραφή του ερωτηματολογίου συναισθηματικής νοημοσύνης: BarOn EQ-i	1
88	
2.5 Περιγραφή του ερωτηματολογίου του άγχους του Spielberg	1
2.6 Περιγραφή του ερωτηματολογίου διαιτητικών Συνηθειών (EAT-26)	1
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	10
3.1 Περιγραφική παρουσίαση των διαιτητικών συνηθειών των υποκειμένων	10
3.2 Περιγραφική παρουσίαση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών	10
3.3 Στατιστικές αναλύσεις	10
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	1
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	1
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	1
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'	1

1. Αφίσα
2. Συμφωνητικό εθελοντικής συμμετοχής
3. Οδηγίες εθελοντή
4. Στοιχεία εθελοντή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

1!

1. Ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών (EAT-26)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

1!

1. Ερωτηματολόγιο συναισθηματικής νοημοσύνης (Baron EQ-i)
2. Ερωτηματολόγιο άγχους (STAI)

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Σελ.

ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Πίνακας 1.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας

9

Πίνακας 2.

Διαιτητική αντιμετώπιση ψυχογενούς ανορεξίας

16

Πίνακας 3.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας

21

Πίνακας 4.

Διαγνωστικά κριτήρια μη αλλιώς προσδιοριζόμενων διαταραχών

λήψης τροφής

27

ΜΕΡΟΣ Β' - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πίνακας 5.

Οι πέντε μεγάλες κατηγορίες παραγόντων του ερωτηματολογίου
συναισθηματικής νοημοσύνης του BarOn (EQ-i) και οι επιμέρους
παράγοντες κάθε κατηγορίας

90

Πίνακας 6.

Οι τρεις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων, βασικοί, υποστηρικτικοί και επακόλουθοι, του ερωτηματολογίου συναισθηματικής νοημοσύνης κατά BarOn

91

ΜΕΡΟΣ Β' - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 7.

Διαιτητικές συνήθειες και ηλικία σε άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σε άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά ανεξαρτήτου φύλου

102

Πίνακας 8.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών και της ηλικίας σε κορίτσια με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σε άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά

103

Πίνακας 9.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών και της ηλικίας σε αγόρια με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σε άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά

103

Πίνακας 10.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των δεδομένων που αφορούν στις απαντήσεις των ατόμων με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και των ατόμων

105

με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά στα ερωτηματολόγια

Baron EQ-i και Spielberger

Πίνακας 11.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής

σημαντικότητας των αποτελεσμάτων που αφορούν στις απαντήσεις

των κοριτσιών με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και των

κοριτσιών με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά στα

ερωτηματολόγια Baron EQ-i και Spielberger

106

Πίνακας 12.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής

σημαντικότητας των αποτελεσμάτων που αφορούν στις απαντήσεις

των αγοριών με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και των

αγοριών με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά στα

ερωτηματολόγια Baron EQ-i και Spielberger

107

Πίνακας 13.

Οι δείκτες συσχέτισης Pearson r στο σύνολο των εθελοντών μεταξύ

βαθμολογίας στο EAT-26 με κάθε έναν από τους ψυχολογικούς

παράγοντες

110

Πίνακας 14.

Αποτελέσματα από την λογιστική παλινδρόμηση για την εύρεση

συσχετίσεων στις ψυχολογικές παραμέτρους μεταξύ ομάδας με

Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά και ομάδας με Φυσιολογική

Διατροφική Συμπεριφορά

112

ΣΧΗΜΑΤΑ

ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σχήμα 1.

Σχηματική απεικόνιση διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς	28
---	----

Σχήμα 2.

Σχηματική απεικόνιση φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς	28
--	----

Σχήμα 3.

Κακή εικόνα σώματος και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά	78
---	----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διατριβής μου στο τμήμα Εφαρμοσμένης Διαιτολογίας-Διατροφής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου από τον Οκτώβριο 2003 μέχρι τον Μάιο 2006, 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 διατριβής είναι: «Διαταραχές λήψης τροφής και η σχέση τους με την συναισθηματική νοημοσύνη ατόμων ηλικίας 18-20 ετών».

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Μαριδάκη-Κασσωτάκη 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, την επιστημονική και μεθοδολογική καθοδήγηση, καθώς και για την πρόσβαση που μου εξασφάλισε στον πληθυσμό και τα δεδομένα.

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 2006

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τη σχέση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς με το άγχος και ορισμένους ψυχολογικούς παράγοντες που αποτελούν εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά αποτελεί μια από τις τρεις κατηγορίες των διαταραχών λήψης τροφής και αξιολογήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών EAT-26 (Garner, 1982). Οι ψυχολογικοί παράγοντες που αποτέλεσαν το επίκεντρο της προσοχής μας αναφέρονται σε εκείνους που εξετάζει το τεστ συναισθηματικής νοημοσύνης του BarOn EQ-i, (BarOn 1997), καθώς και το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του άγχους STAI (Spielberger, 1964).

Στην έρευνα συμμετείχαν 201 φοιτητές ηλικίας 18-20 ετών. Οι εθελοντές κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με τη βαθμολογία που είχαν συγκεντρώσει στο ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών EAT-26. Μια ομάδα αποτέλεσαν τα άτομα με βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 20 στο παραπάνω ερωτηματολόγιο, και ήταν τα άτομα με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά (ομάδα ΔΔΣ). Ενώ μια δεύτερη ομάδα περιελάμβανε τα άτομα με βαθμολογία μικρότερη του 5, και ήταν τα άτομα με Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά

(ομάδα ΦΔΣ). Στην πρώτη ομάδα συμμετείχαν συνολικά 60 εθελοντές, ενώ στην στην δεύτερη ομάδα συμμετείχαν 141 εθελοντές.

Από τη μελέτη προέκυψε ότι τρεις ψυχολογικοί παράγοντες, ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η αντοχή στο στρες και η ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων, μπορούν να προβλέψουν με μεγάλη ακρίβεια ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές λήψης τροφής. Επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν χαμηλή ικανότητα διεκδικητικότητας, χαμηλή ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, είναι λιγότερο αισιόδοξα και έχουν υψηλό άγχος.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο Πρώτο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Οι διαταραχές λήψης τροφής προκαλούν σοβαρά προβλήματα στην διατροφική συμπεριφορά. Ψυχογενής Ανορεξία (anorexia nervosa) και Ψυχογενής Βουλιμία (bulimia nervosa) είναι οι δύο πιο γνωστές από τις διαταραχές λήψης τροφής, ειδικά στις δυτικές κοινωνίες (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). 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 καμμιά δεν έχει ιδιαίτερο παθογνωμονικό γνώρισμα. Οι δύο διαταραχές – ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία – έχουν ορισμένα κοινά γνωρίσματα και είναι δυνατό να αλληλοεπικαλύπτονται. Η ψυχογενής βουλιμία δεν συνοδεύεται από καχεξία, η οποία αποτελεί το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η εμφάνιση των διαταραχών λήψης τροφής 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 διαταραχές λήψης τροφής. 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 εμφανιστούν σημαντικές παθολογικές επιπλοκές. Κάποιοι επιστήμονες χαρακτηρίζουν τις διαταραχές λήψης τροφής ως την επίμονα αυξημένη ή ελαττωμένη διάθεση για λήψη τροφής, αντίστοιχα για την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία.

Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται ιστορική αναδρομή των διαταραχών λήψης τροφής και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια, ο επιπολασμός, οι τύποι, η παθογένεια και η θεραπεία των διαταραχών αυτών. Τέλος, γίνεται αναφορά στους τρόπους πρόληψης.

1.2 Διαταραχές λήψης τροφής: Ιστορική αναδρομή

Η ψυχογενής ανορεξία, που αποτελεί μια κατηγορία των διαταραχών λήψης τροφής, δεν είναι μία νέα διαταραχή. Ίσως η παλαιότερη αναφορά της γίνεται από τον Morton 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 ψυχογενής ανορεξία παρά για το τί είναι!* (Morton, 1694). Η αναφορά του Morton πέρασε κυριολεκτικά απαρατήρητη για περίπου τρεις αιώνες.

Η ψυχογενής βουλιμία, που αποτελεί και αυτή μια κατηγορία των διαταραχών λήψης τροφής, 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 αυτό που σήμερα θεωρείται βουλιμική διαταραχή.

Για πάρα πολλά χρόνια οι διαταραχές λήψης τροφής δεν χαρακτηρίζονταν ως παθολογικά φαινόμενα. Η εξαντλητική νηστεία αποτελούσε μέρος της πίστης στο Χριστιανισμό (Vandereycken, 1994). Τα πρώτα κριτήρια για την διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας δημοσιεύτηκαν το 1972 (Feigner, 1972). Επίσης το 1980, ο αμερικανικός ψυχιατρικός σύλλογος δημοσίευσε τα κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία, και μόλις το 1987 αναγνώρισε την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία ως ξεχωριστές οντότητες.

Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα έγινε η πρώτη επιτυχημένη περιγραφή του προβλήματος από τον Γάλλο Lasegue (1873) και τον Άγγλο Gull (1864, 1874), οι οποίοι δημοσίευσαν τις εργασίες τους την ίδια περίπου εποχή. Οι διαταραχές λήψης τροφής όμως παρέμειναν στο περιθώριο μέχρι τον 20^ο αιώνα, οπότε το θέμα άρχισε να απασχολεί τους ειδικούς από μιάν άλλη οπτική γωνία και τέθηκε το ερώτημα μήπως τελικά είναι διανοητικές διαταραχές.

Στη συνέχεια, ο Ryle, γιατρός στο Guy's Hospital του Λονδίνου, έδωσε μια διάλεξη, όπου περιέγραψε 51 περιστατικά ατόμων με ψυχογενή ανορεξία 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 διαταραχών λήψης τροφής σε κάποια άτομα.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, πριν 30 χρόνια δεν υπήρχαν καν ετικέτες, όπως σήμερα, που να χαρακτηρίζουν ένα άτομο 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 (Bruch, 1969). Έτσι, κατέληξε να διατυπώσει 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 διαταραχές λήψης τροφής αναπτύχθηκε με μία πληθώρα υποθέσεων σχετικά με τα αίτια που τις προκαλούν - ξεκινώντας από τις ματαιόδοξες νεαρές που έθεταν μόνιμα ως 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 των διαταραχών λήψης τροφής και μεταδίδεται από γενιά σε γενιά (Lilenfeld, 1998). Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών λήψης τροφής, η κατάθλιψη, ο αλκοολισμός, η παχυσαρκία (κυρίως για την ψυχογενή βουλιμία), 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 μία σαφή σύγκριση, καθορίζοντας, για παράδειγμα, αν η προδιάθεση ενός κοριτσιού στις διαταραχές λήψης τροφής 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.

1.2 Ταξινόμηση των διαταραχών λήψης τροφής

Οι διαταραχές λήψης τροφής περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και τις μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές λήψης τροφής, με το «τσιμπολόγημα» (ή το binge-eating) ως πιο σημαντική από αυτές. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα διαγνωστικά κριτήρια και τα κλινικά χαρακτηριστικά για καθεμία από αυτές σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

1.3.1 Ψυχογενής ανορεξία

1.3.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας

- 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).

4th Αμηνόρροια σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μιά γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια, αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων). Τα παραπάνω κριτήρια δίνονται συνοπτικά στον Πίν. 1 που ακολουθεί.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας.

- 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
-

1.3.1.2 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 εφηβεία, 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 διαταραχών λήψης τροφής λόγω περιορισμένου αριθμού δειγμάτων και χρήσης διαφορετικών εργαλείων και μεθόδων για την εξαγωγή αποτελεσμάτων.

Η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ μεγαλύτερη και φθάνει σε ποσοστά 6-8 % σε κορίτσια που αθλούνται σε αγωνίσματα που το βάρος παίζει πρωτεύοντα ρόλο, όπως ενόργανη γυμναστική, μπαλέτο, modeling κ.ά. Σε αυτά τα αθλήματα το θέμα βάρος παίζει πολύ μεγάλη σημασία και οι προπονητές αυτών των αθλητών θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στους χειρισμούς τους ώστε να μην εκτρέψουν τους αθλητές τους σε επικίνδυνες καταστάσεις.

1.3.1.3 Τύποι ψυχογενούς 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. αυτοπροκαλούμενους 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).

1.3.1.4 Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία 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 ασιτίας και άποιου διαβήτη που οδηγεί σε υπόταση), πληγές στην άνω επιφάνεια των χεριών, χνούδι στα άκρα, την πλάτη και το πρόσωπο, κ.ά. 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).

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.

Το λιποπρωτεϊνικό προφίλ αποτελεί δείκτη καλής υγείας των αγγείων και είναι πλέον ευρέως αποδεκτή η σχέση μεταξύ των αυξημένων επιπέδων της λιποπρωτεϊνης χαμηλής πυκνότητας και της εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σε αρκετές μελέτες υποστηρίζεται ότι άτομα με διαταραχές λήψης τροφής εμφανίζουν αυξημένες τιμές ολικής χοληστερόλης (Mira, 1987). Οι αυξημένες τιμές χοληστερόλης αφορούν τόσο άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, όσο και ψυχογενή βουλιμία (Pauporte, 2001; Vize, 1994).

Στις τυπικές περιπτώσεις, η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας 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 δυσσπορρόφηση και ο υπερθυροειδισμός. Η απώλεια βάρους στην ψυχογενή ανορεξία 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 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 κοιλιάς.

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.

1.3.1.5 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 αντιμετωπισθούν 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 ψυχογενή ανορεξία 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 ψυχογενή ανορεξία, 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. Εξαιρέση 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.ά.).

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 αποκατάστασής 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 συνιστώμενων διαιτητικών ημερήσιων προσλήψεων (Recommended Dietary Allowances, RDA).

Παρατηρεί κανείς ότι οι συστάσεις αυτές δεν διαφέρουν πολύ από τις συστάσεις για τον υγιή πληθυσμό. Απώτερος στόχος στη θεραπεία των ατόμων με διαταραχές λήψης τροφής είναι η απόκτηση υγιών διατροφικών συνηθειών.

Πίνακας 2. Διαιτητική αντιμετώπιση ψυχογενούς ανορεξίας.

Ενέργεια	100% του Βασικού Μεταβολικού Ρυθμού (BMR)
Πρωτεΐνη	15-20%, υψηλής βιολογικής αξίας
Υδατάνθρακες	50-55% (κυρίως αδιάλυτες φυτικές ίνες)
Λίπος	25-30% (προσοχή στα απαραίτητα λιπ. οξέα)
Βιταμίνες & Μέταλλα	100% των συνιστώμενων προσλήψεων (RDA)

Καθυστερημένη γαστρική εκκένωση με αίσθημα κοιλιακής διάτασης και δυσφορίας μετά το φαγητό, είναι συχνά φαινόμενα στην ψυχογενή ανορεξία. 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 νευρογενούς ανορεξίας 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 στήλης του σώματος, διαιτητικές συνήθειες, ιδανική αναλογία ύψους προς βάρος, κατάσταση εμμηνορροίας, 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 διαταραχές λήψης τροφής 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 ψυχογενή ανορεξία 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. Τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με μια ανεπαρκή πρόγνωση περιλαμβάνουν την καθυστέρηση στη διάγνωση και τη θεραπεία, το σχετικά υψηλό βαθμό απώλειας βάρους, τα βουλιμικά συμπτώματα, και ορισμένα γνωρίσματα προσωπικότητας όπως ο χαμηλός αυτοσεβασμός (Fisher, 1995). Επομένως, είναι χρήσιμο και για τον θεραπευτή και για τον ασθενή να καταλάβουν ότι αυτό είναι μια χρόνια ασθένεια και να θέσουν τους λογικούς στόχους και τις προσδοκίες για τη θεραπεία.

1.3.2 Ψυχογενής βουλιμία

1.3.2.1 Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας

1ο Επανειλημμένα 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 Επανειλημμένη 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 νευρογενούς ανορεξίας.

Τα παραπάνω κριτήρια δίνονται συνοπτικά στον Πίν. 3 που ακολουθεί.

Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς βουλιμίας.

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.
-

1.3.2.2 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.

1.3.2.3 Τύποι νευρογενούς βουλιμίας

1ο *Καθαρτικός τύπος*. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρογενούς βουλιμίας, 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 νευρογενούς βουλιμίας, 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.

1.3.2.4 Παθογένεια και κλινικά γνωρίσματα

Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία έχουν οικογενειακό ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών, ιδιαίτερα αλκοολισμού, έξι φορές συχνότερα από όσο θα αναμενόταν τυχαία. Ερέθισμα για την ψυχογενή βουλιμία είναι πιθανό ότι αποτελεί η αύξηση του βάρους και η εναπόθεση λίπους κατά την ενήβωση, ακριβώς όπως συμβαίνει στην ψυχογενή ανορεξία. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της νευρογενούς βουλιμίας δεν είναι ο προκλητός έμετος αλλά τα επεισόδια πολυφαγίας (η ψυχογενής βουλιμία 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 ψυχογενής ανορεξία, οι βουλιμικοί αισθάνονται γενικά εκτός ελέγχου και συχνά δέχονται πρόθυμα τη βοήθεια.

Επειδή στην ψυχογενή βουλιμία 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 ιπεκακουάνας για πρόκληση εμέτου μπορεί να προκαλέσει μυοπαθητική αδυναμία και ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές λόγω τοξικής δράσης της εμετίνης. 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.

1.3.2.5 Θεραπεία και διαιτητική αντιμετώπιση

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται ως μία κατάσταση διατροφικού χάους που ακολουθείται από αυστηρό περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης. Γενικά, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία 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 διετούς 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 ψυχογενή βουλιμία, η απαλλαγή από αντισταθμιστικές

τακτικές και η σταθεροποίηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους είναι πρωτεύουσας σημασίας.

Αν και οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία 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 ψυχογενή ανορεξία. Και εδώ είναι σημαντικό να γίνει εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αυτοπαρακολουθεί την πρόοδό του. Επομένως η θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας περιλαμβάνει υποστηρικτική φροντίδα απαραιτήτως, ψυχοθεραπεία και, ενδεχομένως, χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

1.3.3 Μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές λήψης τροφής

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει διαταραχές λήψης τροφής 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.

1.3.3.1 Προτεινόμενα διαγνωστικά κριτήρια

Οι περιπτώσεις που εντάσσονται σ' αυτή την κατηγορία είναι:

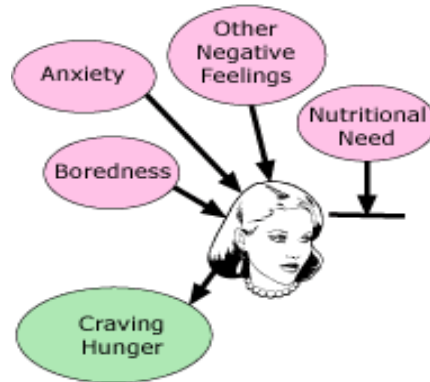
- Για τις γυναίκες, όταν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας αλλά υπάρχει έμμηνος ρύση κανονικά (φυσιολογικός εμμηνορυσιακός κύκλος).
- Όταν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος του ατόμου βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Όταν πληρούνται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς βουλιμίας 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 απόπτυση, αλλά χωρίς κατάποση μεγάλων ποσοτήτων τροφής.
- Αδηφαγικά επεισόδια χωρίς περιοριστικές συμπεριφορές που έρχεται σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά της βουλιμίας (binge eating disorder).

Πίνακας 4. Διαγνωστικά κριτήρια μη αλλιώς προσδιοριζόμενων διαταραχών.

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, 1992).

Ένας άνθρωπος θεωρείται ότι ακολουθεί φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά όταν γευματίζει τακτικά, δεν στερείται παράλογα και δεν είναι έρμαιο ακατανίκητων διατροφικών παρορμήσεων (Apfeldorfer, 1997). Αντίθετα, η διατροφική συμπεριφορά ενός ατόμου χαρακτηρίζεται ως διαταραγμένη όταν παρεκκλίνει από το φυσιολογικό αυτό πρότυπο.



Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς



Σχήμα 2. Σχηματική απεικόνιση φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς

Συνεπώς, η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί με πολλές και διαφορετικές μορφές και σε διαφορετική ένταση (Cortufo, 1998). Από ένα λανθάνων διατροφικό περιορισμό ως την εκδήλωση ψυχογενούς ανορεξίας (Button, 1981), και από την περιστασιακή κατανάλωση ανεξέλεγκτα μεγάλων ποσοτήτων τροφής ως την εκδήλωση ψυχογενούς βουλιμίας (Graber, 2003; O'Mahony, 1995). Γίνεται, λοιπόν, σαφές ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία αποτελούν το καταληκτικό στάδιο μιας σειράς ηπιότερων διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς. Οι υποκλινικές αυτές μορφές των διαταραχών λήψης τροφής εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα στους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα στις γυναίκες (Melve, 1994; Shisslak, 1995).

Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ή μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές λήψης τροφής που δεν είναι αρκετά συχνές ή έντονες για να καλύψουν τα κριτήρια των διατροφικών διαταραχών, μπορούν να είναι αρκετά επικίνδυνες για την υγεία και να εξελιχθούν σε σοβαρές διαταραχές (Newmark-Sztainer, 1996)

1.3.3.2 Επιπολασμός

Ο επιπολασμός της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς είναι δύσκολο να μετρηθεί λόγω της έλλειψης σαφών διαγνωστικών κριτηρίων. Παρ'όλα αυτά, μελέτες έχουν δείξει ότι το 42 % των παιδιών της πρώτης και τρίτης δημοτικού θέλουν να γίνουν πιο αδύνατα και μάλιστα σημειώνουν ότι θα ήθελαν να κάνουν κάτι για να πετύχουν το στόχο τους. Το 40-50% των κοριτσιών πρώτης έως και πέμπτης δημοτικού κάνουν δίαιτα προσπαθώντας να χάσουν βάρος (Smolak, 1994). Ενώ το 20 % των κοριτσιών του δημοτικού σχολείου συχνά «λιμοκτονεί», αρνείται το φαγητό για να χάσει βάρος, καθώς το 24% αποφεύγει γεύματα για να πετύχει τον ίδιο στόχο (Shisslak, 1996).

1.4 Πρόληψη των διαταραχών λήψης τροφής

Η πρόληψη αυτών των νοσημάτων είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα προαγωγής της δημόσιας υγείας. Η συχνότητα μεταξύ των νέων είναι υψηλή και συνεχώς αυξάνεται. Τα νοσήματα αυτά επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία νέων ανθρώπων και αποτελούν δύσκολα περιστατικά με μακροχρόνια πορεία και πολύ υψηλό κόστος αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση απαιτεί την ύπαρξη

οργανωμένης μονάδας με ψυχίατρο, παιδίατρο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό. Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί δύσκολη και πολύπλοκη υπόθεση όπως δύσκολα και πολύπλοκα είναι τα νοσήματα της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας και των μη αλλιώς προσδιοριζόμενων διαταραχών λήψης τροφής ή των μερικών συνδρόμων που δεν πληρούν πλήρως τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας.

Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες πρόληψης με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τα παιδιά που συμμετείχαν παρουσίασαν βελτίωση στο τρόπο που αντιμετωπίζουν τα μέσα ενημέρωσης, το πώς αντιλαμβάνονται το σώμα τους και τρόπους για να ελέγχουν το βάρος του σώματος τους. Τα σχολεία μπορούν να αποτελέσουν τα μέσα για ενημέρωση, εκπαίδευση και μεταφορά των σωστών μηνυμάτων προς τα παιδιά αυτής της τόσο κρίσιμης ηλικίας.

Η Neumark-Sztainer είχε θετική επίδραση σε ένα πρόγραμμα πρόληψης διάρκειας 10 εβδομάδων (2000). Τα παιδιά βοηθήθηκαν ώστε να αποφεύγουν ανθυγιεινούς τρόπους ελέγχου του βάρους σώματος τους και να αποφεύγουν την υπερφαγία. Τα σχολεία μπορούν να χρησιμεύσουν για σφαιρικά πρόγραμμα πρόληψης διαιτητικών διαταραχών, της παχυσαρκίας, της ανορεξίας, της βουλιμίας κ.α. Μπορεί να γίνει τόσο πρωτοπαθής όσο και δευτεροπαθής πρόληψη. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενισχύονται και να συμπληρώνονται από τα μέσα ενημέρωσης τα έντυπα μέσα, κοινωνικές δραστηριότητες και προγράμματα που να απευθύνονται στο κοινωνικό σύνολο. Ένα τέτοιο πιλοτικό πρόγραμμα το “Free to be Me” εφάρμοσε σε κορίτσια

εφηβικής ηλικίας η κα Neumark-Sztainer και είχε πολύ καλή απήχηση στα παιδιά, στους γονείς τους και στην κοινωνία σαν σύνολο (2000).

Η πρωτογενής πρόληψη σε πολλά επίπεδα ατομικό, σχολικό, σε επίπεδο κοινότητας ή δήμου καθώς και σε κοινωνικό επίπεδο αποτελεί αναγκαιότητα για επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων. Η συμμετοχή των σχολείων, εκπαιδευτικών, ιατρών και ιατρικών υπηρεσιών των μέσων ενημέρωσης, των αθλητικών συλλόγων της εκκλησίας και άλλων οργανωμένων φορέων πρέπει να είναι ενεργός και να βοηθούν την όλη προσπάθεια. Σημαντικό ρόλο στην δευτερογενή πρόληψη (έγκαιρη διάγνωση της νόσου) για καλύτερη έκβαση αυτών των νοσημάτων και γενικότερα των διατροφικών διαταραχών αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ιατρών, διαιτολόγων και των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία, διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, βλαβερές δίαιτες και παχυσαρκία ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα τα ύποπτα περιστατικά.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

2.1 Εισαγωγή

Ο όρος συναισθηματική νοημοσύνη χρησιμοποιήθηκε πρόσφατα από τον Goleman (1995, 1998) για να εκφράσει την ικανότητα ενός ατόμου 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, να έχει συναίσθηση και ελπίδα. Σε γενικές γραμμές, η συναισθηματική νοημοσύνη 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 συναισθηματική νοημοσύνη 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 ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις (Goleman, 1995).

Ωστόσο, οι περισσότεροι φαίνεται να συμφωνούν ότι δεν πρόκειται για μια καινούργια έννοια, αλλά μάλλον για μια συστηματοποιημένη και εμπειρικά υποστηριζόμενη αναδιατύπωση παλαιότερων θεωρητικών απόψεων. Ακόμα

όμως και έτσι, η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα που δεν είχαν μέχρι σήμερα εξηγηθεί επαρκώς.

Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις εννοιολογικές προσεγγίσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης κατά Mayer, Salovey & Caruso, Goleman και BarOn. Ακολουθεί η ιστορική αναδρομή της συναισθηματικής νοημοσύνης και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα μέσα αξιολόγησής της σύμφωνα με Mayer, Salovey & Caruso, Goleman και BarOn. Τέλος, γίνεται αναφορά στη σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης με την προσωπικότητα.

2.2 Συναισθηματική νοημοσύνη: Ιστορική αναδρομή

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, όπως ο Ζήνων, ο Επίκτητος και ο Κλεάνθης, παρατηρούσαν διαθέσεις, τάσεις, ορμές, επιθυμίες των ατόμων, καθώς και τη σχέση τους με την επιτυχία στη ζωή. Η φιλοσοφία τους έγινε θρησκεία, επηρέασε τη σκέψη των Εβραίων και αργότερα του Χριστιανισμού (BarOn, 1997).

Αργότερα στα τέλη του 18^{ου} αιώνα εμφανίστηκε ένα κίνημα, το ευρωπαϊκό ρομαντικό κίνημα, με κύριους εκπροσώπους τους Γκαίτε και Ουγκώ. Η κεντρική ιδέα του εστίαζε στην έκφραση 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. Οι πίνακες των ζωγράφων περιείχαν πλέον συμβολισμούς. Για να περάσουν τα μηνύματά τους έπρεπε κανείς να διαβάζει πίσω από τον πίνακα για την βαθύτερη κατανόησή του. Η κοινή λογική δε ήταν αρκετή. Με τον τρόπο αυτό εξέφρασαν τη διαφορετικότητά τους και προειδοποίησαν τον κόσμο για την επικείμενη αλλοτρίωση (BarOn, 1997).

Ο Thorndike (1920) όρισε την συναισθηματική νοημοσύνη ως την ικανότητα που έχει κανείς να καταλαβαίνει τους άνδρες και τις γυναίκες, τα αγόρια και τα κορίτσια, και να χειρίζεται με σοφία τις ανθρώπινες σχέσεις. Το 1940 ο Wechsler έγραψε για την κοινωνική νοημοσύνη. Λίγο αργότερα, εμφανίστηκε μία 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 δικαιωμάτά 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 πια μιά πραγματικότητα (BarOn, 1997).

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 θεωρία του συμπεριέλαβε δύο νέες διαστάσεις: τη διαπροσωπική και την ενδοπροσωπική νοημοσύνη. Βασική προϋπόθεση για να αναπτύξει κανείς τόσο την κοινωνική, όσο και τη διαπροσωπική και την ενδοπροσωπική νοημοσύνη είναι η ικανότητα να βρίσκεται σε άμεση και καλή επαφή με τον εσωτερικό κόσμο των συναισθημάτων του.

Στη συνέχεια, σημαντικότερη ήταν η συνεισφορά των Salovey και Mayer που εμφανίστηκαν το 1990, έχοντας μελετήσει όλες τις προηγούμενες προσπάθειες άλλων μελετητών και έδωσαν τη σύγχρονη έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης (BarOn, 1997).

Την ίδια εποχή έκανε τα πρώτα βήματά του και ο ψυχολόγος Goleman, οι μελέτες του οποίου οδήγησαν στη συγγραφή ενός βιβλίου με τον τίτλο: «Συναισθηματική Νοημοσύνη» (1995). Ο 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 συναισθηματική νοημοσύνη 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.

Την ίδια περίπου εποχή, ο Paul Ekman, πρωτοπόρος μελετητής και υπέρμαχος της θεωρίας για τον διαπολιτισμικό χαρακτήρα των συναισθημάτων, επανέκδοσε το βιβλίο του Δαρβίνου: «Η έκφραση των συναισθημάτων στους ανθρώπους και τα ζώα». Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να γίνει κατανοητή η ευρεία αποδοχή που γνώρισε το βιβλίο του Goleman για την συναισθηματική νοημοσύνη (BarOn, 1997).

2.3 Συναισθηματική νοημοσύνη: Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Για πολλά χρόνια, οι ψυχολόγοι προσπαθούν να καθορίσουν την έννοια της νοημοσύνης. Η λέξη νοημοσύνη δεν εμφανίζεται στα βιβλία πριν τον δωδέκατο αιώνα, μα ούτε καν και στο λεξικό Baldwin που αφορά θέματα φιλοσοφίας και ψυχολογίας, το οποίο 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, οι ψυχολόγοι που διερευνούν θέματα σχετικά με τη λειτουργία του νου, στράφηκαν στην εύρεση τρόπων μέτρησης της νοημοσύνης και εγκατέλειψαν την προσπάθεια ορισμού της. Έτσι, τον τελευταίο αιώνα, η νοημοσύνη αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγια IQ, με τα οποία γίνεται προσπάθεια να καθοριστεί η γνωσιακή νοημοσύνη, δηλαδή, η γνωστική ικανότητα και λειτουργία του ατόμου (η ικανότητά του να μαθαίνει, να θυμάται, να εφαρμόζει, να σκέφτεται, να αιτιολογεί και να συνοψίζει) (Wechsler, 1958). Ο ορισμός του Wechsler για την γνωσιακή νοημοσύνη είναι πιθανότατα ένας από τους πιο χρήσιμους γιατί επιτρέπει την ύπαρξη και άλλων μορφών νοημοσύνης. Σύμφωνα με αυτόν, η γνωσιακή νοημοσύνη αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να δρα 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.

Η γενική νοημοσύνη ενός ανθρώπου αποτελείται εκτός από την γνωσιακή νοημοσύνη, και από την συναισθηματική νοημοσύνη. Όπως ακριβώς και η γνωσιακή νοημοσύνη, έτσι και η συναισθηματική νοημοσύνη είναι δύσκολο να καθοριστεί. Όλες οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τον ορισμό της συναισθηματικής νοημοσύνης, την αντιμετωπίζουν ως μια σύνθετη έννοια που

περιλαμβάνει μια σειρά από διαστάσεις (ικανότητες, χαρακτηριστικά, δεξιότητες) και αναφέρεται σε διάφορα πεδία της ανθρώπινης φύσης (γνωστικό δυναμικό, προσωπικότητα, συμπεριφορά) (Πλατσίδου, 2004). Με βάση το που εστιάζουν οι θεωρίες αυτές, μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Θεωρίες ικανότητας: θεωρούν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια ικανότητα του νου που έχει αντιστοιχίες, ως προς τη δομή και την οργάνωσή της, με τα άλλα είδη νοημοσύνης, τα οποία αναφέρονται κυρίως σε γνωστικές ικανότητες - θεωρία των Mayer, Salovey & Caruso.
2. Θεωρίες επίδοσης: επιχειρούν να εξηγήσουν αλλά και να προβλέψουν την αποτελεσματικότητα και την επίδοση κάποιου στην εργασία του, με βάση τον τρόπο οργάνωσης της προσωπικότητάς του - θεωρία του Goleman.
3. Θεωρίες με πλαίσιο την προσωπικότητα: ερμηνεύουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως ένα συνδυασμό από ικανότητες προσαρμογής και χαρακτηριστικά προσωπικότητας - θεωρία του BarOn.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε αναλυτικά σε κάθε μια από τις θεωρίες αυτές, ξεκινώντας με το θεωρητικό μοντέλο των Mayer, Salovey & Caruso, ακολουθεί το θεωρητικό μοντέλο του Goleman και τέλος το θεωρητικό μοντέλο του BarOn.

2.3.1 Θεωρίες ικανότητας: θεωρητικό μοντέλο Mayer, Salovey & Caruso

Η συναισθηματική νοημοσύνη, σύμφωνα με τους Mayer, Salovey & Caruso, ορίζεται ως: «μια μορφή κοινωνικής ευφυΐας η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα να κατανοεί κανείς τα συναισθήματα τόσο τα δικά του όσο και των

άλλων ανθρώπων, να κάνει λεπτές διακρίσεις ανάμεσα στα διάφορα συναισθήματα, και να χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες ώστε να καθοδηγεί αναλόγως τις σκέψεις και τις πράξεις του» (Mayer, Salovey & Caruso, 1993, σ. 433).

Σύμφωνα με τους Mayer, Salovey και Caruso, η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να αποτελέσει ένα νέο είδος νοημοσύνης. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι το εργαλείο που έχουν κατασκευάσει μετρά ένα ανεξάρτητο είδος νοημοσύνης (1999). Η συναισθηματική νοημοσύνη όπως την όρισαν οι παραπάνω ερευνητές διακρίνεται σε τέσσερις διαστάσεις, την αντίληψη και αναγνώριση των συναισθημάτων, την ενσωμάτωση των συναισθημάτων, την κατανόηση των συναισθημάτων και την διαχείριση των συναισθημάτων, οι οποίες έχουν ως εξής:

1. Αντίληψη και αναγνώριση των συναισθημάτων: είναι η ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα, τόσο τα δικά του όσο και των άλλων, τα οποία αποτυπώνονται στις εκφράσεις του προσώπου, τον τόνο της φωνής, τα έργα τέχνης, κ.ά.
2. Ενσωμάτωση των συναισθημάτων στον τρόπο σκέψης: είναι η ικανότητα του ατόμου να μπορεί να χρησιμοποιεί (να ανασύρει ή να παράγει) τα κατάλληλα συναισθήματα που τροφοδοτούν τη σκέψη και να μπορεί να αναλογίζεται με βάση αυτά. Αφορά, δηλαδή, στην ικανότητα επεξεργασίας συναισθηματικών πληροφοριών (π.χ., «σήμερα είμαι χαρούμενος/η») η οποία επηρεάζει αναλόγως τη γνωστική κατάσταση του ατόμου (π.χ., «νοιώθω ότι είμαι επαρκής ή ικανός/η»), εμπλουτίζοντας έτσι τη διαδικασία της σκέψης.

3. Κατανόηση των συναισθημάτων: πρόκειται για την ικανότητα κατανόησης των σύνθετων συναισθημάτων και των αλυσιδωτών συναισθηματικών αντιδράσεων, πώς δηλαδή, ένα συναίσθημα πυροδοτεί κάποιο άλλο. Για να συμβεί αυτό, λαμβάνει χώρα μια γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων. Η ικανότητα αυτή διευκολύνει πολύ την κατανόηση των διαπροσωπικών σχέσεων.
4. Διαχείριση των συναισθημάτων: πρόκειται για την ικανότητα διαχείρισης τόσο των προσωπικών συναισθημάτων όσο και των άλλων ανθρώπων, με τρόπο ώστε να αντιλαμβάνεται κανείς τι κρύβει πίσω του ένα συναίσθημα και να βρίσκει τους πιο κατάλληλους κάθε φορά τρόπους για την αντιμετώπιση συναισθημάτων όπως ο φόβος, η ανησυχία, ο θυμός, η θλίψη.

Το συναισθηματικό ταλέντο, στα πλαίσια του παραπάνω μοντέλου, αποτελεί μια μετα-ικανότητα που καθορίζει πόσο καλά μπορούμε να χειριστούμε οποιαδήποτε ικανότητα διαθέτουμε. Ο Salovey αναφέρει πως η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελείται από 5 κύριους τομείς, οι οποίοι έχουν ως ακολούθως:

1. Η γνώση των συναισθημάτων μας. Αναφέρεται στην ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε και να αναγνωρίζουμε κάθε στιγμή τα συναισθήματά μας, η οποία είναι καίρια για την ψυχολογική ενόραση και αυτοκατανόηση.
2. Ο έλεγχος των συναισθημάτων. Αναφέρεται στην ικανότητα να χειραγωγούμε και να ελέγχουμε τα συναισθήματά μας, ώστε να είναι τα κατάλληλα ανά πάσα στιγμή. Είναι μία ικανότητα που οικοδομείται πάνω στην αυτοεπίγνωση. Άτομα που κατέχουν τον έλεγχο ξεπερνούν γρήγορα

τα πισωγυρίσματα και τις απογοητεύσεις της ζωής, ενώ άτομα που τον στερούνται, μάχονται πάντα τα αισθήματα της κατάθλιψης.

3. Η 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. Η αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων ή αλλιώς ενσυναίσθηση. Τα «ενσυναισθητικά» 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. Ο χειρισμός 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.

2.3.2 Θεωρίες επίδοσης: Θεωρητικό μοντέλο Goleman

Ο Goleman δημιούργησε το δικό του θεωρητικό μοντέλο που ανήκει στις θεωρίες επίδοσης. Έτσι, αποπειράθηκε να δώσει έναν άλλο 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» (Goleman, 1995).

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 (Goleman, 1995).

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 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 (Goleman, 1995). Τονίζει πως αυτές οι ικανότητες 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».

Ο Goleman 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 αδίστακτου, 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 (Goleman, 1998).

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 συναισθηματική νοημοσύνη, 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 συναισθηματική νοημοσύνη χρειάζεται: Α. εξάσκηση, εξάσκηση, εξάσκηση, Β. για μήνες ή και χρόνια, όχι μέρες (Goleman, 1998).

Ο Richard Herrnstein αναφέρει ότι αν κάποιος σημειώνει υψηλό σκόρ στη συναισθηματική νοημοσύνη και χαμηλό στα τεστ των μαθηματικών, καλά θα κάνει να μην αφιερωθεί ψυχή τε και σώματι στην προοπτική να γίνει μαθηματικός (Herrnstein, 1994). Αλλά, αντίθετα, αν επιθυμεί να στήσει μιά επιχείρηση, να γίνει γερουσιαστής ή εκατομμυριούχος, θα κάνει επίσης καλά να μην παραμερίσει τα όνειρά του. Πολλοί άνθρωποι με Δείκτη Νοημοσύνης 160 εργάζονται για ανθρώπους με Δείκτη Νοημοσύνης 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 Δείκτης Νοημοσύνης 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 (Goleman, 1995).

Τέλος, θα πρέπει να πιστωθεί στον Goleman το γεγονός ότι έφερε τη συναισθηματική νοημοσύνη στο προσκήνιο του ενδιαφέροντος και έστρεψε πάνω της την προσοχή του κοινού, διάφόρων επαγγελματικών ομάδων αλλά και του επιστημονικού κόσμου (Cherniss, 2000). Ο Caruso επισημαίνει, μάλιστα, ότι είναι εξαιρετικά δύσκολο να περιγράψει κανείς με εκλαϊκευμένο τρόπο την επιστημονική έρευνα για τη συναισθηματική νοημοσύνη και αναγνωρίζει τη συμβολή του Goleman στον τομέα αυτό. Ως αποτέλεσμα της απήχησης που

είχαν τα βιβλία του, ξεκίνησε μια μεγάλη συζήτηση για τον ορισμό, τη μέτρηση και τις εφαρμογές της έννοιας αυτής, που εντείνεται ολοένα (Goleman, 1998).

2.3.3 Θεωρίες με πλαίσιο την προσωπικότητα: Θεωρητικό μοντέλο BarOn

Μια άλλη προσπάθεια να οριστεί η συναισθηματική νοημοσύνη είναι αυτή του BarOn (1997) 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 συναισθηματική νοημοσύνη 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 συναισθηματική νοημοσύνη και με τις οποίους απασχολείται το ερωτηματολόγιο BarOn μπορούν να διανεμηθούν σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

1. τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες, όπως η συναισθηματική αυτοεπίγνωση, η διεκδικητικότητα, ο αυτοσεβασμός, η αυτοπραγμάτωση, η εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες,
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 καταστάσεων της καθημερινότητας, η ευελιξία,
4. τους παράγοντες αντιμετώπισης του στρες, όπως η αντοχή στο στρες και η ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας και τέλος
5. τους γενικούς παράγοντες που αφορούν τη διάθεση, όπως είναι η ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων και η αισιοδοξία.

Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι τακτική (άμεση λειτουργία), ενώ η γνωσιακή νοημοσύνη είναι στρατηγική (μακράς διαρκείας ικανότητα). Η γνωσιακή και η συναισθηματική νοημοσύνη δεν είναι δύο αντικρουόμενες, αλλά μάλλον δύο ξεχωριστές ικανότητες. Η συναισθηματική νοημοσύνη 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 συναισθηματική νοημοσύνη αρκεί να μετρήσει την «κοινή λογική» και την ικανότητα ενός ανθρώπου να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες της ζωής. Χαρακτηριστικό είναι το εύρημα ότι άτομα με χαμηλό σκορ συναισθηματικής νοημοσύνης έχουν αυξημένη πιθανότητα για δυστυχημένη οικογενειακή ζωή ή διαζύγιο (BarOn, 1997).

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε το γεγονός ότι οι Mayer, Salovey και Caruso έθεσαν ένα βασικό ερώτημα που αφορά την θεωρία της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως αυτή περιγράφεται από τον BarOn. Σημειώνουν, δηλαδή, ενστάσεις για το κατά ποσον ο BarOn κατορθώνει να ορίσει μία νέα έννοια ή

τελικά δανείζεται στοιχεία από θεωρίες της προσωπικότητας. Σύμφωνα με τον Mayer και τους συνεργάτες του, η διαφορά τους με τον BarOn, έγκειται στον βαθμό που η συναισθηματική νοημοσύνη, έτσι όπως έχει οριστεί από την κάθε πλευρά, αποτελεί μία ανεξάρτητη έννοια από την προσωπικότητα ή είναι κομμάτι αυτής τελικά, ίσως μία απλή μετονομασία κάποιων χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Ο Mayer επισημαίνει επίσης μία ακόμα διαφορά με την θεωρία του Baron. Το μοντέλο του πρώτου είναι ένα μοντέλο ικανοτήτων σύμφωνα με το οποίο η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να θεωρηθεί ένα σύνολο από γνωστικές ικανότητες, ενώ το μοντέλο του Baron είναι ένα μεικτό μοντέλο που περιλαμβάνει, εκτός από γνωστικές ικανότητες, και δεξιότητες που μπορούν να χαρακτηριστούν ως στοιχεία προσωπικότητας. Το ερώτημα παραμένει και περαιτέρω έρευνα απαιτείται στον τομέα αυτό για την εξακρίβωση των παραπάνω υποθέσεων (BarOn, 1997).

2.4 Μέσα αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης

Για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης έχουν κατασκευαστεί ποικίλα ψυχομετρικά εργαλεία (κλίμακες ή τεστ), τόσο σε επιστημονικό επίπεδο όσο και σε εκλαϊκευμένο επίπεδο. Μια απλή αναζήτηση στο διαδίκτυο, φέρνει στο φως δεκάδες «τρόπους μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης» (Πλατσίδου, 2004).

Όμως για να έχει κανείς μια έγκυρη εκτίμηση, χρειάζεται να γνωρίζει πώς η θεωρία με βάση την οποία κατασκευάστηκε το συγκεκριμένο τεστ ορίζει τη

συναισθηματική νοημοσύνη (τι πιστεύει για τη φύση, το περιεχόμενο και τις ικανότητες που τη συνθέτουν και πώς τις μετρά). Οι θεωρίες διαφέρουν επίσης και στον τρόπο μέτρησης που χρησιμοποιούν. Ως προς αυτό, τα ψυχομετρικά εργαλεία ή τεστ που προτείνονται για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης μπορούν να ταξινομηθούν σε 3 κατηγορίες:

1. Τεστ αυτοαναφοράς. Αποτελεί το πιο συνηθισμένο τρόπο για τη μέτρηση των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη, όπως ενσυναίσθηση, ανησυχία, κτλ. Το ερωτηματολόγιο του BarOn ανήκει σε αυτή την κατηγορία (BarOn, 1997).
2. Τεστ που περιλαμβάνουν αναφορές άλλων (τεστ 360 μοιρών). Στα τεστ αυτού του τύπου, ορισμένα άλλα πρόσωπα (π.χ., γονείς, δάσκαλοι, προϊστάμενοι) καλούνται να εκτιμήσουν τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά κάποιου. Παράδειγμα αυτής της κατηγορίας είναι το Emotional Competence Inventory (Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000).
3. Τεστ αντικειμενικής μέτρησης ικανοτήτων. Τα τεστ αυτά εφαρμόζονται και στη μέτρηση των γνωστικών ικανοτήτων, όπου ο εξεταζόμενος καλείται να παράγει λύσεις σε προβλήματα, ή να δώσει απαντήσεις σε ερωτήσεις και βαθμολογείται ανάλογα με την επιτυχία που σημείωσε. Παράδειγμα αυτής της κατηγορίας είναι το Mayer, Salovey & Caruso Emotional Intelligence Test (Mayer, Caruso & Salovey, 1999).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε αναλυτικά στα μέσα αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης, ξεκινώντας με το ερωτηματολόγιο των Mayer,

Salovey & Caruso, ακολουθεί το ερωτηματολόγιο του Goleman και τέλος το ερωτηματολόγιο του BarOn.

2.4.1 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο των Mayer, Salovey & Caruso

Οι Mayer, Salovey & Caruso, οι οποίοι δημιούργησαν το δικό τους θεωρητικό μοντέλο (θεωρία ικανότητας), κατασκεύασαν το Mayer, Salovey, Caruso, Emotional Intelligence Test (MSCEIT, 2002) για να μετρήσουν τη συναισθηματική νοημοσύνη. Η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου έγινε τον Μάρτιο του 2002 και ο έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του τεστ βασίστηκε σε δείγμα περίπου 5000 ατόμων από 50 διαφορετικές περιοχές διεθνώς. Η μεταφορά του τεστ στα ελληνικά έχει γίνει πρόσφατα (Καφέτσιος, Καφέτσιου και Τσαγκαράκης, υπό έκδοση). Το τεστ αυτό μετρά ατομικές επιδόσεις σε έργα και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων που αφορούν ατομικά συναισθήματα όσο και συναισθηματικές καταστάσεις. Το τεστ δίνει ένα γενικό δείκτη ικανότητας στην ΣΝ και τέσσερις επιμέρους δείκτες στην : αντίληψη, ενσωμάτωση, κατανόηση και οργάνωση των συναισθημάτων. Κάθε μία από τις επιμέρους κλίμακες περιλαμβάνει βαθμολογήσεις σε δύο υποκλίμακες. Τέλος, οι τέσσερις κλίμακες μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγαλύτερες «περιοχές»: την Βιωματική περιοχή (αντίληψη, ενσωμάτωση των συναισθημάτων) και την Στρατηγική περιοχή (κατανόηση, οργάνωση των συναισθημάτων) (Καφέτσιος, 2003).

Ένα από τα ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά του τεστ είναι ότι η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με κριτήριο τον μέσο όρο του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται το δείγμα (βαθμολογία με συναίνεση consensus scoring). Δηλαδή δεν υπάρχει μια «απόλυτα» σωστή απάντηση σε κάθε ένα από τα έργα ή τα ερωτήματα του τεστ, αλλά το «σωστό» κρίνεται από την γενική κατανομή των απαντήσεων. Σύμφωνα με έρευνες των Mayer et al. (2002) η μέθοδος αυτή είναι πιο αποτελεσματική από την μέθοδο αντικειμενικού στόχου (target method, όταν π.χ. οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν την συναισθηματική κατάσταση ατόμων για τα οποία γνωρίζουμε την συναισθηματική κατάσταση ή εργα για τα οποία έχουν αποφανθεί εμπειρογνώμονες) (Καφέτσιος, 2003).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι το ερωτηματολόγιο των Mayer, Salovey & Caruso είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Ciarochi, 2000; Mayer, Caruso & Salovey, 1999; Mayer et al. 2002). Οι τέσσερις κλίμακες του ερωτηματολογίου διακρίνονται από καλό βαθμό εσωτερικής συνοχής ($\alpha=.81$ ως $.96$, Ciarochi, 2000; Mayer, Caruso & Salovey, 1999). Η προγνωστική εγκυρότητα του τεστ (το πόσο καλά δηλαδή προβλέπει σημαντικές άλλες μεταβλητές) είναι καλή. Για παράδειγμα, η συσχέτιση με την (γνωστική) νοημοσύνη (IQ test) είναι της τάξεως του $r=.36$ με $r=.38$ και φυσικά εξαρτάται από το ποιά συγκεκριμένη υποκλίμακα συσχετίζουμε (γενικά οι δύο πρώτες, «Βιώματικές» υποκλίμακες, συσχετίζονται σε μικρότερο βαθμό). Οι Ciarochi et al. (2000) βρήκαν πολύ χαμηλές συσχετίσεις με το τεστ νοημοσύνης του Raven ($r=.05$). Σε πρόσφατη μελέτη των Salovey, Mayer, Caruso & Lopes (υπό δημοσίευση) βρέθηκε μηδενική

συσχέτιση με το λεκτικό και μαθηματικό μέρος του SAT και μικρή συσχέτιση με το WAIS-III ($r=.15$, ns.).

2.4.2 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του Goleman

Ο Goleman, ο οποίος είναι δημιουργός ενός θεωρητικού μοντέλου επίδοσης, κατασκεύασε το Emotional Competence Inventory 360 (ECI 360) για τη μέτρηση της συναισθηματικής επάρκειας (Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000). Πρόκειται για τον καρπό της συνεργασίας του Goleman με τους Boyatzis και Rhee, ερευνητές με πολύχρονη εμπειρία σε θέματα της εργασιακής συμπεριφοράς. Χρησιμοποιείται για τη μέτρηση ενός μεγάλου αριθμού συναισθηματικών ικανοτήτων που θεωρείται ότι σχετίζονται με την απόδοση στην εργασία. Η αξιολόγηση αυτή προσφέρει πληροφόρηση για το ποιές είναι οι περιοχές στις οποίες η συναισθηματική επάρκεια ενός ατόμου είναι χαμηλή και θα πρέπει να αναπτύξει, προκειμένου να πετύχει υψηλότερη επίδοση και αποτελεσματικότητα.

Το ECI αξιολογεί τέσσερις συστοιχίες ικανοτήτων που περικλείουν συνολικά 20 ικανότητες: 1. Αυτογνωσία: εξετάζει την ικανότητα για γνώση των προσωπικών συναισθημάτων, ακριβή αξιολόγηση του εαυτού και αυτοπεποίθηση, 2. Αυτοδιαχείριση: περιλαμβάνει τις ικανότητες για αυτοέλεγχο, αξιοπιστία, ευσυνειδησία, προσαρμοστικότητα, πρωτοβουλία και προσανατολισμό προς την επίτευξη στόχων, 3. Κοινωνική ενημερότητα: εδώ συγκαταλέγονται η ενσυναίσθηση, η οργανωτική ενημερότητα και ο προσανατολισμός προς την

εξυπηρέτηση, 4. Κοινωνικές δεξιότητες: εξετάζει την ικανότητα για ηγεσία, επικοινωνία, επιρροή, καταλυτικές αλλαγές, διαχείριση των συγκρούσεων, οικοδόμηση δεσμών, ομαδική εργασία και ανάπτυξη των ικανοτήτων άλλων ατόμων.

Το ECI είναι ένα τεστ τύπου 360 μοιρών, δηλαδή, στηρίζεται σε αναφορές άλλων (συνάδελφοι, προϊστάμενοι, υφιστάμενοι) για την εκτίμηση της συναισθηματικής επάρκειας ενός ατόμου. Το ECI μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθεί για να σκιαγραφήσει το προφίλ συναισθηματικής επάρκειας ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης, με στόχο την επισήμανση των δυνατοτήτων που υπάρχουν για περαιτέρω ανάπτυξη. Για το σκοπό αυτό διατίθεται σε διάφορες εκδόσεις για χρήση από επαγγελματικές ομάδες όπως πωλητές, στελέχη επιχειρήσεων, φοιτητές, κ.ά (Πλατσίδου, 2004).

2.4.3 Μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του BarOn

Ο BarOn ήταν από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Υποστήριξε ότι, όπως χρησιμοποιούμε το δείκτη νοημοσύνης για να μετρήσουμε τη γνωστική νοημοσύνη, μπορούμε, αντίστοιχα, να χρησιμοποιήσουμε ένα δείκτη για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Με βάση αυτή την υπόθεση, κατασκεύασε το Emotional Quotient Inventory (EQ-i), μια κλίμακα για τη μέτρηση του Δείκτη Συναισθηματικής Νοημοσύνης (BarOn, 1997). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών

με 133 προτάσεις. Το άτομο δηλώνει το βαθμό στον οποίο ισχύει για τον ίδιο η κάθε πρόταση, σε μια κλίμακα πέντε σημείων (π.χ., «Έχω καλές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους», «Περνάω καλά όταν βρίσκομαι με άλλα άτομα», «Μου αρέσει να βοηθώ τους άλλους»).

Ακολουθώντας τη δομή ενός κλασικού τεστ νοημοσύνης, το EQ-i δίνει ένα γενικό Δείκτη Συναισθηματικής Νοημοσύνης και πέντε επιμέρους δείκτες που ο καθένας αντιστοιχεί σε μια από τις κατηγορίες συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων που περιγράφει το μοντέλο. Επιπλέον, οι δείκτες αυτοί περιλαμβάνουν 15 υποκλίμακες, που αντιστοιχούν στη μέτρηση των ειδικών δεξιοτήτων που περιλαμβάνουν οι κατηγορίες ικανοτήτων. Σύμφωνα με τον BarOn, υψηλή επίδοση στο EQ-I σημαίνει ότι το άτομο αυτό έχει δυνατότητες για υψηλή συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα, είναι, δηλαδή, συναισθηματικά και κοινωνικά ευφυές (BarOn, 1997).

Επιπλέον, το EQ-i δίνει τέσσερις δείκτες χρήσιμους για τον προσδιορισμό της εγκυρότητας της κλίμακας. Ο Βαθμός Παράλειψης αναφέρεται στον αριθμό των προτάσεων οι οποίες δεν απαντήθηκαν. Ο Δείκτης Ασυνέπειας δείχνει το βαθμό ασυνέπειας των απαντήσεων σε μια ομάδα προτάσεων που αναφέρονται στο ίδιο θέμα. Η Θετική Εντύπωση αποτυπώνει την τάση να δίνει κανείς υπερβολικά θετικές εκτιμήσεις, ενώ η Αρνητική Εντύπωση υποδηλώνει την τάση για το αντίθετο. Το EQ-i διαθέτει ένα ενσωματωμένο κριτήριο διόρθωσης της μέτρησης, βασισμένο στους δείκτες Θετικής και Αρνητικής Εντύπωσης. Αυτό θεωρείται μια σημαντική ιδιότητα για κάθε ψυχομετρικό εργαλείο που στηρίζεται σε

αυτοαναφορές, γιατί μειώνει την προκατάληψη των κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων και ενδυναμώνει την ακρίβεια των μετρήσεων (BarOn, 2000). Το EQ-i προοριζόταν αρχικά για ενήλικες και αργότερα κατασκευάστηκε για εφήβους η κλίμακα QE-I:YV (BarOn & Parker, 2000). Αξίζει να σημειωθεί ότι, πρόσφατα, έγινε η προσαρμογή και στάθμιση του EQ-I στα ελληνικά (Κουμουνδούρου & Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2003).

2.5 Συναισθηματική νοημοσύνη και προσωπικότητα

Η κριτική που ασκείται σε όλα τα θεωρητικά μοντέλα για τη συναισθηματική νοημοσύνη επικεντρώνεται στο ότι, στην ουσία, δεν είναι ούτε καινούργια ούτε αυθύπαρκτη έννοια. Αντίθετα, πρόκειται για ένα παλιό φαινόμενο που απλά απέκτησε νέο όνομα και αναζωπυρωμένο ενδιαφέρον. Οι επικριτές της υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική νοημοσύνη ταυτίζεται, σε ένα βαθμό, με τη γνωστική νοημοσύνη και, σε μεγαλύτερο βαθμό, με διάφορες διαστάσεις της προσωπικότητας. Αναρωτιούνται, λοιπόν, γιατί κανείς να εφεύρει ένα καινούργιο όρο (ή να μετονομάσει έναν παλιό), προκειμένου να ερμηνεύσει την ανθρώπινη συμπεριφορά, όταν μπορεί να καταφύγει στα από καιρό υπάρχοντα μοντέλα προσωπικότητας, τα οποία έχουν δοκιμαστεί και τροποποιηθεί αρκετά, ώστε να είναι αξιόπιστα και έγκυρα στις πληροφορίες που παρέχουν (Πλατσίδου, 2004).

Είναι σημαντικό, λοιπόν, στο σημείο αυτό να τονιστεί η διαφορά της συναισθηματικής νοημοσύνη από την έννοια της προσωπικότητας. Όταν λέμε συναισθηματική νοημοσύνη εννοούμε σαφώς κάτι πολύ πιο ευρύ από την

προσωπικότητα ενός ατόμου. Η συναισθηματική νοημοσύνη 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 διαταραχών λήψης τροφής. Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των ερευνών επικεντρώνει το ενδιαφέρον του σε παράγοντες προσωπικότητας και έχει καταλήξει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα (Anderluh, 2003). Όμως, η συναισθηματική νοημοσύνη 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 συναισθηματική νοημοσύνη (Lam, 2002) αλλά και γενικότερα την έλλειψη ερευνών που ασχολούνται με τον καθορισμό περισσότερο ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου και τρόπους πρόληψης της ασθένειας (Taylor, 2002).

Επίσης οι Mayer, Caruso & Salovey (1999), απαντώντας στην κριτική που δε θέλει τη συναισθηματική ως ένα άλλο είδος νοημοσύνης, αυτόνομο και ισότιμο με τη γνωστική νοημοσύνη, υποστηρίζουν ότι αυτό μπορεί να συμβαίνει αν πληρούνται ορισμένα κριτήρια: 1. να έχει αξιοπιστία στις μετρήσεις της, 2. οι ικανότητες που περιλαμβάνει να συχετίζονται μεταξύ τους, 3. θα πρέπει να συσχετίζεται με, αλλά και να είναι ανεξάρτητη από τα άλλα είδη νοημοσύνης και 4. να εξελίσσεται με το πέρασμα της ηλικίας. Όπως διαπίστωσαν, στο μοντέλο

τους για τη συναισθηματική νοημοσύνη τα παραπάνω κριτήρια ικανοποιούνται σε σημαντικό βαθμό.

Επιπλέον, διευρευνήθηκε η σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης με διαστάσεις της προσωπικότητας όπως η ενσυναίσθηση, η θαλπωρή στη συμπεριφορά των γονιών, η ικανοποίηση από τη ζωή, η εξωστρέφεια, η αυτοεκτίμηση, η διάθεση επιβολής, ο νευρωτισμός, κ.ά., που εκτιμήθηκαν με βάση κλίμακες αυτοαναφορών. Διαπιστώθηκε ότι οι συχετίσεις τους ήταν μέτριες προς χαμηλές (στατιστικά σημαντικές) έως και μη σημαντικές. Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ανεξάρτητη, δηλαδή διαφορετική από διαστάσεις της προσωπικότητας (Πλατσίδου, 2004).

Κεφάλαιο Τρίτο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ & ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

3.1 Εισαγωγή

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές λήψης τροφής σχετίζονται με ψυχολογικούς παράγοντες που αποτελούν εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στις έρευνες αυτές, οι οποίες εξετάζουν μεμονωμένα όψεις της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως η αυτοεκτίμηση, η ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων, το άγχος, κ.ά.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που ασκούν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη, εμφάνιση και διατήρηση των διαταραχών λήψης τροφής. Πρώτα απ'όλα, η συναισθηματική ανεπάρκεια ή αλλιώς η χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη φαίνεται να παίζει τον κυριότερο ρόλο στην εμφάνισή τους. Αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως οι κοινωνικο-πολιτιστικοί, 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 του περιβάλλοντος, η σκέψη για το σώμα, σημαντικά δυσάρεστα γεγονότα, 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 για την εμφάνισή του, παίζει πιο καθοριστικό ρόλο στην παιδική ηλικία. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι παράγοντες που φαίνεται από μελέτες να σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής (Χατζηγεωργίου, 2004).

Επειδή οι διαταραχές λήψης τροφής είναι από τις πιο συχνές ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται σε νεαρές γυναίκες, έχει μεγάλη σημασία ο έγκαιρος εντοπισμός των ατόμων που πάσχουν. Στη συνέχεια, είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι αιτίες του προβλήματος (Χατζηγεωργίου, 2004). Η ιδιοσυγκρασία των κοριτσιών που αναπτύσσουν κλινική ή υποκλινική ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Αυτά τα κορίτσια είναι συνήθως τελειομανή, εσωστρεφή, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και συνήθως έχουν καλή σχολική επίδοση. Παρουσιάζουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με άλλους συμμαθητές και τους γονείς τους και προτιμούν να απομονώνονται στο δωμάτιο τους και να κλείνονται στον εαυτό τους ή να εστιάζονται στο διάβασμα και τα μαθήματα τους. Πολλά κορίτσια μπορεί να ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε νεαρότερη ηλικία και να έκαναν και στο παρελθόν δίαιτες και να εφάρμοσαν μεθόδους ελέγχου του βάρους τους. Η όλη ψυχοσύνθεση αυτών των ατόμων είναι τέτοια που μια παρατήρηση από κάποιο φίλο ή δάσκαλο, ή απόρριψη ή το σχολείο από το αγόρι τους ή τον γυμναστή τους πως πρέπει να

ελέγξουν το βάρος τους πυροδοτεί την έναρξη του φαύλου κύκλου της ψυχογενούς ανορεξίας (Χατζηγεωργίου, 2004).

3.2 Συναισθηματικοί παράγοντες

Οι ψυχολογικοί παράγοντες εξετάζονται στη συνέχεια σε σχέση με την επίδρασή τους στην εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται η αυτοεκτίμηση, η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων, ο σαρκασμός, η τελειομανία, ο τύπος της προσωπικότητας, το στρες και η κατάθλιψη. Θα μπορούσαν να αναφερθούν και άλλοι παράγοντες, αλλά δυστυχώς η βιβλιογραφία σχετικά με τις διαταραχές λήψης τροφής, περιορίζεται σε αυτούς μόνο τους παράγοντες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών, η αποτυχία των ατόμων να ξεχωρίσουν τα καταθλιπτικά συναισθήματα και να τα ελέγξουν - ήταν ο βασικότερος παράγοντας που οδηγούσε σε διαταραχές λήψης τροφής (Leon, 1993). Ακόμα και στην πρώτη λυκείου, υπήρχαν εξήντα μία κοπέλες που εμφάνιζαν ήδη σοβαρά συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας και νευρογενούς βουλιμίας. 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. Η έρευνα έδειξε επίσης ότι, 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.

Αντίθετα, η αιτιολογική αλυσίδα, την οποία αποκάλυψε αυτή η μελέτη (Leon, 1993), 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. Τα μισά κορίτσια της μελέτης νόμιζαν ότι ήταν πολύ χοντρά, έστω και αν η μεγάλη πλειοψηφία τους είχε φυσιολογικό βάρος. Έτσι φάνηκε ότι η εμμονή στο υπερβολικό βάρος *δεν είναι από μόνη της ικανή να εξηγήσει γιατί μερικά κορίτσια μεγαλώνοντας παρουσιάζουν διαταραχές λήψης τροφής* (Goleman, 1995).

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 διαταραχές λήψης τροφής, είτε πρόκειται για νευρογενή βουλιμία είτε για νευρογενή ανορεξία 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 (Goleman, 1995).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε αναλυτικά σε κάθε έναν από τους συναισθηματικούς παράγοντες, οι οποίοι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, έχουν κάποια σχέση με την ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής. Αρχικά θα αναφερθούμε στην αυτοεκτίμηση, στην ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων, στο σαρκασμό και την τελειομανία, καθώς και στο κατά πόσο επηρεάζει ο τύπος προσωπικότητας, το στρες και η κατάθλιψη, την διόγκωση του προβλήματος των διαταραχών λήψης τροφής.

3.2.1 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. Σύμφωνα με αποτελέσματα πρόσφατων μελετών, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στην εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής. 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).

Για ένα άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση, η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ίσως είναι το μοναδικό πράγμα που το κάνει να νιώθει διαφορετικό. Η ικανότητά τους να αρνούνται το φαγητό, φαντάζει στα μάτια τους σαν ένα ξεχωριστό ταλέντο (Goleman, 1995).

3.2.2 Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων

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, 1993). 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 προκύψει από σχετικές μελέτες ότι γυναίκες με διαταραχές λήψης τροφής έχουν την τάση να αποφεύγουν να αντιμετωπίζουν τις διάφορες καταστάσεις.

3.2.3 Σαρकाσμός ως προς την εξωτερική εμφάνιση

Καθώς οι διαταραχές λήψης τροφής 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 παίζει νέους ρόλους. Αυτή η μεταβίβαση οδηγεί το άτομο στην δημιουργία νέων στάσεων και πεποιθήσεων (Smolak, 1994). Από την άλλη, ο σαρκασμός 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.

3.2.4 Τελειομανία

Η τελειομανία θεωρείται χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που θέτει το ενήλικο κυρίως άτομο σε κίνδυνο για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής (Garner, 1991). Έχει συσχετιστεί τόσο ισχυρά, ώστε πιστεύεται πλέον ότι αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής. Είναι ευρέως γνωστό ότι η εικόνα του κοριτσιού με ψυχογενή

ανορεξία είναι «το μικρό τέλειο κορίτσι στον κόσμο» (Levenkron, 1982). Φαίνεται πως μερικά από τα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν την ψυχογενή ανορεξία, 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.

3.2.5 Στρες

Κάθε άτομο διαθέτει φυσιολογικά μηχανισμούς αντιμετώπισης περιβαλλοντικών πιέσεων και αντοχής σε δύσκολες καταστάσεις, οι οποίοι λείπουν από τα αγχώδη άτομα και φαίνεται ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής. (Cox, 1978). Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η στρεσογόνος ζωή συχνά προηγείται των διαταραχών λήψης τροφής (Schmidt, et al., 1997, Fryer, 1997). Η νευρογενής ανορεξία ή η νευρογενής βουλιμία είναι μιά 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 διαταραχών λήψης τροφής και απέδειξαν ότι οι έφηβοι με νευρογενή ανορεξία βιώνουν σε μεγάλο βαθμό τέτοιου είδους δυσάρεστες καταστάσεις. Άλλες μελέτες πρότειναν ότι το στρες είναι περισσότερο η συνέπεια παρά η αιτία των διαταραχών λήψης τροφής (Rosen, 1993). Άτομα με διαταραχές λήψης τροφής πήραν υψηλές βαθμολογίες σε τεστ άγχους σε σχέση με υγιή άτομα (Sharpe, 1997), άρα θα μπορούσαν οι διαταραχές λήψης τροφής να είναι η αιτία του άγχους. Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα χρειάζεται σχετικά με αυτούς τους παράγοντες και την ανάπτυξη των παραπάνω διαταραχών.

3.2.6 Κατάθλιψη

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με διαταραχές λήψης τροφής, υποφέρουν από κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι το 45% των ασθενών με διαταραχές λήψης τροφής πάσχουν από κατάθλιψη (Zerbe, 1991). Δεν είναι γνωστό τί προκαλεί τί και παραμένει αδιευκρίνηστο το αν και τα δύο, διαταραχές λήψης τροφής και κατάθλιψη, προκαλούνται από κάποιον τρίτο παράγοντα (Fava, 1997). Αν και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, στις διαταραχές λήψης τροφής 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 διαταραχών λήψης τροφής.

3.3 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 διαταραχές λήψης τροφής εμφανίζονται συχνότερα σε δυτικές χώρες όπου ένα λεπτότερο σώμα προβάλλεται ξεκάθαρα ως ιδανικό, 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, ποιιά προϊόντα πρέπει να αγοράζει και πώς πρέπει να δείχνει (Kalodner, 1997). Έρευνα έδειξε ότι το είδος του έντυπου υλικού (κυρίως περιοδικών) που διαβάζει μία γυναίκα, μπορεί να προσδιορίσει την πιθανότητα ανάπτυξης διαταραχών λήψης τροφής (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. 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 νευρογενούς βουλιμίας (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 (Ackard, 2002).

3.3.1 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 (Crisp, 1980).

3.3.2 Οικογενειακή αλληλεπίδραση και περιβάλλον

Το οικογενειακό περιβάλλον έχει μελετηθεί ως υποστηρικτικός παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας σε εφήβους. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι οι οικογένειες ατόμων με διατροφικές

διαταραχές είναι λιγότερο εκφραστικές, λιγότερο συνεκτικές και ότι επιδίδονται 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 (Crisp, 1980).

3.3.3 Κοινωνική τάξη

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

3.4 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 διαταραχές λήψης τροφής (Thompson, 1994).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούν στην απώλεια βάρους είναι περιορισμός των θερμίδων με πλήρως ανορθόδοξους τρόπους, με αποτέλεσμα η δίαιτα 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).

3.5 Εικόνα σώματος – σεξουαλικότητα

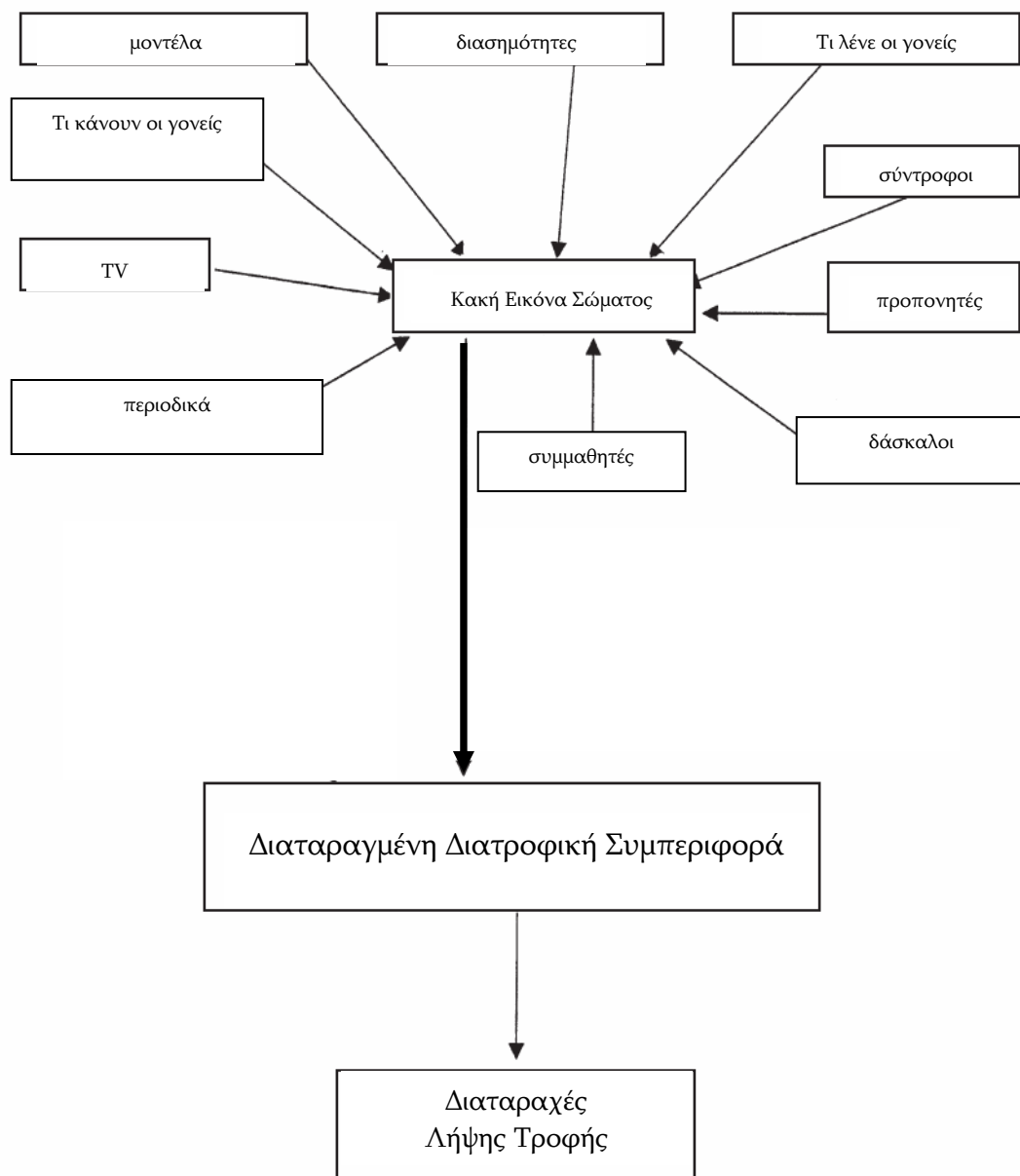
Ως εικόνα σώματος ορίζεται η ιδέα που έχει ένα άτομο για την φυσική του εμφάνιση και συγκεκριμένα το μέγεθος, το σχήμα και το βάρος του σώματός του

και το πόσο άνετα αισθάνεται με την εξωτερική του εμφάνιση (Thompson,1990).

Οι διαταραχές λήψης τροφής προκύπτουν όταν το άτομο είτε υπερ- ή υποεκτιμά την πραγματική εικόνα του. Αυτό που συμβαίνει συχνότερα είναι η υπερεκτίμηση και παρατηρείται κυρίως σε άτομα με νευρογενή ανορεξία (Slade, 1985). Η διαταραγμένη εικόνα σώματος συνήθως οδηγεί σε απογοήτευση για το παρών σώμα, άρα είναι απόλυτα φυσιολογικό το εύρημα ότι άτομα με διαταραχές λήψης τροφής 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 νευρογενή βουλιμία σε σχέση με την νευρογενή ανορεξία. 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 διαταραχών λήψης τροφής 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 διαταραχών λήψης τροφής σε παιδιά 10-14 ετών (Levine, 1994).

Κακή εικόνα σώματος οδηγεί σε Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά



Σχήμα 3. Κακή εικόνα σώματος και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά

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 γι'αυτό πρέπει να τιμωρούν συνεχώς τον εαυτό τους (Zerbe, 1993). Ειδικά για την νευρογενή ανορεξία, 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 διαταραχών λήψης τροφής (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 νευρογενή ανορεξία 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 νευρογενή ανορεξία, τα άτομα με νευρογενή βουλιμία ποικίλλουν στο μέγεθος και το σχήμα. Όσον αφορά στο χαρακτήρα, οι νεαρές γυναίκες με νευρογενή βουλιμία μοιάζουν σαν τις μεγάλες αδερφές ατόμων με νευρογενή ανορεξία, 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 νευρογενή ανορεξία είναι κυριευμένες από το φόβο της σεξουαλικότητας και αποφεύγουν σεξουαλικές σχέσεις, οι κοπέλες με νευρογενή βουλιμία 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 διαταραχών λήψης τροφής σε άνδρες (Orbach, 1986). Μια μελέτη που έχει γίνει, έδειξε ότι οι διαταραχές λήψης τροφής είναι περισσότερο συχνές σε ομοφυλοφίλικους άνδρες (Rost, 1982).

Στο κεφάλαιο αυτό, έγινε αναφορά στις έρευνες εκείνες που αναζήτησαν τη σχέση των διαταραχών λήψης τροφής με όψεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Οι έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση των συναισθηματικών παραγόντων, όπως η αυτοεκτίμηση, η τελειομανία, το στρες, κ.ά. με την εμφάνιση του προβλήματος των διαταραχών λήψης τροφής. Επίσης, οι έρευνες έδειξαν ότι το τελευταίο σχετίζεται και με κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες, όπως η οικογενειακή αλληλεπίδραση, η κοινωνική υποστήριξη και η κοινωνική τάξη. Τέλος, σημαντικοί παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής, είναι η ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος και η διαταραγμένη εικόνα σώματος.

Οι παράγοντες αυτοί που φαίνεται από τις μελέτες να σχετίζονται με τις διαταραχές λήψης τροφής αποτελούν εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης. Επομένως, είναι φυσικό να αναρωτηθεί κανείς, για το κατά πόσο η συναισθηματική νοημοσύνη, έτσι όπως μελετάται σήμερα από τους ειδικούς, σχετίζεται με τις διαταραχές λήψης τροφής. Επίσης, οι έρευνες που έχουν προηγηθεί στο χώρο αυτό, διερευνούσαν τη σχέση των διαταραχών λήψης τροφής με μεμονομένα χαρακτηριστικά. Δεν έχει προηγηθεί μελέτη που να αξιολογεί συνδυαστικά εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης σε ένα δείγμα. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην κάλυψη αυτού του επιστημονικού

κενού. Συγκεκριμένα, στη διερεύνηση της σχέσης των διαταραχών λήψης τροφής με εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως ο αυτοσεβασμός, η αισιοδοξία, η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα θετικά συναισθήματα, κ.ά., σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΡΕΥΝΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ - ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης των διαταραχών λήψης τροφής με το άγχος και τη συναισθηματική νοημοσύνη σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών ηλικίας 18-20 ετών. Ειδικότερα, η παρούσα μελέτη εξετάζει εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (η οποία αποτελεί μια από τις τρεις κατηγορίες διαταραχών λήψης τροφής), και σε εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως αξιολογούνται από το ερωτηματολόγιο EQ-i (BarOn, 1997), και το άγχος, όπως αυτό αξιολογείται από το ερωτηματολόγιο STAI (Spielberger, 1964).

Συγκεκριμένα, η έρευνα αποσκοπεί στο να διερευνήσει εάν τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, όπως αυτή ορίζεται από το ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών EAT-26 (Garner, 1982), παρουσιάζουν και χαμηλές βαθμολογίες στους επιμέρους παράγοντες που συναποτελούν τη συναισθηματική νοημοσύνη, όπως ο αυτοσεβασμός, η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα θετικά συναισθήματα, η αισιοδοξία, η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, το άγχος, η αντοχή σε αυτό, κ.ά.

Με βάση τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τα οποία παρουσιάστηκαν αναλυτικά στο θεωρητικό πλαίσιο και τα οποία καταδεικνύουν

τη σχέση των διαταραχών λήψης τροφής με συναισθηματικούς και κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες, είναι δυνατόν να διατυπωθούν οι ακόλουθες υποθέσεις:

Τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά θα έχουν συγκριτικά με τα άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά:

1. χαμηλότερο αυτοσεβασμό,
2. χαμηλότερη ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων και αισιοδοξία,
3. χαμηλότερη ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας,
4. χαμηλότερη ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων,
5. περισσότερο άγχος και,
6. χαμηλότερη αντοχή στο άγχος.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Δείγμα

Το δείγμα αποτελούνταν από 201 άτομα, από τα οποία τα 60 παρουσίαζαν τάσεις για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής με βαθμολογία στο EAT-26 μεγαλύτερη ή ίση του 20. Τα άτομα αυτά αποτελούσαν την ομάδα Διαταραγμένης Διατροφικής Συμπεριφοράς (ΔΔΣ), και 141 άτομα με Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά (ΦΔΣ) με βαθμολογία μικρότερη του 5 στο EAT-26. Από τα 201 άτομα, 178 ήταν κορίτσια, από τα οποία τα 55 κορίτσια είχαν βαθμολογία στο EAT-26 μεγαλύτερη ή ίση του 20 και τα 123 κορίτσια είχαν βαθμολογία στο EAT-26 μικρότερη του 5, και 23 ήταν αγόρια, τα 5 από αυτά είχαν βαθμολογία στο EAT-26 μεγαλύτερη ή ίση του 20 και τα 18 αγόρια είχαν βαθμολογία στο EAT-26 μικρότερη του 5. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 18-20 ετών (ομάδα ΔΔΣ: 19.13 ± 0.22 , ομάδα ΦΔΣ: 19.38 ± 0.32). Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Οι εθελοντές προέρχονται από το πρώτο και τρίτο έτος και των τριών τμημάτων του πανεπιστημίου, το τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, το τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας και το τμήμα Γεωγραφίας.

Αρχικά 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 στη μελέτη, 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 διαταραχών λήψης τροφής και σε άτομα που δεν διατρέχουν ανάλογο κίνδυνο. Στη συνέχεια, αξιολογήθηκαν η συναισθηματική νοημοσύνη και το άγχος και έγινε συσχέτιση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο ομάδων (ΔΔΣ και ΦΔΣ).

2.2 Ερευνητικά εργαλεία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία:

1. Το Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (**Eating Attitudes Test-26**)
2. Το Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης του BarOn (**BarOn EQ-i**)
3. Το Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του άγχους του Charles D. Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory-**STAI**)

2.3 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 προέρχονταν από τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια. Ακολουθεί περιγραφή κάθε εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης.

2.4 Ερωτηματολόγιο συναισθηματικής νοημοσύνης: BarOn EQ-i

Το ερωτηματολόγιο του BarOn περιλαμβάνει 133 ερωτήσεις. Για κάθε ερώτηση υπάρχει 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 συναισθηματικής νοημοσύνης 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

συναισθηματικής νοημοσύνης προϋποθέτει την κοινωνική ζωή, η οποία έχει μειωθεί δραματικά. Παρ'όλα αυτά, όποιον και αν ρωτήσουμε σήμερα θα πει ότι έχει αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη, 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 5. Οι πέντε μεγάλες κατηγορίες παραγόντων του ερωτηματολογίου συναισθηματικής νοημοσύνης του BarOn (EQ-i) και οι επιμέρους παράγοντες κάθε κατηγορίας.

Κατηγορίες Παραγόντων	Επιμέρους Παράγοντες
1. Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	1. Συναισθηματική αυτοεπίγνωση 2. Διεκδικητικότητα 3. Αυτοσεβασμός 4. Αυτοπραγμάτωση 5. Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες
2. Διαπροσωπικοί παράγοντες	6. Ενσυναίσθηση 7. Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων 8. Κοινωνική υπευθυνότητα
3. Παρ/ντες προσαρμοστικότητας	9. Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων 10. Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας 11. Ευελιξία
4. Παράγοντες αντιμετώπισης του στρες	12. Αντοχή στο στρες 13. Ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας
5. Παράγοντες που αφορούν στη διάθεση	14. Ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων 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 ενσυναίσθηση, η διεκδικητικότητα, η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, η ευελιξία και η ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας. Στους υποστηρικτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται ο αυτοσεβασμός, η εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες, η κοινωνική υπευθυνότητα, η αισιοδοξία και η αντοχή στο στρες, ενώ στους επακόλουθους παράγοντες η

ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, η αυτοπραγμάτωση και η ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 6. Οι τρεις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων, βασικοί, υποστηρικτικοί και επακόλουθοι, του ερωτηματολογίου συναισθηματικής νοημοσύνης κατά BarOn.

	Βασικοί	Υποστηρικτικοί	Επακόλουθοι
<u>1</u>	Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	Αυτοσεβασμός	Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων
<u>2</u>	Ενσυναίσθηση	Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες	Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων
<u>3</u>	Διεκδικητικότητα	Κοινωνική υπευθυνότητα	Αυτοπραγμάτωση
<u>4</u>	Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας	Αισιοδοξία	Ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων
<u>5</u>	Ευελιξία	Αντοχή στο στρες	
<u>6</u>	Ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας		

Ο BarOn θεωρεί ότι από τους βασικούς παράγοντες, τρεις είναι οι πιο σημαντικοί και αφορούν α) στην 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 τί τα προκάλεσε), β) στην διεκδικητικότητα (την ικανότητα του ατόμου να εκφράζει αυτά τα συναισθήματα, τα πιστεύω και τις διαθέσεις του, να υποστηρίζει τα δικαιωμάτα του με σωστό τρόπο χωρίς να ντρέπεται ή να είναι υπέρ του δέοντος προσεκτικός) και τέλος γ) στην ενσυναίσθηση (την ικανότητα να αναγνωρίζει

κανείς τα συναισθήματα των συνανθρώπων του). Επιπρόσθετοι βασικοί παράγοντες αλλά εξίσου σημαντικοί θεωρούνται η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, η ευελιξία και η ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας. Η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας 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, η ικανότητα ελέγχου 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 μιά ορμή. Κάποιες φορές η ικανότητα αυτή ονομάζεται και αυτορρύθμιση και περιλαμβάνει την ικανότητα του αυτοελέγχου.

Οι βασικοί παράγοντες, που αναφέρθηκαν παραπάνω, οδηγούν στους επακόλουθους παράγοντες. Όταν διαθέτεις τους πρώτους, σταδιακά προχωράς στους δεύτερους. Επακόλουθοι παράγοντες είναι α) η όσο το δυνατόν

αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων, β) η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, γ) η αυτοπραγμάτωση. Η όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη επίλυση 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. Η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων είναι η ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί και να διατηρεί εποικοδομητικές σχέσεις με άλλα άτομα, προσφέροντας και παίρνοντας στοιχεία, χτίζοντας αμοιβαίες φιλικές σχέσεις, νοιώθοντας πάντα άνετα να συναναστρέφεται με αυτά τα άτομα. Η αυτοπραγμάτωση είναι 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. Όλα μαζί τα παραπάνω θα φέρουν την ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων, δηλαδή 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 ικανότητα αναγνώρισης

των θετικών συναισθημάτων αποτελεί έναν βαρομετρικό δείκτη για το γενικό βαθμό συναισθηματικής νοημοσύνης ενός ατόμου.

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 διεκδικητικότητα εξαρτάται από το θετικό αυτοσεβασμό και την εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες. Η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων 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, η ικανότητα ελέγχου 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 μιά 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 εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες 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.

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

Ένα λειτουργικό, επιτυχημένο και συναισθηματικά υγιές άτομο κατέχει μία επαρκή βαθμολογία στη συναισθηματική νοημοσύνη 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.

2.5 Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory-STAI)

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 του ερωτηματολογίου είναι ο Charles D. Spielberger, ο οποίος ξεκίνησε τη δημιουργία του 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 του ερωτηματολογίου έχει γίνει σε δείγματα κοριτσιών και αγοριών, μαθητών λυκείου και κολλεγίου (σύνολο 6.800 ασθενείς). Περιελάμβανε την συμπλήρωση και επανασυμπλήρωσή του από τα ίδια άτομα 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.

2.6 Περιγραφή 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 διαταραχών λήψης τροφής. Το ερωτηματολόγιο είναι χρήσιμο στον διαχωρισμό των ατόμων εκείνων που έχουν αυξημένες τάσεις για εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής 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). Πρόκειται για ένα εργαλείο σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό (Βάρσου & Τρίκκας, υπό δημοσίευση).

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 ανακύκλωση 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 δειχθεί 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 διαταραχών λήψης τροφής, 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 διαταραχών λήψης τροφής.

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 νευρογενούς ανορεξίας. Τέτοια προβλήματα ενασχόλησης εμφανίζονται σε αδύναμα, σε παχύσαρκα, σε φυσιολογικού βάρους άτομα, όπως και σε άτομα με ασταθές σωματικό βάρος.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Αρχικά γίνεται περιγραφική παρουσίαση των διαιτητικών συνηθειών και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των υποκειμένων και στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι στατιστικές αναλύσεις. Τα δεδομένα από τις μετρήσεις είναι πλήρη. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

3.1 Περιγραφική παρουσίαση των διαιτητικών συνηθειών των υποκειμένων

Στον Πίνακα που ακολουθεί (Πίν. 7) φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των δύο ομάδων, της ομάδας Φυσιολογικής Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26<5) και της ομάδας Διαταραγμένης Διατροφικής Συμπεριφοράς (EAT-26>20) για τη βαθμολογία στο EAT-26 και την ηλικία.

Πίνακας 7. Διαιτητικές συνήθειες και ηλικία σε άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σε άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά ανεξαρτήτου φύλου.

	Ομάδα με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά (n=60)		Ομάδα με Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά (n=141)		P
	M. Ο.	T. Α.	M. Ο.	T. Α.	
EAT-26	26.12	6.13	7.60	4.76	0.000
Ηλικία (έτη)	19.13	0.22	19.38	0.32	0.306

Για να ελέγξουμε αν οι δύο ομάδες διαφέρουν ως προς τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παραπάνω συγκρίναμε τους μέσους όρους των μετρήσεων χρησιμοποιώντας την ανάλυση Mann-Whitney Test [Nonparametric Tests (2 independent samples)] λόγω της ανομοιόμορφης κατανομής του δείγματος σε κάθε ομάδα. Στον Πίν. 7 δίνεται το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στη μελέτη, και στους δύο Πίνακες που ακολουθούν (Πίν. 8 και Πίν. 9) δίνονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ανά φύλο (για κορίτσια και για αγόρια ξεχωριστά).

Πίνακας 8. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών και της ηλικίας σε κορίτσια με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σε άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

	Ομάδα με		Ομάδα με		
	Διαταραγμένη		Φυσιολογική		
	Διατροφική		Διατροφική		P
	Συμπεριφορά		Συμπεριφορά		
	(n=55)		(n=123)		
	M. O.	T. A.	M. O.	T. A.	
EAT-26	25.42	5.32	7.84	4.86	0.000
Ηλικία (έτη)	19.23	0.22	19.36	0.32	0.338

Πίνακας 9. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών και της ηλικίας σε αγόρια με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σε άτομα με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά.

	Ομάδα με		Ομάδα με		
	Διαταραγμένη		Φυσιολογική		
	Διατροφική		Διατροφική		P
	Συμπεριφορά		Συμπεριφορά		
	(n=5)		(n=18)		
	M. O.	T. A.	M. O.	T. A.	
EAT-26	33.80	9.52	5.94	3.70	0.001
Ηλικία (έτη)	19.17	0.22	19.33	0.32	0.338

Από τους Πίνακες διαπιστώνουμε ότι οι δυο ομάδες εθελοντών διαφέρουν σημαντικά στη βαθμολογία που συγκέντρωσαν στο ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών (κάτι που ήταν αναμενόμενο άλλωστε). Επίσης η ανάλυση έδειξε ότι μεταξύ των δύο ομάδων δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0.05$) για τον παράγοντα ηλικία που αξιολογήθηκε, 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 η ηλικία μπορεί να θεωρηθεί πρακτικά ίδια.

3.2 Περιγραφική παρουσίαση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών

Στον Πίν. 10 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. Στους Πίν. 11 και 12 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 για κορίτσια και αγόρια αντίστοιχα.

Πίνακας 10. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των δεδομένων που αφορούν στις απαντήσεις των ατόμων με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και των ατόμων με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά στα ερωτηματολόγια Baron EQ-i και Spielberger.

	Ομάδα με		Ομάδα με		
	Διαταραγμένη		Φυσιολογική		
	Διατροφική		Διατροφική		P
	Συμπεριφορά		Συμπεριφορά		
	(n=60)		(n=141)		
	M. O.	T. A.	M. O.	T. A.	
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	27.37	5.34	27.89	4.84	0.394
Διεκδικητικότητα	23.43	5.82	24.76	4.52	0.027
Αυτοσεβασμός	29.15	7.46	33.99	5.42	0.000
Αυτοπραγμάτωση	34.97	5.02	34.90	5.54	0.618
Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες	23.92	4.78	24.98	5.01	0.114
Ενσυναίσθηση	31.47	5.37	31.37	3.58	0.788
Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων	41.67	5.99	42.73	5.66	0.191
Κοινωνική υπευθυνότητα	40.63	5.75	40.41	4.80	0.749
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	30.40	4.71	29.72	4.54	0.745
Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων καθημερινότητας	35.43	5.86	37.30	6.85	0.070
Ευελιξία	26.47	4.82	26.57	5.00	0.901
Αντοχή στο στρες	27.08	5.15	30.68	5.93	0.000
Ικανότητα ελέγχου παρορμητικότητας	30.52	5.24	29.56	5.74	0.370
Ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων	33.57	5.66	35.36	5.81	0.002
Αισιοδοξία	28.33	5.78	30.79	4.76	0.014
Άγχος	83.48	16.76	75.11	14.07	0.003

Πίνακας 11. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων που αφορούν στις απαντήσεις των κοριτσιών με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και των κοριτσιών με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά στα ερωτηματολόγια Baron EQ-i και Spielberger.

	Ομάδα με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά (n=55)		Ομάδα με Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά (n=123)		P
	M. O.	T. A.		T. A.	
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	26.98	5.36	0.211	4.78	0.211
Διεκδικητικότητα	23.20	5.92	0.023	4.59	0.023
Αυτοσεβασμός	28.25	7.03	0.000	5.46	0.000
Αυτοπραγμάτωση	34.69	5.07	0.738	5.69	0.738
Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες	23.75	4.88	0.150	5.09	0.150
Ενσυναίσθηση	31.80	5.42	0.802	3.55	0.802
Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων	41.44	5.79	0.250	5.93	0.250
Κοινωνική υπευθυνότητα	41.11	5.50	0.838	4.85	0.838
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	30.36	4.85	0.860	4.51	0.860
Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων καθημερινότητας	35.07	5.92	0.032	7.09	0.032
Ευελιξία	26.31	4.83	0.965	5.18	0.965
Αντοχή στο στρες	26.55	4.71	0.000	6.18	0.000
Ικανότητα ελέγχου παρορμητικότητας	30.55	5.11	0.324	5.83	0.324
Ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων	33.07	5.42	0.001	5.81	0.001
Αισιοδοξία	27.65	5.53	0.002	4.87	0.002
Άγχος	85.04	16.56	0.000	14.53	0.000

Πίνακας 12. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων που αφορούν στις απαντήσεις των αγοριών με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και των αγοριών με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά στα ερωτηματολόγια Baron EQ-i και Spielberger.

	Ομάδα με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά (n=5)		Ομάδα με Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά (n=18)		P
	M. O.	T. A.	M. O.	T. A.	
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	31.60	2.88	27.33	5.36	0.294
Διεκδικητικότητα	26.00	4.18	23.94	4.09	0.881
Αυτοσεβασμός	39.00	4.53	33.67	5.28	0.500
Αυτοπραγμάτωση	38.00	3.46	36.61	4.19	0.708
Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες	25.80	3.27	25.83	4.46	0.681
Ενσυναίσθηση	27.80	3.27	28.78	2.56	0.311
Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων	44.20	8.29	42.56	3.48	0.627
Κοινωνική υπευθυνότητα	35.40	6.50	37.61	3.48	0.735
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	30.80	3.03	28.78	4.73	0.653
Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων καθημερινότητας	39.40	3.51	36.28	5.06	0.295
Ευελιξία	28.20	4.92	26.67	3.63	0.521
Αντοχή στο στρες	33.00	6.63	31.50	3.78	0.680
Ικανότητα ελέγχου παρορμητικότητας	30.20	7.29	30.56	5.11	0.823
Ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων	39.00	6.00	35.17	5.96	0.970
Αισιοδοξία	35.80	2.17	30.61	4.09	0.078
Άγχος	66.40	6.69	74.61	10.74	0.156

Παρατηρεί κανείς από τον Πίν. 10 ότι οι παράγοντες: διεκδικητικότητα ($p=0.027$), αυτοσεβασμός ($p<0.000$), αντοχή στο στρες ($p<0.000$), ικανότητα αναγνώρισης

των θετικών συναισθημάτων ($p=0.002$), αισιοδοξία ($p=0.014$) και άγχος ($p=0.003$) διαφέρουν σημαντικά στις δύο ομάδες σε επίπεδα 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 Πίν. 11 που αφορά στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μόνο των κοριτσιών, παρατηρεί κανείς ότι οι παράμετροι που διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων είναι: διεκδικητικότητα ($p=0.023$), αυτοσεβασμός ($p<0.000$), ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας ($p=0.032$), αντοχή στο στρες ($p<0.000$), ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων ($p=0.001$), αισιοδοξία ($p=0.002$) και άγχος ($p<0.001$).

Ενώ από τον Πίν. 12 που αφορά στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μόνο των αγοριών, παρατηρεί κανείς ότι καμμία παράμετρος δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

3.3 Στατιστικές αναλύσεις

Για να διαπιστώσουμε εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της βαθμολογίας στο EAT-26 και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών, χρησιμοποιούμε το δείκτη συσχέτισης Pearson r . Τα αποτελέσματα, τα οποία παρουσιάζονται στον Πίν. 13. Παρατηρεί κανείς ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και των εξής παραγόντων: διεκδικητικότητα ($p=0.008$), αυτοσεβασμός ($p<0.001$), αντοχή στο στρες ($p=0.002$), ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων ($p=0.002$), αισιοδοξία ($p=0.015$) και άγχος ($p<0.001$).

Πίνακας 13. Οι δείκτες συσχέτισης Pearson r στο σύνολο των εθελοντών μεταξύ βαθμολογίας στο EAT-26 και ψυχολογικών παραγόντων.

	Pearson r	P
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	-0.104	0.142
Διεκδικητικότητα	-0.187	0.008
Αυτοσεβασμός	-0.279	0.000
Αυτοπραγμάτωση	-0.023	0.747
Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες	-0.093	0.191
Ενσυναίσθηση	-0.008	0.912
Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων	-0.112	0.114
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.021	0.771
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	0.006	0.929
Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας	-0.134	0.058
Ευελιξία	-0.027	0.704
Αντοχή στο στρες	-0.218	0.002
Ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας	0.108	0.130
Ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων	-0.221	0.002
Αισιοδοξία	-0.171	0.015
Άγχος	0.279	0.000

Για την περαιτέρω διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες εφαρμόσαμε την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης στα δεδομένα που συλλέχθηκαν. Στη συγκεκριμένη ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι εξής ανεξάρτητες μεταβλητές ή μεταβλητές πρόβλεψης: δείκτης άγχους, συναισθηματική αυτοεπίγνωση, διεκδικητικότητα, αυτοσεβασμός, αυτοπραγμάτωση, εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες, ενσυναίσθηση, ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, κοινωνική υπευθυνότητα, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, ευελιξία, αντοχή στο στρες, ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας, ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων, και αισιοδοξία.

Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EAT-26). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον Πίν. 14.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα από την λογιστική παλινδρόμηση για την εύρεση συσχετίσεων στις ψυχολογικές παραμέτρους μεταξύ ομάδας με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά και ομάδας με Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά.

	Odds Ratio Exp (B)	Confidence	
		Interval (95%)	<i>p</i>
Συναισθηματική αυτοεπίγνωση	1.064	0.96-1.18	0.249
Διεκδικητικότητα	0.943	0.85-1.04	0.262
Αυτοσεβασμός	0.851	0.77-0.94	0.001
Αυτοπραγμάτωση	1.105	0.99-1.24	0.084
Εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες	0.998	0.90-1.11	0.967
Ενσυναίσθηση	1.037	0.93-1.16	0.530
Ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων	0.986	0.89-1.09	0.788
Κοινωνική υπευθυνότητα	0.992	0.89-1.11	0.885
Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	1.036	0.94-1.14	0.475
Ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας	0.953	0.89-1.03	0.204
Ευελιξία	1.076	0.98-1.18	0.116
Αντοχή στο στρες	0.896	0.82-0.98	0.019
Ικανότητα ελέγχου της παρορμητικότητας	1.079	0.99-1.17	0.177
Ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων	0.908	0.82-1.01	0.066
Αισιοδοξία	1.119	0.97-1.29	0.121
Άγχος	0.936	0.96-1.18	0.973

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης, οι παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν με ακρίβεια ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ανήκουν

στην ομάδα με τάσεις για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο της τάξεως του $P < 0.05$, είναι: α) ο αυτοσεβασμός [$\exp(B)=0.851$, $p < 0.001$] και β) η αντοχή στο στρες [$\exp(B)=0.896$, $p=0.019$]. Ενώ, και η ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων [$\exp(B)=0.908$, $p=0.066$] είναι παράγοντας που μπορεί να προβλέψει τις τάσεις ανάπτυξης διαταραχών λήψης τροφής σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο της τάξεως του $P < 0.1$.

4. ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των διαταραχών λήψης τροφής με το άγχος και τη συναισθηματική νοημοσύνη σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών. Συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στο να διερευνήσει εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (η οποία αποτελεί μια από τις τρεις κατηγορίες διαταραχών λήψης τροφής), και σε εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως ο αυτοσεβασμός, η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα θετικά συναισθήματα, η αισιοδοξία, η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, η ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, το άγχος και η αντοχή σε αυτό. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα αποσκοπούσε στο να διερευνήσει εάν τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, παρουσιάζουν και χαμηλότερες βαθμολογίες στους επιμέρους παράγοντες που συναποτελούν τη συναισθηματική νοημοσύνη και το άγχος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν χαμηλότερη διεκδικητικότητα, χαμηλότερο αυτοσεβασμό, χαμηλότερη ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας,

χαμηλότερη ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων, είναι λιγότερο αισιόδοξα και έχουν υψηλότερο άγχος, σε σχέση με τα άτομα που έχουν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Επιπλέον, από την έρευνα προέκυψε ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά σχετίζεται με τους παράγοντες: αυτοσεβασμός, αντοχή στο στρες, ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων, αισιοδοξία και άγχος. Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τρία ψυχολογικά χαρακτηριστικά, ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η αντοχή στο στρες και η χαμηλή ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων, μπορούν να προβλέψουν με μεγάλη ακρίβεια ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές λήψης τροφής. Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ενδεχομένως να εμφανίζουν χαμηλότερο αυτοσεβασμό, χαμηλότερη διεκδικητικότητα, χαμηλότερη ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας, χαμηλότερη ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων, να είναι λιγότερο αισιόδοξα και να έχουν υψηλότερο άγχος.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας υποστηρίζουν πρόσφατες μελέτες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και τον παράγοντα αυτοσεβασμό. Συγκεκριμένα, από τη μελέτη μας προέκυψε ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν χαμηλότερο αυτοσεβασμό. Ανάλογες διαπιστώσεις έχουν προκύψει από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες. Στον Καναδά, σε δείγμα 715 μαθητριών και στις Η.Π.Α. σε δείγμα 1445

μαθητών (Steiger, 1992; Johnson, 2004) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν χαμηλότερο αυτοσεβασμό. Συγκεκριμένα, τα άτομα που δήλωναν σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς χαμηλότερο αυτοσεβασμό, βρίσκονταν σε υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής. Σε άλλη μελέτη στην Γερμανία, όπου συμμετείχαν 106 εθελοντές, από τους οποίους οι 26 ήταν ανορεκτικοί, βρέθηκε ότι οι δεύτεροι πάσχουν από χαμηλό αίσθημα αυτοσεβασμού, μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου Self-esteem Scale (Grabhorn, 2005). Σε 236 γερμανούς ασθενείς νοσοκομείου με διαταραχές λήψης τροφής, προέκυψε από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, ισχυρή συσχέτιση μεταξύ διαταραχών λήψης τροφής και χαμηλού αυτοσεβασμού. Κάτι ανάλογο παρατηρήθηκε σε μελέτη με 235 καναδέζους μαθητές, όπου ο χαμηλός αυτοσεβασμός συσχετίστηκε ισχυρά με την εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής (Geller, 2002). Επιπλέον, έχει προκύψει από μελέτη που διεξήχθη σε ασθενείς που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο, ότι τα άτομα με διαταραχές λήψης τροφής δε σέβονται τον εαυτό τους ως έχει και πιστεύουν ότι αν χάσουν λίγα κιλά θα πετύχουν την αποδοχή και τα κοπιμμένα του κοινωνικού περίγυρου. Αυτή η σκέψη μπορεί να οδηγήσει σε ανορθόδοξες τακτικές απώλειας βάρους. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με διαταραχές λήψης τροφής 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). Στη μελέτη αυτή, έγινε σύγκριση του βαθμού αυτοεκτίμησης, μεταξύ των ασθενών του νοσοκομείου που έπασχαν από διαταραχές λήψης τροφής και άλλων ασθενών που νοσηλεύονταν την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης και έπασχαν από ασθένειες

άλλες, εκτός των διαταραχών λήψης τροφής. Πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία σε 470 μαθητές ηλικίας 11-14 ετών υποστηρίζει τα παραπάνω αποτελέσματα. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν μαθητές, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Στην πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε παρέμβαση με στόχο την αύξηση του αυτοσεβασμού. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης ήταν αρκετά ενθαρρυντικά, καθώς μειώθηκε σημαντικά ο κίνδυνος ανάπτυξης διαταραχών λήψης τροφής στην ομάδα παρέμβασης (O'Dea, 2000). Επομένως, όπως φάνηκε και από την μελέτη μας, ο αυτοσεβασμός είναι ένας παράγοντας ιδιαίτερα χαμηλός στα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και θα μπορούσε να προβλέψει αν ένα άτομο έχει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει διαταραχές λήψης τροφής.

Επίσης, τα αποτελέσματα της μελέτης μας διευρύνουν τα ευρήματα πρόσφατων μελετών, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την διεκδικητικότητα. Σε μελέτη που έγινε στη Χιλή, σε δείγμα 62 ασθενών με διαταραχές λήψης τροφής και 120 υγιών ατόμων, βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο RAS που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της διεκδικητικότητας. Στην ίδια μελέτη, υποστηρίζεται ότι η διεκδικητικότητα μπορεί να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών λήψης τροφής (Behar, 2006). Από μελέτη, όπου συμμετείχαν εθελοντές σε δύο ομάδες, ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου, προέκυψε ότι στην ομάδα, όπου εφαρμόστηκε παρέμβαση με στόχο την αύξηση του διεκδικητικότητας, τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά, καθώς μειώθηκε σημαντικά ο

κίνδυνος ανάπτυξης διαταραχών λήψης τροφής (Shiina, 2005). Επιπλέον έχει διαπιστωθεί πως δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα ανορεκτικά και τα βουλιμικά άτομα και πως και οι δύο ομάδες πάσχουν από χαμηλή διεκδικητικότητα, συγκριτικά με υγιή άτομα (Williams, 1993; Williams, 1990).

Επίσης, τα ευρήματα της μελέτης μας υποστηρίζουν πρόσφατες έρευνες, οι οποίες εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και το άγχος. Συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά εμφανίζουν περισσότερο άγχος και χαμηλότερη αντοχή σε αυτό. Μελέτες υποστηρίζουν ότι ένα άτομο μπορεί να έχει προδιάθεση για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής και αυτές να μην εμφανίζονται μέχρι τη στιγμή που κάποιο γεγονός προκαλέσει πίεση στο άτομο, δηλαδή οι αγχώδεις καταστάσεις μπορούν να πυροδοτήσουν την ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής. Ανάλογη έρευνα που έγινε σε 40 έφηβα κορίτσια, 20 με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και 20 υγιή, μέσω της χρήσης ημιδομημένου ερωτηματολογίου και έπειτα από συνέντευξη από ψυχίατρο, έδειξε ότι τα πρώτα βιώνουν περισσότερες πιέσεις και έχουν περισσότερο άγχος (Horesh, 1996). Σε μελέτη που διεξήχθη στη Γαλλία, όπου συμμετείχαν 271 άτομα με διαταραχές λήψης τροφής, βρέθηκε ότι συνυπάρχουν των διαταραχών, το άγχος και η κατάθλιψη, τόσο στα άτομα με ανορεξία, όσο και στα άτομα με βουλιμία (Godart, 2006). Επίσης, ανασκόπηση μελετών σε άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, έδειξε ότι τα άτομα αυτά προσπαθούν ανεπιτυχώς να ελέγξουν την κατάσταση, αλλά η ανάγκη αυτή δεν ικανοποιείται. Το αίσθημα της αποτυχίας τα κυριεύει, ακολουθεί η αποτυχία να χάσουν βάρος

και να είναι υγιή, η αποτυχία στις διαπροσωπικές σχέσεις, η αποτυχία να μείνουν εκτός νοσοκομείου (Rothenberg, 1990). Από μελέτη που έγινε σε ένα δείγμα 35 ανορεκτικών και 45 βουλιμικών γυναικών, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα αυτά συγκεντρώνουν πολύ υψηλές βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο MPQ και συγκεκριμένα την υποκλίμακα που σχετίζεται με το άγχος (Pryor, 1996). Μελέτες έχουν δείξει σημαντική συσχέτιση μεταξύ διαταραχών λήψης τροφής και άγχους σε μαθητές λυκείου. Επίσης από έρευνα που διεξήχθη σε μαθητές, 368 κορίτσια και 281 αγόρια, που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών EAT-26, προέκυψε ότι τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του άγχους (Fisher, 1994). Επίσης, μελέτη που αναφέρθηκε παραπάνω, σε 40 κορίτσια από τα οποία τα 20 είχαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, έδειξε ότι οι διαταραχές λήψης τροφής 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 σχετίζονται σημαντικά με τις διαταραχές λήψης τροφής και άλλες ψυχολογικές διαταραχές στην εφηβεία (Goodyer, 1993). Αν και κάποιες φορές το άγχος είναι η κυριότερη αιτία των διαταραχών λήψης τροφής, συχνά υποεκτιμάται και δε λαμβάνεται υπόψιν κατά τη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν (Sipos, 2006). Επίσης, από ανασκόπηση εννέα μελετών, φαίνεται πως το άγχος συνδέεται και με άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που μπορούν και συνυπάρχουν, όπως ο χαμηλός αυτοσεβασμός και η τελειομανία (Brown, 1992). Στη μελέτη μας βρέθηκαν να συνυπάρχουν ο χαμηλός αυτοσεβασμός και το υψηλό αίσθημα άγχους.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας διευρύνουν ακόμα πρόσφατες μελέτες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων, αλλά και την αισιοδοξία. Αρκετές μελέτες που έχουν προηγηθεί, εξετάζουν την σχέση χαμηλής ικανότητας αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων και εμφάνισης διαταραχών λήψης τροφής. Σε μελέτη, για παράδειγμα, στην οποία συμμετείχαν 186 αμερικανές προπτυχιακές φοιτήτριες, αναδείχθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ διαταραχών λήψης τροφής και του αισθήματος της ευτυχίας. Το αίσθημα της ευτυχίας αξιολογήθηκε μετά από συνέντευξη και βαθμολόγηση φωτογραφιών με γυναίκες που βρίσκονταν σε διαφορετικά επίπεδα φαινομενικής ευτυχίας, με βάση τα χαρακτηριστικά του προσώπου. Η παρουσία διαταραχών λήψης τροφής αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο EDE-Q (Viken, 2005). Επίσης, ανασκόπηση μελετών έδειξε ότι το 45% των ατόμων με διαταραχές λήψης τροφής πάσχουν από κατάθλιψη, μια ακραία κατάσταση έλλειψης ικανότητας αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων (Zerbe, 1991). Το δύσκολο σημείο που προκύπτει είναι ο καθορισμός του τί προκαλεί τί. Η βιβλιογραφία δεν μπορεί να εξηγήσει αυτή την αιτιολογική σχέση. Είναι πιθανό οι διαταραχές λήψης τροφής να προκαλούν κατάθλιψη, ή η κατάθλιψη να ωθεί τα άτομα στην ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής, ή θα μπορούσε ένας άγνωστος τρίτος παράγοντας να προκαλεί την κατάθλιψη και τις διαταραχές λήψης τροφής. Σε μελέτη που διεξήχθη στη Βοστώνη, με 82 γυναίκες και 57 άντρες, που έπασχαν από διαταραχές λήψης τροφής, βρέθηκε να πάσχουν στατιστικά σημαντικά και από κατάθλιψη (Fava, 1997). Στις γυναίκες

με διαταραχές λήψης τροφής οι αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα δεν περιορίζονται γύρω από την εικόνα και το βάρος του σώματος. Οι γυναίκες αυτές δηλώνουν συχνά δυστυχία. Σε 35 ανορεκτικούς και 45 βουλιμικούς ασθενείς νοσοκομείου, βρέθηκε χαμηλή αισιοδοξία και χαμηλή ικανότητα αναγνώρισης θετικών συναισθημάτων (Pryor, 1996). Οι ασθενείς αυτοί δίνουν την αίσθηση ότι δεν υπάρχει καμμία ελπίδα βελτίωσης. Επομένως, φαίνεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ότι η ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων είναι ένας παράγοντας που θα μπορούσε να προβλέψει ποιά άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαταραχές λήψης τροφής, καθώς αυτά δηλώνουν συχνότερα λιγότερο ευτυχισμένα και περισσότερο απαισιόδοξα.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας υποστηρίζουν τα ευρήματα πρόσφατων μελετών οι οποίες εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας. Σε μελέτη που έγινε σε 30 βουλιμικές γυναίκες διαπιστώθηκε ότι τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν καταστάσεις της ζωής (Neckowitz, 1991). Συγκεκριμένα η μελέτη αυτή έδειξε ότι τα άτομα με νευρογενή βουλιμία συγκριτικά με υγιή άτομα, 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 καταστάσεων της καθημερινότητας οδηγεί σε γενική ανικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων και συσχετίζεται

θετικά με την ανάπτυξη κατάθλιψης, όπως προέκυψε σε μελέτη με 60 ανορεκτικούς και 30 υγιείς μετά από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (Troop, 1994). Το πόσο σημαντικό είναι αυτό φαίνεται από μία άλλη μελέτη που εξετάζει τρόπους παρέμβασης για την αντιμετώπιση των διαταραχών λήψης τροφής. (Seaward, 1999). Ο Seaward πιστεύει ότι η δημιουργικότητα και η ανάκτηση της ικανότητας αντιμετώπισης καταστάσεων της καθημερινότητας 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.

Επομένως, συμπεραίνει κανείς, ότι στα χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα άτομα που παρουσιάζουν τάσεις για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής και στα υγιή άτομα. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι σχετίστηκαν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα τα άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά έχουν χαμηλότερο αυτοσεβασμό, χαμηλότερη διεκδικητικότητα, υψηλότερο άγχος και χαμηλότερη αντοχή σε αυτό, έχουν χαμηλότερη ικανότητα αναγνώρισης των θετικών συναισθημάτων και είναι λιγότερο αισιόδοξα.

Η συμβολή της παρούσας έρευνας εντοπίζεται στο γεγονός ότι εξετάζει την σχέση μεταξύ διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και εκφάνσεων της συναισθηματικής νοημοσύνης. Η τελευταία αποτελεί μία πολυπαραγοντική

έννοια και επομένως εξετάζει ταυτόχρονα πολλές πτυχές της ανθρώπινης σκέψης και συμπεριφοράς δίνοντας μία πολύ σφαιρική εικόνα για την συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Ο πειραματικός σχεδιασμός μέσω του οποίου προσεγγίζεται το θέμα, δεν έχει εφαρμοστεί σε προηγούμενες μελέτες και ιδίως σε δείγμα όπως αυτό που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, δηλ. άτομα με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά.

Αν και η βιβλιογραφία είναι τεράστια για αυτές τις τόσο σοβαρές διαταραχές λήψης 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 διαταραχές λήψης τροφής.

Θα ήταν ωφέλιμο για την επιστημονική κοινότητα και τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές λήψης τροφής, να μελετηθούν οι εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης σε σχέση με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να καταστεί δυνατόν να γενικευτούν τα ευρήματα. Στη συνέχεια, βασισμένοι στα συμπεράσματα 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 διαταραχών λήψης τροφής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ackard, D. et al. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 129-136.
2. Altabe, M., Thompson, J. K. (1993). Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 323-328.
3. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington, D. C., 539-555, 729.
4. 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.
5. Apfeldorfer, G. (1997). Anorexie, boulimie, obesite. Μετάφραση από τα Γαλλικά. Ελληνικός τίτλος: Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία. Εκδόσεις Τραυλός-Ε. Κωσταράκη, σελ.29,32-33,49.
6. Askevold, F. (1982). Social class and psychosomatic illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 256.
7. Attie, I., Brooks-Gunn, J. (1995). The development of eating regulation across the life span. *The Developmental psychopathology*, 10.
8. Ayllon, T., Houghton, E., Osmond, H. P. (1964). Chronic anorexia: A behaviour problem. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 147-57.

9. Baker-Dennis, A., Sansone, R. A. (1997). Overview of eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related disorders. *Laureate*, 2, 57.
10. BarOn, R. (1997). BarOn emotional quotient inventory: a measure of emotional intelligence. (user's manual), Toronto, ON-North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
11. 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.
12. BarOn, R., Parker, J. (2000). The BarOn EQ-I:YV: Technical Manual. Toronto, Canada, Multi-Health Systems.
13. Behar, A. R., Manzo, G. R., Casanova, Z. D. (2006). Lack of assertiveness in patients with eating disorders. *Rev Med Chil*. 134(3): 312-9.
14. 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.
15. Boyatzis, R. E., Goleman, D., Rhee, K. S. (2000). The BarOn EQ-I:YV: *Technical manual*. Toronto, Canada, Multi-Health Systems.
16. Brown, C., and Gilligan, C. (1992). Meeting at the Crossroad, Harvard University Press, Cambridge, MA.
17. Bruch, H. (1969). Hunger and Instinct. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149.
18. Bruch, H. (1978). The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa. Harvard University Press, Cambridge, MA.

19. Brumberg, J. J. (1988). *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
20. Brumberg, J. J. (1997). *The body project: An Intimate History of American Girls*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
21. Button, E. J., Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychol Med*, 11(3): 509-16.
22. Carter, J. A., Duncan, P. A. (1984). Binge-eating and vomiting: a survey of a high school population. *Psychology in the Schools*, 21, 198.
23. 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.
24. 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.
25. Cherniss, C, Goleman, D. (2000). Emotional Intelligence: what is and why it matters? Paper presented at the Annual Meeting of the society for industrial and organizational psychology. New Orleans, LA, April 15.
26. Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., Caputti, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28: 539-561.
27. Cortufo, P. Baretta, V., Monteleone, P. Maj, M. (1998). Full-syndrome, partial syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 112-5.
28. Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore, University Park, MD.

29. Crisp, A. H. (1965). Some aspects of the evolution, presentation and follow-up of anorexia nervosa. *Proc R Soc Med*, 58: 514.
30. Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Academic Press, London.
31. Crisp, A. H., Joughin, N., Halek, C., Bowyer, C. (1996). *Anorexia nervosa: the wish to change*. Psychology Press Ltd, 2nd edition, New York.
32. Davis, C., et al. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Compr Psychiatry*, 38(6):321-6.
33. Davis, C., Katzman, D. K., and Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology. *Journal Nerv Ment Dis*, 187(6):336-42.
34. 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.
35. Dunkley, D.M., Grilo, C.M. (2006). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behav Res Ther*, [Epub ahead of print].
36. Enzman, D. R., Lane, B. (1977). Cranial computed tomography findings in anorexia nervosa. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 1, 410-14.
37. Fairburn, C., Brownell, K. (2002). *Eating Disorders*. The Guildford Press, 2nd edition, New York.
38. Fairburn, G.C., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, vol.361.
39. 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.

40. Fernstrom, M. H., et al. (1994). Twenty-four hour intake in patients in anorexia nervosa and in healthy control subjects. *Biology Psychiatry*, 36: 696.
41. Ferron, C. (1997). Body image in adolescence in cross-cultural research, *Adolescence*, 32, 735.
42. Fisher, M. et al. (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 67.
43. Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *Journal of Adolescent Health*, 16(6), 420.
44. Fisher, S. (1973). *Body Consciousness*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
45. 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.
46. Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York, Basic Books.
47. Garner, D. M. et al. (1982). The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
48. Garner, D., Wooley, S. (1991). Confronting the failure of behavioural and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychological Review*, 11, 729.
49. Geller, J., Zaitsoff, S.L., Srikameswaran, S. (2002). Beyond shape and weight: exploring the relationship between nonbody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 344-51.
50. Gilbert, S. (1986). *Pathology of Eating*. London: Routledge.

51. Godart, N., et al. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, [Epub ahead of print]
52. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
53. Goleman, D. (1998) *Working with Emotional Intelligence*, Bantam Books.
54. Goodyer, I. M. (1993). Recent stressful life events: their long term effects, *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 1.
55. Gordon, R. A. (1991). Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic. Blackwell Publishers, Malden, MA.
56. Gottman John (1997) *Raising an Emotionally Intelligent Child*.
57. Graber, J. A., Tyrka, A. R., Brooks-Gunn, J. (2003). How similar are correlates of different subclinical eating problems and bulimia nervosa? *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 44(2): 262-73.
58. Grabhorn, R., Stenner, H., Kaufbold, J., Overbeck, G., Stangier, U. (2005). Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa. *Z Psychosom Med Psychother*, 51(2): 179-93.
59. 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.
60. 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.

61. 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.
62. Gull, W. W. (1868). The address in medicine. Delivered before the annual meeting of the British Medical Association at Oxford. *Lancet*, 2, 171-176.
63. Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London, 7, 22-28.
64. 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.
65. Harrison, K. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 12, 98.
66. Herrnstein, R., Charles, M. (1994). The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life. Free Press, New York, σελ. 66.
67. Herzog, D. (1982). Bulimia: the secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23, 481-487.
68. Hewitt, P.L., Flett, G.L., Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317-26.
69. 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.

70. 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.
71. Hurst, P. S., et al. Teeth, vomiting and diet: A study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *Postgraduate Medical Journal*, 53: 298.
72. Husain, M. M., Black, K. J., et al. (1992). Subcortical brain anatomy in anorexia and bulimia. *Biological Psychology*, 31, 735-8.
73. 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.
74. Johnson, C., et al. (2004). Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors* 5, 147-156.
75. 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.
76. 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.
77. Kerruish, P. K. (2002). Body composition in adolescents with anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75: 31-7.
78. 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.

79. 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. *Journal of Social Psychology*, 142(1), 133-43.
80. Lasegue, P. (1873). De l'anorexie hysterique. *Archives Generale de Medecine*, 21, 385-403.
81. 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.
82. Levenkron, S. (1982). Anatomy of Anorexia. Lion's Crown Ltd, 1st edition, USA.
83. Levenkron, S. (1982). Treating and Overcoming Anorexia Nervosa. Scribner, New York.
84. Levine, M. (1987). How Schools Can Help Combat Student Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia. *National Education Association*. Washington D. C.
85. 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.
86. Lilenfeld, L.R., et al. (1998). Genetic studies of anorexia and bulimia nervosa. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, Chichester: Wiley, 169-94.

87. Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4): 433-442.
88. Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. (1999). Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27: 267-298.
89. Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. (2002). MSCEIT User's Manual. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems inc.
90. McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*, 28,205.
91. 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.
92. Melve, K. K., Baerheim, A. (1994). Signs of subclinical eating disorders in teenage girls. *Scand Journal of Primary Health Care*, 12(3): 197-203.
93. Mitchell, S.J. (1990). Changes after taking a college basic nutrition course. *Journal of American Dietetic Association*, 90(7), 955-61.
94. Morton, R. (1694). Phthisiologia, or A treatise of consumptions. London: Smith and Walford.
95. Nassar, M. (1988). Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 573-577.
96. 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.
97. Neumark -Sztein, D. et al. (2000). Weight -Related Behaviours among Adolescent Girls and Boys. Results from a National Survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154:569-577.

98. Neumark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. *Journal of School Health*, 66, 64, 69.
99. 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. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 43-57.
100. O'Mahony, J. F., Hollwey, S. (1995). The correlates of binge eating in two nonpatient samples. *Addict Behav*, 20(4): 471-80.
101. Orbach, S. (1986). Hunger strike: Anorexia Nervosa as a metaphor for our time. W. W. Norton, New York.
102. Palazidou, E., Robinson, P., Lishman, W. A. (1990). Neuroradiological and neuropsychological assessment in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 20, 521-7.
103. Payne, W. L. (1985). A study of emotion: Developing emotional intelligence, self-integration, relating to fear, pain and desire. *Dissertation Abstracts*, 47, no. 01A: 0203.
104. Peters, C. , et al. (1984). Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia in school age children. *School Psychology Review*, 13, 183.
105. Pike, K. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls, *Psychology of Women Quarterly*, 19, 373.
106. Pinkston, M. (2001). Psychological, nutritional, and energy expenditure differences in college females with anorexia nervosa vs. comparable-mass controls. *Eating Disorders*, 169-181.

107. 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. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 133-47.
108. 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.
109. 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.
110. Quinton, S., Wagner, H. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38: 1163-1173.
111. Reinstein, N., et al. (1992). Prevalence of eating disorders among dietetics students: does nutrition education make a difference?. *Journal of American Dietetic Association*, 92(8), 949-53.
112. Rierdan, J. and Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32, 615.
113. Robert-McComb, J. (2001). *Eating Disorders in women and children, prevention, stress management and treatment*, CRC Press, USA.
114. Robert-McComb, J., Clopton, J., Jambor, E., Weekes, E. (1997). Explanatory variance in bulimia. Study conducted at Texas Tech University, Lubbock.

115. 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.
116. 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.
117. Rost, W., Newhaus, M. Florin, I. (1982) Bulimia nervosa sex roles, sex role behaviour, and sex role related levels of control in bulimanexic women. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 403-408.
118. Rothblum, E. (1990). Women and weight: fad and fiction. *Journal of Psychology*, 124, 5-24.
119. Rothenberg, A. (1990). Adolescence and eating disorder: the obsessive-compulsive syndrome, *Adolescence: Psychopathology, Normality, and Creativity*, 13, 469.
120. Ryle, J. A. (1936), Anorexia nervosa. *Lancet*, ii, 893-899.
121. Salovey and Mayer, Emotional Intelligence, Κεφ. Ο βασικός ορισμός της συναισθηματικής νοημοσύνης, σελ. 189.
122. Schebendach, J., et al. Nutrient quality of diets of adolescents with anorexia nervosa (Abstract). *Journal of Adolescence Health*, 20: 151.
123. 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.
124. Schwartz, H. (1986). Never Satisfied: A cultural history of diets, fantasies and fats. Free press, New York.

125. Seaward, B. L. (1999). Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well Being. 2nd ed., Jones and Bartlett, Sudbury, MA, chap. 13.
126. 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.
127. Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E., Fujisaki, M., Iyo, M. (2005). An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 59(6): 690-6.
128. Shisslak, C. M. et al. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3): 209-19.
129. 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.
130. Sipos, V., Schweiger, U., Renneberg, B. (2006). Anxious (avoidant) personality disorder. *MMW Fortschr Med*, 148(8): 32, 34-5.
131. Slade, P. D. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.
132. Slade, P. D., Russell, G. G., (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cros-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

133. 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.
134. 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.
135. 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.
136. 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.
137. Steiner, H., et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child Adolescence Psychiatry*, 12 Suppl 1, I38-6.
138. Striegel-Moore, R., Silberstein, L.R., Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246.
139. Szmuckler, G. I., Tantam, J. (1984). Anorexia nervosa: starvation dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 303-10.
140. Szmukler, G. et al. (1992). Neuropsychological impairment in anorexia nervosa before and after refeeding. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 14, 347-352.
141. Thelen, M. H., et al. (1992). Eating and body image concerns among children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 41.

142. Thompson, B. (1994). *A Hunger So Wide and So Deep*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
143. Thompson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Pergamon Press, New York.
144. Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's magazine*, 140, 227-235.
145. 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.
146. Treasure, J. (1997). *Anorexia nervosa: a survival guide for families, friends and sufferers*. Institute of Psychiatry, London, UK, Psychology Press Ltd, New York.
147. Troop, N. A., et al. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 535.
148. Vandereycken, W., Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. New York University Press, New York.
149. Vansteelandt, K. et al. (2004). Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology. *Eating Behaviors* 5, 67-74.
150. 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.
151. Viken, R.J., Treat, T.A., Bloom, S.L., McFall, R.M. (2005). Illusory correlation for body type and happiness: covariation bias and its

- relationship to eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1): 65-72.
152. Wechsler, D. (1958). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
153. 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.
154. Whisenant, S.L., Smith, B.A. (1995). Eating disorders: current nutrition therapy and perceived needs in dietetic education and research. *Journal of American Dietetic Association*, 95(10), 1109-12.
155. Williams, G.J., Chamove, A.S., Millar, H.R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 327-35.
156. Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., Jackson, M.A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1): 27-32.
157. Wolf, N. (1991). *The beauty myth*. Vintage Books, Toronto.
158. 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.

159. Wyrwicka, W. (1984). Anorexia nervosa as a case of complex instrumental conditioning. *Experimental Neurology*, 84, 579-89.
160. Zerbe, K. J. (1993). The body betrayed: a deeper understanding of women, eating disorders and treatment. Gurzee Publishers, Carlsbad, CA.
161. 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.
162. Βάρσου, Ε. & Τρίκκας, Γ. (υπό δημοσίευση). Στάθμιση του ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής. Διδακτορική Διατριβή. Στο: Βιβλίο «Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα», Σταλίκας.
163. Καφέτσιος, Κ. (2003). Ικανότητες Συναισθηματικής Νοημοσύνης: Θεωρία και εφαρμογή στο εργασιακό περιβάλλον. Ελληνική Ακαδημία Διοίκησης Επιχειρήσεων, 2: 16-25.
164. Καφέτσιος, Κ., Καφέτσιου, Α. Και Τσαγκαράκης, Μ. (υπό έκδοση). Το Τεστ Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Mayer, Salovey & Caruso (Μεταφορά στα ελληνικά). Toronto: MHS International.
165. Κουμουνδούρου, Γ. & Μαριδάκη-Κασσωτάκη Αικ. (2003). Η προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου Συναισθηματικής Νοημοσύνης του BarOn. Στο βιβλίο περιλήψεων του 9^{ου} Συνεδρίου Ψυχολογικής Έρευνας, 149, Ρόδος, Ατραπός.
166. Πλατσίδου, Μ. (2004). Συναισθηματική νοημοσύνη: Σύγχρονες απόψεις μιας παλιάς έννοιας. *Επιστήμες αγωγής*, 1: 27-38.

167. Χατζηγεωργίου, Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία.

Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. *Παιδιατρική*

Ενημέρωση, 8: 12-18.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

Αφίσα
Οδηγίες εθελοντή
Συμφωνητικό εθελοντικής συμμετοχής
Στοιχεία εθελοντή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

Ερωτηματολόγιο διαιτητικών συνηθειών (EAT-26)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

Ερωτηματολόγιο ΣΝ Baron EQ-i
Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης Spielberger