ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ – ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εξεταστική επιτροπή :
Συντώσης Λάμπρος
Μαριδάκη – Κασσωτάκη Αικατερίνη
Ματάλα Αντωνία – Λήδα

Επιμέλεια: Παπαμάρκου Σοφία
ΑΜ: 9825

ΑΘΗΝΑ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ……. 1

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ……. 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ……. 3

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ 4

1. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διαταραχές πρόσληψης τροφής: Εισαγωγή 4 ……

1.1. Συσχέτιση εικόνας σώματος με ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές 4

1.2. …….. Συσχέτιση του συνόλου των διατροφικών 7

1.3. διαταραχών με ψυχολογικά χαρακτηριστικά …….. 11

Ειδικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές ……..

1.3.1. Κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές 12
…….. 13
1.3.2. Θυμός και διατροφικές διαταραχές 14
……
1.3.3. Τελειομανία και διατροφικές διαταραχές 15
……
1.3.4. Παθολογικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και διατροφικές διαταραχές ……..
2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ειδικές διαταραχές πρόσληψης τροφής 18
…….
2.1. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και υποκλινικές μορφές διατροφικών διαταραχών 18
……..…
2.1.1. Γενικά χαρακτηριστικά υποκλινικών διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικά χαρακτηριστικά 18
…….
2.1.2. Ενασχόληση με δίαιτες ('Dieting') και ψυχολογικά χαρακτηριστικά 19
……
2.2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ψυχογενής ανορεξία .. 23
2.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ψυχογενής βουλιμία .. 34
2.4. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διαταραχή αδηφαγίας 39
3. Κοινωνικά – εθνικά χαρακτηριστικά και διαταραχές πρόσληψης τροφής 47
…….
3.1. Σχέσεις ατόμου με οικογένεια και διατροφικές διαταραχές 47
……..

3.2. Ηλικία και διατροφικές διαταραχές 49
…….… 49
3.2.1 Παιδική ηλικία 50
…… 51
3.2.2 Εφηβική ηλικία
……
3.2.3 «Φοιτητική» ηλικία
……
3.3. Εθνικότητα και διατροφικές διαταραχές 52
……
3.3.1. Εθνικές – φυλετικές διαφορές και
ψυχοπαθολογία διατροφικών διαταραχών 52
…. 53
3.3.2. Στοιχεία για την Ελλάδα
……..

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ : ΕΡΕΥΝΑ 56
1. Σκοπός 56
……..
2. Μεθοδολογία 57
……..
2.1. Δείγμα 57
2.2. ……..... 59
Συλλογή στοιχείων – εργαλεία
…….
2.2.1 Αξιολόγηση διαιτητικής συμπεριφοράς 59
……. 61
2.2.2 Αξιολόγηση διαιτητικής πρόσληψης 62
2.3 …… 65
2.2.3 Αξιολόγηση ψυχολογικών
χαρακτηριστικών …
Στατιστική επεξεργασία
…….
3. Αποτελέσματα 67
3.1. Αποτελέσματα αξιολόγησης διαιτητικής
συμπεριφοράς 67
……

3.2. Αποτέλεσμα στατιστικής σύγκρισης των ομάδων του δείγματος ως προς το BMI (δείκτη μάζας σώματος) …… 68
3.3. Αποτελέσματα στατιστικής σύγκρισης των ομάδων του δείγματος ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά …. 69
3.4. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά …. 70
3.5. Αποτελέσματα στατιστικής σύγκρισης των ομάδων του δείγματος ως προς τις επιλογές τροφίμων …….. 71
3.6. Αποτελέσματα συσχέτισης με άλλους παράγοντες (ενασχόληση με δίαιτες, χρήση συμπληρωμάτων, κατανάλωση λίπους κρέατος, είδος λίπους στη σαλάτα) …… 74
4. Συζήτηση – Συμπεράσματα …….. 77

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ……. 87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ……. 89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ……. 95

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη εκπονήθηκε κατά το χειμερινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2002-2003, στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο από τη φοιτήτρια του τμήματος Επιστημών Διαιτολογίας -Διατροφής, Σοφία Παπαμάρκου.

Θεωρώ πολύ σημαντικό να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους καθηγητές που με βοήθησαν στην εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Κατ΄αρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Κα Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Επίκουρη καθηγήτρια του Χαροκόπειου Πανεπιστήμιου για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της. Επίσης, καθοριστική ήταν η συμβολή της κας Γιαννακούλια Μαίρης που με βοήθησε πολύ σε όλες τις φάσεις της πτυχιακής. Θα ήθελα να ευχαριστήσω ακόμη τον Κο Συντώση Αναπληρωτή καθηγητή του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου που μου ανέθεσε την συγκεκριμένη πτυχιακή.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα, για τη συνεργασία τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε φοιτητές και φοιτήτριες των τριών τμημάτων του Χαροκόπειου Πανεπιστήμιου.

Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η διαιτητική συμπεριφορά των φοιτητών-τριών με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου EAT-26 και με βάση τη βαθμολογία τους σ' αυτό έγινε η επιλογή του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται από δύο ομάδες. Η μία περιλαμβάνει τους φοιτητές και τις φοιτήτριες που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, με βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών μεγαλύτερη ή ίση του 20, (EAT$\geq$20). Η άλλη περιλαμβάνει τα άτομα με χαμηλό κίνδυνο, δηλαδή με βαθμολογία στο ίδιο τεστ μικρότερη του 10, (EAT$<$10). Στη συνέχεια, εκτιμήθηκαν ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων κάθε ομάδας, με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων (Άγχους, Κατάθλιψης, Τρόπου αντιμετώπισης προβλημάτων).

Με ειδικές στατιστικές μεθόδους έγινε σύγκριση των ομάδων ως προς αυτά τα χαρακτηριστικά και διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στην τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και στα συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και στα εξής ψυχολογικά χαρακτηριστικά: άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, μειωμένος αυτοέλεγχος ως προς την επίλυση προβλημάτων.

Επιπλέον, έγινε σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, την ενασχόληση με δίαιτες, τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, την κατανάλωση λίπους και τον δείκτη μάζας σώματος. Βρέθηκε σημαντική διαφορά στην ενασχόληση με δίαιτες και την κατανάλωση λίπους (στο κρέας).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ατόμου καθώς σχετίζεται με την ικανοποίηση των βιολογικών του αναγκών αλλά και με άλλες σημαντικές διαστάσεις της ζωής του. Έτσι, η σχέση του ατόμου με το φαγητό επηρεάζει και επηρεάζεται από ψυχολογικούς και κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες.

Έχει αναπτυχθεί μεγάλη επιστημονική δραστηριότητα, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια σε σχέση με τα προβλήματα που παρουσιάζονται στις συνήθειες του ατόμου που αφορούν στη διαδικασία πρόσληψης τροφής. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να πάρουν τη μορφή διατροφικών διαταραχών και σχετίζονται με ποικίλους παράγοντες όπως ψυχολογικούς και κοινωνικούς.

Ιδιαίτερο, επομένως, ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανίχνευση των ψυχολογικών παραγόντων που συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν με τις διατροφικές διαταραχές ή προδιαθέτουν για την ανάπτυξή τους. Αυτή η διερεύνηση αποτέλεσε κύριο σκοπό της παρούσας πτυχιακής μελέτης.

Συγκεκριμένα, η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με αντικείμενο τον προσδιορισμό των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που έχουν συσχετιστεί με τις διάφορες μορφές διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στην επίδραση κοινωνικών και εθνικών παραγόντων. Το σύνολο των ψυχολογικών και κοινωνικών-πολιτισμικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν για την πρόκληση των διατροφικών διαταραχών φαίνονται στο πολυπαραγοντικό μοντέλο Neumark-Sztainer, Rutler, Palti (1996) που απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα (πίνακας 1).

Το δεύτερο μέρος αποτελεί η έρευνα, που έγινε σε δείγμα φοιτητών του Πανεπιστημίου. Σε αυτήν εξετάζεται η σχέση της τάσης εμφάνισης διατροφικών διαταραχών με τα εξής ψυχολογικά χαρακτηριστικά: άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, μειωμένος αυτοέλεγχος ως προς την επίλυση προβλημάτων. Επίσης, διερευνώνται οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων του δείγματος.

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές: Εισαγωγή

1.1. Συσχέτιση εικόνας σώματος με ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές.

Σε μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας έχει γίνει συσχέτιση της εικόνας σώματος και της αποδοχής ή απόρριψης της, με την αυτοεκτίμηση και τον κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (Davis et al., 1997). Η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και βάρους-μορφής σώματος αντανακλάται και στα διαγνωστικά κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία (McFarlane, McCabe, Jarry, Olmsted, & Polivy, 2001).

Ειδικότερα, έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες επιθυμούν περισσότερο να είναι πιο αδύνατες και οι άντρες να έχουν μεγαλύτερο σώμα και βάρος, δηλαδή να είναι πιο μυώδεις (Davis, Katzman, 1997). Οι Rosen Gross κατέγραψαν ότι το 63% των εφήβων κοριτσιών και το 16% των εφήβων αγοριών προσπαθούν να χάσουν βάρος (Wong, Lin Chen, Ching Chang, Fu Wang, & Yamamoto, 1999). Λίγοι άντρες (12%) και ελάχιστες γυναίκες (6%) δεν επιθυμούσαν αλλαγή στο βάρος τους. Η παρατηρούμενη δυσαρέσκεια σε σχέση με το σώμα είναι πιο έντονη στις γυναίκες (Davis et al., 1997, Wong et al., 1999) και δεν εξαρτάται από το αν η γυναίκα είναι υπέρβαρη ή φυσιολογικού βάρους (Wong et al., 1999).

Στην εμφάνιση δυσαρέσκειας για το σώμα συμβάλλουν τα κοινωνικά πρότυπα σε σχέση με το ιδανικό σώμα και η αρνητική κριτική για το σώμα από τον κοινωνικό περίγυρο, την οικογένεια, τους φίλους (Thompson, Coovert, & Stormer,1999). Βέβαια, ο βαθμός που αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν το άτομο σχετίζονται με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του.

Τα αποτελέσματα των ερευνών σε Ευρωπαίους και Αμερικάνους είναι αντιφατικά για το αν η συσχέτιση δυσαρέσκειας σώματος και αυτοπεποίθησης είναι ισχυρότερη στις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες (Davis et al., 1997). Είναι γεγονός, ότι η σύνδεση της αυτοεκτίμησης με την εμφάνιση, είναι πολύ πιο έντονη και κυρίαρχη σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, όπως ψυχογενή

βουλιμία, σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα, των οποίων η αυτοεκτίμηση εξαρτάται από τη φυσική εμφάνιση, αλλά στον ίδιο βαθμό και από άλλους παράγοντες όπως οι πνευματικές ικανότητες και οι κοινωνικές δεξιότητες (Davis et al., 1997; Tuomisto, Hetherington, Morris, Tuomisto, Turjanma, & Lappalainen, 1998; McFarlane et al., 2001).

Στην έρευνα των McFarlane et al., (2001) έγινε σύγκριση της σχέσης της εικόνας σώματος με τη θετική και την αρνητική αυτοαξιολόγηση, ανάμεσα σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, σε άτομα με περιορισμό φαγητού ("restrained eaters" ή «περιοριστικοί») και σε φυσιολογικά. Στην πρώτη ομάδα η σύνδεση με την αρνητική αυτοαξιολόγηση ήταν μεγαλύτερη απ' ότι στη δεύτερη και σ' αυτή μεγαλύτερη απ' ότι στην ομάδα ελέγχου. Η σχέση με την θετική αυτοαξιολόγηση ήταν ίδια στις δύο πρώτες ομάδες.

Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι η σχέση μεταξύ αποδοχής σώματος και θετικής αυτοαξιολόγησης μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση της αρνητικής. Για παράδειγμα, το άτομο κάνει δίαιτα και αρχικά χάνει βάρος, οπότε αποσπά θετικά σχόλια από τους άλλους και επομένως, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση ως προς την εμφάνιση του. Αυτή γενικεύεται και αυξάνεται συνολικά η αυτοπεποίθηση, οπότε προκύπτει θετική αυτοαξιολόγηση με βάση την εικόνα σώματος. Έτσι, κατά την αρχική φάση γίνεται η σύνδεση βάρους και αυτοεκτίμησης. Καθώς, όμως, περνάει ο χρόνος μειώνεται η απώλεια βάρους, σταματάει ή αναστρέφεται, και επομένως δημιουργείται δυσαρέσκεια για το σώμα. Αυτή μεταφέρεται και σε άλλες πλευρές του ατόμου με αποτέλεσμα να μειώνεται συνολικά η αυτοπεποίθηση, οπότε προκύπτει αρνητική αυτοαξιολόγηση με βάση την εικόνα σώματος.

Στην ίδια έρευνα, παρατηρείται ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές επεκτείνουν τη σχέση βάρους - αυτοπεποίθησης και σε άλλους τομείς, όπως η απόδοσή τους στη δουλειά ή το σχολείο. Αντίθετα, οι "περιοριστικοί" συνδέουν την εικόνα σώματος μόνο με την αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με την εμφάνιση και τις διαπροσωπικές σχέσεις που επηρεάζονται από την εμφάνιση.(McFarlane et al., 2001)

Επίσης, η αρνητική εικόνα σώματος έχει συσχετιστεί με την ύπαρξη αρνητικής διάθεσης (Fairburn, & Shafranet, 1998) και συμπτωμάτων κατάθλιψης, ενώ δεν υπήρξε συσχέτιση με τη σεξουαλική ελκυστικότητα ή τη φυσική κατάσταση (Davis et al., 1997).

Έρευνα των Ackard και Peterson έδειξε ότι τα κορίτσια που θεωρούσαν ότι έχουν αυξημένο βάρος, πριν την εφηβεία, εμφάνισαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια ως προς το σώμα και βουλιμική συμπτωματολογία. Επίσης, είχαν μικρότερο έλεγχο παρορμήσεων μειωμένη εσωτερική συναίσθηση και παρουσίασαν σε μεγαλύτερο βαθμό, χαρακτηριστικά όπως ο ασκητισμός, η έντονη επιθυμία για λεπτότητα και η τελειομανία, σε σχέση με αυτές που θεωρούσαν ότι είχαν μέτριο βάρος ή μικρότερο από το κανονικό. Από τα κορίτσια που θεωρούσαν ότι είναι υπέρβαρες το 50% είχε διατροφικές διαταραχές, ενώ στις άλλες κατηγορίες (μέτριο ή ελλιπές βάρος, πριν την εφηβεία), τα ποσοστά ήταν μικρά (Ackard, & Peterson 2001).

Επομένως, η έλλειψη ικανοποίησης από το σώμα και οι μη ρεαλιστικοί στόχοι βάρους, με την επακόλουθη επιθυμία για απώλεια βάρους, οδηγούν στη χρήση διαίτων που έχει βρεθεί ότι είναι ευθέως ανάλογη με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Και αυτό συμβαίνει διότι ο περιορισμός, λόγω των διαίτων, οδηγεί σε αδηφαγικά επεισόδια και ακολουθούν οι διορθωτικές συμπεριφορές (Wong et al., 1999).

Επιπλέον, πρόσφατα ευρήματα διακρίνουν στην εικόνα σώματος την αντικειμενική αντιληπτική πλευρά και την συναισθηματική πλευρά η οποία υποστηρίζεται ότι είναι πιο σημαντική. Πραγματικά, η έρευνα των Fernadez-Aranda et al., (1999) δείχνει ότι σε άτομα με διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται διαστρεβλώσεις όχι στην "αντιληπτική" αλλά μόνο στην "συναισθηματική" εικόνα σώματος, η οποία αλλάζει μετά την θεραπεία της διατροφικής διαταραχής. Τα συμπεράσματα αυτά προέκυψαν μετά από ειδικές μετρήσεις.

Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι κάποια άτομα παρ' ότι εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά κάποιας διατροφικής διαταραχής (ψυχογενούς βουλιμίας ή ανορεξίας), δεν δείχνουν ιδιαίτερη ανησυχία για το βάρος και τη μορφή του σώματός τους. (Fairburn et al., 1998; Goldfein, Walsh, & Midlarsky, 2000)

Συμπερασματικά, από την πλειοψηφία των ερευνών προκύπτει ότι η εικόνα σώματος μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και συσχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

1.2 Συσχέτιση του συνόλου των διατροφικών διαταραχών με ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται η συσχέτιση συνολικά των διατροφικών διαταραχών με ψυχολογικά χαρακτηριστικά και προβλήματα.

Σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν παρατηρηθεί, εκτός από την δυσαρέσκεια σώματος που αναλύθηκε προηγουμένως, βουλιμία, **τελειομανία**, **έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις** και **φόβοι ωρίμανσης**. Η έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον διότι αφορά στην απροθυμία δημιουργίας στενών σχέσεων, αλλά και στην απροθυμία έκφρασης των σκέψεων και των συναισθημάτων του ατόμου στους άλλους. Το να αναγνωρίζει και να προσδιορίζει κάποιος με ακρίβεια τα συναισθήματά του, συζητώντας τα με άλλους ανθρώπους παίζει σημαντικό ρόλο στην αυτορρύθμιση των καταθλιπτικών συναισθηματικών καταστάσεων (Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996).

Απαιτείται, βέβαια, να σημειωθεί ότι είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των προδιαθεσικών παραγόντων για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και πιο ήπιων μορφών τους. Πρόσφατα έχουν αρχίσει να γίνονται πολλές μελέτες που ερευνούν τη σχέση ανάμεσα σε ψυχολογικούς παράγοντες προσωπικότητας και τις διατροφικές διαταραχές. (Van der Ham, Van Strien, & Van Engelman, 1998)

Από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς την πρόβλεψη της πρόγνωσης στις διατροφικές διαταραχές προκύπτει ότι οι περισσότερες είναι αναδρομικές σε ενήλικες που είχαν θεραπευτεί κλινικά. Σύμφωνα με αυτές, προγνωστικοί παράγοντες που σχετίζονται με ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι η **χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κοινωνική απομόνωση, τα νευρωτικά προβλήματα και οι διαταραχές προσωπικότητας** (Van der Ham et al., 1998). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία στα πρώτα χρόνια της εφηβείας βρέθηκε ότι συνδέονται με την ψυχοπαθολογία στα τελευταία χρόνια της εφηβείας, αλλά δεν συνδέεται με την ψυχοπαθολογία στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (Calam & Waller 1998). Επίσης, με κακή πρόγνωση συσχετίστηκαν **η κατάθλιψη**

και το **αίσθημα αναποτελεσματικότητας.** Άλλοι τόνισαν το ρόλο της έλλειψης εσωστρέφειας-ενδοσκόπησης (Van der Ham et al., 1998).

Οι προοπτικές μελέτες σε εφήβους με διατροφικές διαταραχές είχαν τα ίδια αποτελέσματα με τις αναδρομικές και επιπλέον έδειξαν ότι αρνητικό ρόλο παίζει η **υπερβολική συμμόρφωση** και η **εμπάθεια**. Οι Van der Ham et al.,, πάντως κατέληξαν στο ότι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά έχουν υψηλότερη προβλεπτική ικανότητα από τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς. Διαπίστωσαν ότι τα χαρακτηριστικά που έχουν προβλεπτική σημασία για την εξέλιξη όλων των κατηγοριών διατροφικών διαταραχών, είναι το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας, η μειωμένη **εσωτερική συναίσθηση**, **(«interoceptive awareness»)** οι Φόβοι ενηλικίωσης, η **νευρωτικότητα** (Davis et al., 1997), το κοινωνικό άγχος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Van der Ham et al.,1998).

Ειδικότερα, άτομα με υψηλό βαθμό νευρωτικότητας χαρακτηρίζονται από έντονο **άγχος** και αυτοαμφισβήτηση και έχουν πιθανώς μία διαβρωτική αίσθηση δυσαρέσκειας για τον εαυτό τους και για τις περιστάσεις της ζωής τους (Goldner et al., 1999) Αποτέλεσμα της νευρωτικότητας είναι η αγχώδης επιδίωξη για αδυνάτισμα, που αυτό οδηγεί τους ανορεκτικούς ασθενείς σε εμμονή στον διατροφικό περιορισμό και τους βουλιμικούς σε επεισόδια αυξημένης κατανάλωσης φαγητού, γεγονός που δηλώνει την παρορμητική, δυσρύθμιστη διάθεσή τους. Έτσι φαίνεται ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν ίδια κύρια χαρακτηριστικά και διαφορετικά δευτερογενή που προκαλούν τις διάφορες μορφές διαταραχών πρόσληψης τροφής (Davis et al., 1997).

Σε έρευνα των Goldner et al., που μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά ατόμων με σοβαρή διατροφική διαταραχή, με περιοριστικού τύπου και με ήπια, διαπιστώθηκε ότι το γκρουπ σοβαρής κατάστασης παρουσίασε αυξημένη **συναισθηματική αστάθεια**, απάθεια, προβλήματα συμπεριφοράς, ανασφαλή προσκόλληση στις διαπροσωπικές σχέσεις, διεγερμένη αναζήτηση και καχυποψία καθώς επίσης αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικής διάθεσης. Εμφάνισαν επιπλέον, χαρακτηριστικά "καταστρεπτικά" των διαπροσωπικών σχέσεων που εκτείνονται πέρα από τη φαινομενική εσωστρέφεια, την οποία δείχνουν τα άτομα στο περιοριστικό γκρουπ. Ταυτόχρονα, αυξημένη ήταν η συχνότητα συμπεριφορών συναισθηματικής εκτόνωσης και η τάση παρορμητισμού.

Τα άτομα στο περιοριστικό γκρουπ παρουσίασαν αυξημένη καταπιεστικότητα, προβλήματα στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, υπερβολικό αυτοέλεγχο, αυξημένη **καταθλιπτική διάθεση** και δυσαρέσκεια από τη ζωή τους. Αυτό το γκρουπ απαρτίζονταν κυρίως από άτομα με ψυχογενή ανορεξία αλλά και από άτομα με βουλιμία.

Τα άτομα με σοβαρά και τα άτομα με περιοριστικά χαρακτηριστικά είχαν αυξημένο άγχος, περιορισμένη εκφραστικότητα, αυτοκαταστροφικές τάσεις και χαρακτηρίζονταν από κοινωνική απομόνωση και πειθαρχία. Επομένως, στα δύο αυτά γκρουπ εμφανίζονται μεγάλης έκτασης διαταραχές προσωπικότητας. Στην ομάδα με ήπιο πρόβλημα τα χαρακτηριστικά ήταν παρόμοια με αυτά της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο, παρουσίασαν σε μεγαλύτερο βαθμό, άγχος, προβλήματα ταυτότητας και ανασφαλή προσκόλληση, τα οποία αποτελούν ένδειξη κάποιου βαθμού διαταραχής προσωπικότητας (Goldner et al., 1999).

Άλλοι ερευνητές έχουν συσχετίσει τις διατροφικές διαταραχές με τον εθισμό – εξάρτηση (Fear και συν 1997), και την "addictive personality" (προσωπικότητα με τάση για εθισμό) που συνδέεται με χρόνια καταθλιπτική διάθεση και ανικανότητα διατήρησης της εσωτερικής ισορροπίας. Επίσης, έχει γίνει σύνδεση με την ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας(Davis et al., 1997).

Επιπρόσθετα, στη βιβλιογραφία έχουν συσχετιστεί τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας (ταμπεραμέντου) με ποικίλες διαταραχές συμπεριφοράς. Υποστηρίζεται, ότι συνδυαζόμενα με άλλους παράγοντες κινδύνου πιθανώς μπορούν να προκαλέσουν αιτιολογική επίδραση στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας και έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον Mc Clowry η ιδιοσυγκρασία προσδιορίζεται από 4 παράγοντες.

1. **Προσέγγιση-απόσυρση** που περιγράφει τις κοινωνικές αντιδράσεις.
2. **Επιμονή** που εκφράζει την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί

σταθερή την προσοχή του σε ένα σκοπό.

3. **Δραστηριότητα-κινητικότητα**
4. **Αρνητική συναισθηματικότητα** που σχετίζεται με την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων.

Δύο από αυτούς τους παράγοντες έχουν συνδεθεί με τις διατροφικές διαταραχές, η μειωμένη «επιμονή» και κυρίως η «αρνητική συναισθηματικότητα». Η μειωμένη επιμονή είναι πιθανώς χαρακτηριστικό ατόμων που απέτυχαν στις προσπάθειες για περιορισμό του φαγητού και έτσι οδηγήθηκαν σε αυξημένη κατανάλωση, οπότε γι αυτό εμφάνισαν βουλιμικές τάσεις. Η αρνητική συναισθηματικότητα βρέθηκε ότι συνδέεται με την εμμονή και την έντονη επιθυμία για λεπτότητα. Τα άτομα που η ιδιοσυγκρασία τους έχει αυτό το χαρακτηριστικό, πιθανώς μπορούν να εμφανίσουν σε πιο ακραίο βαθμό νευρικότητα, τάση για μεγαλοποίηση γεγονότων και υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Η χρόνια αρνητική συναισθηματική διέγερση συνδυασμένη με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική πίεση για αδύνατο σώμα συμβάλλει σε αύξηση της ευπάθειας για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Martin, Wertheim, Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει γίνει ειδική έρευνα σε σχέση με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των αθλητών και την προδιάθεση τους για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Γενικά, δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε σχέση μ' αυτούς που δεν αθλούνται, όσον αφορά στα περισσότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν συσχετιστεί με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Ωστόσο, οι αθλητές άντρες και γυναίκες φάνηκε ότι έχουν σε μικρότερο βαθμό αρνητικές αντιλήψεις για τη ζωή και είναι πιθανό μια γενικά θετική αντίληψη ζωής να μειώνει την προδιάθεση για ανάπτυξη διαταραχής. Επίσης, προκύπτει ότι αισθάνονται πιο αποτελεσματικοί. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με την άποψη ότι η άσκηση προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην φυσική και ψυχική υγεία, με συνέπεια την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και την αύξηση της ψυχολογικής δύναμης, της δυνατότητας ελέγχου του άγχους και την διατήρηση της αυτοεκτίμησης και της καλής γενικής κατάστασης. Επομένως, μ' αυτόν τον τρόπο, είναι πιθανό η άσκηση να παίζει προστατευτικό ρόλο ως προς την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Υπάρχουν, όμως, ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η ενασχόληση με αθλήματα που απαιτούν αδύνατο σώμα για καλύτερη απόδοση οδηγεί σε αύξηση της τάσης για διατροφικές

διαταραχές, όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε γυμναστές, δρομείς μεγάλων αποστάσεων και μπαλαρίνες. Αυτή η συσχέτιση ισχύει όταν είναι υψηλό το επίπεδο ενασχόλησης, οπότε αυξάνονται οι απαιτήσεις για καλή απόδοση που αυτό μπορεί να συνδέεται με την σωματική διάπλαση. Επίσης, οι αυξημένες απαιτήσεις συνδέονται με τον αυξημένο ανταγωνισμό και οδηγούν σε έντονη τελειομανία. Οι αθλητές με μεγαλύτερη τελειομανία εμφανίζουν μεγαλύτερη εμμονή στον περιορισμό του φαγητού, ιδιαίτερα αν αυτός σχετίζεται με καλύτερη απόδοση λόγω μικρότερου βάρους. Επομένως, όταν η άσκηση συνοδεύεται από αυτά τα στοιχεία υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης διατροφικής διαταραχής (Fulkerson et al., 1999).

Συμπερασματικά, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν συνδεθεί με πλήθος ψυχολογικών χαρακτηριστικών και σχετικών συμπεριφορών. Συνοπτικά, αυτά είναι η τελειομανία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη ή καταθλιπτική διάθεση, το αίσθημα αναποτελεσματικότητας η έλλειψη ενδοσκόπησης και εσωτερικής συναίσθησης. Επιπλέον, παρατηρούνται νευρωτικά προβλήματα, άγχος, εμπάθεια, εθισμός καθώς επίσης, υπερβολική συμμόρφωση και καταπιεστικότητα ή παρορμητισμός. Παράλληλα, άτομα με διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από αρνητική συναισθη-ματικότητα ή και από διαταραχές της προσωπικότητας. Επίσης, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν προβλήματα στη συμπεριφορά, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην ομαλή κοινωνικοποίησή τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένα από αυτά όπως η αρνητική συναισθηματικότητα, το άγχος, η κατάθλιψη και η νευρωτικότητα αυξάνουν την προδιάθεση για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

1.3 Ειδικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές

Σ' αυτή την ενότητα, γίνεται αναλυτικότερη αναφορά σε κάποια ψυχολογικά χαρακτηριστικά που έχουν συσχετιστεί έντονα με διάφορες διατροφικές διαταραχές. Αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι η κατάθλιψη, ο θυμός, η τελειομανία και διάφορα παθολογικά στοιχεία της προσωπικότητας.

1.3.1 Κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές

Η κατάθλιψη κλινική ή υποκλινική έχει συσχετιστεί, στη βιβλιογραφία, με τις διατροφικές διαταραχές. Σε έρευνα που έγινε από τους Graber et al., (2001) μελετήθηκε η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και κατάθλιψης σε κορίτσια κατά την νεαρή εφηβεία, τη μέση εφηβεία και την νεαρή ενηλικίωση, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα. Η ύπαρξη διατροφικών προβλημάτων είχε προβλεπτική ικανότητα για τη συνύπαρξη των δύο διαταραχών. Τα κορίτσια με συνυπάρχοντα προβλήματα εμφάνισαν μεγαλύτερη και περισσότερο εξωτερικευμένη ψυχοπαθολογία από τα κορίτσια που είχαν μόνο διατροφικά προβλήματα και μαζί τα κορίτσια αυτών των δύο ομάδων είχαν χειρότερη εικόνα σώματος από τα άλλα κορίτσια.

Διαφορά παρουσίασαν στην ηλικία της μέσης εφηβείας, τα κορίτσια με τα συνυπάρχοντα προβλήματα σε σχέση με τα κορίτσια με τα διατροφικά, ως προς τις κοινωνικές σχέσεις. Η πρώτη ομάδα είχε πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ η δεύτερη δεν είχε. Επίσης, οι νεαρές γυναίκες με διατροφικό πρόβλημα και αυτές με συνυπάρχοντα προβλήματα παρουσίασαν μεγαλύτερη δυσκολία να διακρίνουν τα αισθήματά τους (αλεξιθυμία).

Είναι, επομένως, γεγονός ότι η καταπόνηση που υφίσταται η έφηβη για να αντιμετωπίσει ένα διατροφικό πρόβλημα, ανάλογα και με το πόσο υποστηρικτικό προς αυτή είναι το περιβάλλον όπως η οικογένεια, μπορεί να οδηγήσει στην απόσυρση, την απομόνωση και σε αυξημένη συμπτωματολογία κατάθλιψης. Ωστόσο, στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης, λιγότερα άτομα εμφάνισαν κατάθλιψη.
Γενικά τα κορίτσια με κατάθλιψη φάνηκε να έχουν περισσότερες δυσκολίες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής από τα κορίτσια που έχουν μόνο διατροφικά προβλήματα. (Graber et al.,, 2001)

Επιπλέον, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί και με την ποσότητα φαγητού που καταναλώνεται. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που περιορίζουν το φαγητό «restrained eaters» και αυτοί που κάνουν δίαιτες, έχουν την τάση να αυξάνουν την ποσότητα όταν γίνονται καταθλιπτικοί. Αντίθετα, όσοι δεν έχουν αυτές τις συνήθειες, έχουν την τάση να μειώνουν την ποσότητα του φαγητού όταν γίνονται καταθλιπτικοί. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε μερικούς ασθενείς προκαλεί αύξηση της πρόσληψης τροφής. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι ειδικοί μη εγκεφαλικοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για μερικές περιπτώσεις κατάθλιψης, πιθανόν είναι ταυτόχρονα υπεύθυνοι για τη μείωση πρόσληψης τροφής. (Logue, 1991)

1.3.2 Θυμός και διατροφικές διαταραχές

Ο θυμός είναι μια αρνητική ψυχολογική κατάσταση και είναι γεγονός ότι οι αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις, μπορούν να οδηγήσουν σε βουλιμικές συμπεριφορές.
Υπάρχει σύγχυση για το ποια είναι η φύση θυμού. Σύμφωνα με τον Spielberger αυτή είναι πολυδιάστατη και έχει δύο μορφές.
Είναι πρώτον, συναισθηματική κατάσταση (State anger) με ποικίλη ένταση και χαρακτηρίζεται από μεταβλητότητα. Περιλαμβάνει υποκειμενικά αισθήματα έντασης, ενόχλησης, ερεθισμού και οργής.

Δεύτερον, μπορεί να αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anger) και δείχνει μια πιο σταθερή προδιάθεση για θυμό. Αυτό το είδος θυμού σχετίζεται με τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα, ως προς το βαθμό που εκφράζουν ή καταπνίγουν τον θυμό τους.

Δεν υπάρχει καθαρή ένδειξη ότι η βουλιμία εξαρτάται από τα επίπεδα θυμού. Ωστόσο, ο θυμός ως συναισθηματική κατάσταση έχει συσχετιστεί περισσότερο με βουλιμικές συμπεριφορές, απ' ότι ο θυμός ως σταθερό χαρακτηριστικό. Και αυτό γιατί, οι αδηφαγικές και εξαγνιστικές συμπεριφορές είναι περισσότερο αποτέλεσμα, ρύθμισης στιγμιαίων καταστάσεων που επηρεάζουν το άτομο και λιγότερο, συνέπεια γενικής προδιάθεσης για εμφάνιση υψηλών επιπέδων θυμού. Είναι πιθανό, η καταπίεση του θυμού να σχετίζεται με τις βουλιμικές συμπεριφορές διότι, η καταπίεση ενός συναισθήματος, οδηγεί σε μη ικανοποιητική αντιμετώπιση των

παραγόντων που προκαλούν την αρνητική διάθεση. Επομένως, είναι πιθανό η βουλιμική συμπεριφορά να προσφέρει μία χρήσιμη λειτουργία συναισθηματικής εκτόνωσης, εάν το άτομο συνήθως αποτυγχάνει στο να εκφράσει αρνητικά συναισθήματα. (Milligan και Waller, 2000)

Πράγματι, από έρευνα των Milligan και Waller προέκυψε σχέση βουλιμίας με "state anger" και καταστολή θυμού. Τα άτομα με επεισόδια αδηφαγίας παρουσίασαν μεγαλύτερη καταστολή θυμού από την ομάδα ελέγχου και τα άτομα με επεισόδια εμέτων εμφάνισαν σε μεγαλύτερο βαθμό "state anger". Αυτό συμβαίνει προφανώς γιατί η αδηφαγία εξυπηρετεί την αποφυγή έκφρασης θυμού και ο έμετος διευκολύνει την μείωση της συναισθηματικής κατάστασης του θυμού. Πιθανώς παίζουν ρόλο οι υποκατηγορίες θυμού στην πρόκληση ειδικών υποτύπων βουλιμικής συμπεριφοράς.

1.3.3 Τελειομανία και διατροφικές διαταραχές

Η τελειομανία είναι ένα χαρακτηριστικό που έχει ιδιαίτερα συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές και ειδικότερα με την νευρογενή ανορεξία.

Σύμφωνα με τους Hewit και Flett τα είδη της τελειομανίας είναι τα εξής:

"Self-oriented" ή «αυτοπροσανατολισμένη» τελειομανία που σ' αυτή το ίδιο το άτομο θέτει τα επίπεδα τελειομανίας στον εαυτό του.

"Other-oriented" ή «προσανατολισμένη προς τους άλλους», στην οποία το άτομο απαιτεί από τους άλλους να είναι τέλειοι.

"Socially prescribed" ή «κοινωνικά επιβαλλόμενη» τελειομανία, όταν το άτομο θεωρεί ότι οι άλλοι περιμένουν από αυτόν να είναι τέλειος.

"Perfectionistic self-presentation ή τελειομανία «σχετική με την αυτοπαρουσίαση», που είναι τρόπος συμπεριφοράς που ακολουθείται από το άτομο με σκοπό να παρουσιάζει στους άλλους μια άψογη εικόνα του εαυτού του.

Από αυτά τα είδη έχουν περισσότερο συσχετιστεί με την πρόβλεψη διατροφικού περιορισμού, η «αυτοπροσανατολισμένη», η «κοινωνικά επιβαλλόμενη» και η τελειομανία «σχετική με την αυτοπαρουσίαση ».

Είναι, λοιπόν φανερό ότι η τελειομανία στους ανθρώπους με διατροφικές διαταραχές δεν καθορίζεται μόνο από τις ατομικές, εσωτερικές προσδοκίες τους αλλά και από εξωτερικές πηγές όπως είναι τα μη ρεαλιστικά κοινωνικά πρότυπα «τέλειου» σώματος που τους οδηγούν στο αίσθημα της αποτυχίας και της ανεπάρκειας όταν αυτά δεν προσεγγίζονται. Αποτέλεσμα είναι η επίταση της τελειομανίας. Επομένως, βασικός στόχος πρέπει να είναι η συνειδητοποίηση των πηγών των προσδοκιών και η τροποποίηση των μη ρεαλιστικών. (McLaren et al.,, 2001)

Επίσης, η τελειομανία που σχετίζεται με την αυτοπαρουσίαση και η τάση, επομένως να φαίνεται κανείς τέλειος στους άλλους, οδηγεί το άτομο να νιώθει ισχυρή την ανάγκη αποφυγής της έκθεσης των ατελειών του και πιστεύει ότι η έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων και αναγκών αποτελεί αδυναμία χαρακτήρα. Επομένως, αποφεύγει την έκφρασή τους. (Geller et al., 2000)

1.3.4 Παθολογικά στοιχεία της προσωπικότητας και διατροφικές διαταραχές

Στην βιβλιογραφία έχουν μελετηθεί ορισμένα παθολογικά προβλήματα της προσωπικότητας που αναφέρονται ως «Διαταραχές προσωπικότητας» (Δ.Π.) εμφανίζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% σε άτομα με διατροφικές διαταραχές (Δ.Δ.). Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο σε κλινικούς ασθενείς. Η ύπαρξη αυτών (Δ.Π.) και ιδιαίτερα της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας συνδέεται με σοβαρή ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ο βαθμός συνοσηρότητας (Δ.Δ. και Δ.Π.) μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πρόγνωση των διατροφικών διαταραχών. (Matsunaga et al., 1998)

Οι τύποι της προσωπικότητας έχουν διακριθεί σε υποκατηγορίες (clusters). Η πρώτη (cluster A) περιλαμβάνει τύπους προσωπικότητας όπως παρανοική, σχιζοειδής και σχιζοτυπική. Η δεύτερη (cluster B) αποτελείται από την αντικοινωνική, οριακή, υποκριτική, ναρκισιστική και η τρίτη (cluster C) που περιλαμβάνει στοιχεία όπως η υπερευαισθησία ("avoidance"), η εξάρτηση, ο ψυχαναγκασμός, ο συνδυασμός πάθος-επιθετικότητα και η αυτοδιάψευση. (Matsunaga et al., 1998, Matsunaga et al., 2000)

Σε έρευνα που έγινε σε άτομα με ανορεξία ή βουλιμία ή με ανορεξία βουλιμικού τύπου φάνηκε ότι και στις τρεις ομάδες παρατηρείται πιο συχνά η τρίτη υποκατηγορία προσωπικότητας και ιδιαίτερα το χαρακτηριστικό της υπερευαισθησίας και ακολουθούν η οριακή προσωπικότητα από την δεύτερη υποκατηγορία, η εξαρτόμενη και η ψυχαναγκαστική από την τρίτη και τέλος η ναρκισιστική από την δεύτερη. Η πρώτη υποκατηγορία σπάνια διαπιστώνεται. Η δεύτερη είναι πιο κοινή στους βουλιμικούς και τους βουλιμικούς – ανορεκτικούς ασθενείς σε σχέση με τους ανορεκτικούς. Ειδικότερα, η υποκριτική εμφανίστηκε περισσότερο στους βουλιμικούς από τους ανορεξικούς και αυτό γιατί οι πρώτοι εμφανίζονται πιο εξωστρεφείς από τους δεύτερους. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι βουλιμικοί τύποι εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία.

Επίσης, εμφανίστηκε ισχυρή σχέση μεταξύ της οριακής προσωπικότητας και της βουλιμίας. . Η δυσκολία που εμφανίζεται στην κοινωνική προσαρμογή σε άτομα με διατροφικές διαταραχές και οριακή διαταραχή προσωπικότητας πιθανώς επηρεάζεται περισσότερο από την οριακή παθολογία όπως είναι η συναισθηματική αστάθεια και η αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο από τις διατροφικές διαταραχές. Και αυτό γατί η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας σχετίζεται ισχυρά με γενικά ψυχιατρικά συμπτώματα καθώς επίσης, με ψυχοκοινωνικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα. (Matsunaga et al., 1998)

Σε άλλη έρευνα μελετήθηκαν διαταραχές προσωπικότητας σε άτομα που είχαν ξεπεράσει διατροφικές διαταραχές και διαπιστώθηκε ότι οι πρώτες παρατηρήθηκαν σε σημαντικό ποσοστό. Αυτό όμως το ποσοστό ήταν μικρότερο από των ατόμων που έχουν διατροφικές διαταραχές. Αυτή η διαφορά οφείλεται στο ότι κατά τη διάρκεια της διατροφικής διαταραχής οι συνυπάρχοντες ψυχολογικοί παράγοντες όπως η κατάθλιψη ή η έντονη ανησυχία μπορεί να δημιουργήσουν σύγχυση ως προς τον προσδιορισμό της λειτουργίας της προσωπικότητας και να διογκώσουν το ποσοστό εμφάνισης συμπεριφορών που σχετίζονται με τις διαταραχές προσωπικότητας. Επίσης, η αναλογία των διαταραχών προσωπικότητας πιθανώς, είναι μεγαλύτερη σε χρόνια ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε σχέση μ' αυτούς που τις ξεπερνούν.

Τα αποτελέσματα της έρευνα αυτής ήταν ανάλογα μ' αυτά της έρευνας σε ασθενείς. Εντούτοις, ως πιο συνηθισμένο χαρακτηριστκό

βρέθηκε η διαταραχή ψυχαναγκασμού και όχι η υπερευαισθησία. Κύρια χαρακτηριστικά αυτού του τύπου προσωπικότητας (ψυχαναγκασμού) είναι η καταπιεστικότητα και η τελειομανία τα οποία προκαλούν σημαντικές επιδράσεις στη σοβαρότητα και τη συντήρηση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα της ανορεξίας. Επομένως, παρ' ότι τα χαρακτηριστικά της τρίτης υποκατηγορίας επηρεάζονται πολύ από ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη, είναι φανερό ότι αποτελούν ως ένα βαθμό σταθερά στοιχεία της προσωπικότητας αφού συντηρούνται και μετά την ανάρρωση από την διατροφική διαταραχή. (Matsunaga et al., 2000)

Επομένως βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση πιθανώς αιτιολογική σχέση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών αφού ορισμένα σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας πιθανώς προδιαθέτουν για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ειδικές διαταραχές πρόσληψης τροφής

2.1 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και υποκλινικές μορφές διατροφικών διαταραχών

2.1.1 Γενικά χαρακτηριστικά υποκλινικών διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικά χαρακτηριστικά

Οι υποκλινικές μορφές των διατροφικών διαταραχών "subclinical eating disorders" αφορούν τις διαταραχές πρόσληψης τροφής που τα χαρακτηριστικά τους δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για τις κλινικές μορφές (όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία), (Button, & Whitehouse 1981). Συχνά αναφέρονται στη βιβλιογραφία με τον όρο "Partial Syndrome" ή "μερικό σύνδρομο" σε αντιδιαστολή με το όρο "Full Syndrome " ή "πλήρες σύνδρομο" που αναφέρεται στις διατροφικές διαταραχές στην πλήρη τους ανάπτυξη όπως η ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία. Το "μερικό σύνδρομο" είναι πιο συχνό σαν υπομορφή ψυχογενούς ανορεξίας παρά βουλιμίας. (Dansyger, & Garfinkel 1995)

Έρευνα των Button και Whitehouse (1981) έδειξε ότι αρκετά άτομα παρ΄ότι δεν πληρούν τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία, ιδιαίτερα ως προς την απώλεια βάρους εμφανίζουν πολλά κοινά στοιχεία με τα άτομα που έχουν την πλήρη-κλινική μορφή. Στη συγκεκριμένη έρευνα ονομάζονται «άτομα με μη φυσιολογική εμμονή με το βάρος» και συχνά χρησιμοποιούν επανορθωτικές μεθόδους όπως εμέτους. Αυτές οι υποκλινικές διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται πιο συχνά, σύμφωνα με τους ερευνητές η αναλογία είναι 5/1 και δεν έχουν όλα τα χαρακτηριστικά των κλινικών διατροφικών διαταραχών.

Σχετικά λίγα είναι γνωστά για τη σχέση των μερικών συνδρόμων, με την κλινική κατάσταση σε πλήρη ανάπτυξη και όπως στις περισσότερες ψυχιατρικές ασθένειες δεν υπάρχει απόλυτος επιβεβαιωμένος ορισμός. Θεωρείται ότι σ' αυτές εντάσσονται μικρότερες διαταραχές που σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές αποτελούν ακραία κατάσταση σκληρής δίαιτας και πρακτικών ελέγχου βάρους. Άλλοι υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν μόνο

ποσοτικές διαφορές αλλά και διαφορές σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως η αντίληψη των εσωτερικών αισθημάτων, το αίσθημα αναποτελεσματικότητας και την εικόνα σώματος. (Dansyger, & Garfinkel 1995). Επίσης, σε προοπτικές έρευνες για την κατάθλιψη και τις διατροφικές διαταραχές φάνηκε ότι τα προϋπάρχοντα υποκλινικά προβλήματα είναι συχνά, ο πιο κοινός προγνωστικός παράγοντας της πλήρους ασθένειας. (Graber et al., 2001)

Η έρευνα που έγινε από τους Dansyger και Garfinkel (1995) επιβεβαίωσε το μοντέλο συνέχειας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα άτομα με "Partial syndrome" εμφανίζουν σε ενδιάμεσο βαθμό αρκετά ψυχολογικά προβλήματα, σε σχέση μ' αυτούς που είχαν το "Full syndrome" και με τα φυσιολογικά άτομα. Η υπόθεση της συνέχειας διατυπώθηκε αρχικά από τον Fries το 1974 και υποστηρίζεται επίσης από την έρευνα των Button και Whitehouse (1981). Τα χαρακτηριστικά στα οποία παρατηρήθηκε η αρχή της συνέχειας στην έρευνα των Dansyger και Garfinkel ήταν μειωμένη εσωτερική συναίσθηση και το αίσθημα αναποτελεσματικότητας. Τα άτομα με "Full syndrome" είχαν σημαντικά μεγαλύτερο ιστορικό συναισθηματικών προβλημάτων από τα άτομα με "partial syndrome" και αυτά μεγαλύτερο σε σχέση με τα φυσιολογικά. Ωστόσο, και οι δύο ομάδες με τα διατροφικά προβλήματα παρουσίασαν "δυσαρέσκεια σώματος" στον ίδιο μεγάλο βαθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα. Άλλη έρευνα έδειξε ότι τα υποκλινικά προβλήματα τόσο στη ψυχική διάθεση όσο και στη διατροφή σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και με την ψυχοκοινωνική λειτουργία των ατόμων που τα εμφανίζουν (Graber et al., 2001).

Απαιτείται λοιπόν, να δοθεί μεγάλη σημασία στη μελέτη των υποκλινικών διατροφικών διαταραχών για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των κλινικών διατροφικών διαταραχών .

2.1.2 Ενασχόληση με δίαιτες-"Dieting" και ψυχολογικά χαρακτηριστικά

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, σύμφωνα με ορισμένους επιστήμονες όπως οι Dancyger και Garfinkel (1995), ως μορφή υποκλινικών διατροφικών διαταραχών μπορεί να θεωρηθεί και η ακραία κατάσταση σκληρής δίαιτας που χρησιμοποιείται ως

πρακτική ελέγχου του βάρους. Γενικά, η ενασχόληση με δίαιτες περιλαμβάνει προσπάθειες μείωσης βάρους που μπορεί να συνδέονται με υγιεινές επιλογές όπως η αύξηση φρούτων, λαχανικών και η μειωμένη κατανάλωση λίπους και ζάχαρης. Ωστόσο, πολλοί ακολουθούν "μη υγιεινές" δίαιτες, όπως πολύ αυστηρή νηστεία με παράληψη γευμάτων ή και αποκλεισμό κατηγοριών τροφίμων. Ανεξάρτητα όμως, από το πώς ορίζεται, η έντονη ενασχόληση με δίαιτες ή "Dieting", αν ακολουθούνται εφόρου ζωής για έλεγχο βάρους, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται μη υγιεινοί τρόποι, μπορεί να βλάψει το άτομο. (Ackard et al., 2002)

Παρατηρούνται διαφορές ανάλογα το φύλο και την ηλικία, δηλαδή, άνδρες και γυναίκες κάνουν δίαιτα για διαφορετικούς λόγους και αυτοί αλλάζουν με την ηλικία. Πιο συχνά παρατηρείται στις γυναίκες παρά στους άντρες λόγω των διαφορετικών προτύπων σώματος, αδύνατο για γυναίκες και μεγάλο- μυώδες για άντρες (Davis et al., 1993). Μελέτες δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό γυναικών φυσιολογικού βάρους ακολουθούν δίαιτα για μείωση βάρους και συχνά χρησιμοποιούν μη υγιεινές μεθόδους.

Έχει φανεί ότι η έντονη ενασχόληση έφηβων κοριτσιών με δίαιτες οδηγεί αργότερα στη ζωή τους, σε εμφάνιση παχυσαρκίας και επιδρά στα φυσιολογικά, κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους. Η συχνότητα δίαιτας βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με τη βουλιμία και με χαρακτηριστικά όπως ο ασκητισμός, η έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις, η δυσκολία ελέγχου της παρόρμησης, η μειωμένη εσωτερική συναίσθηση και οι φόβοι ωρίμανσης (σωματικής). Ακόμη, συσχετίστηκε με το αίσθημα αναποτελεσματικότητας, την τελειομανία, την κοινωνική ανασφάλεια, την κατάθλιψη και την χαμηλή αυτοεκτίμησης. (Ackard et al., 2002)

Ιδιαίτερα έντονη είναι η σύνδεση της αυτοεκτίμησης με την εικόνα σώματος (McFarlane et al., 2001). Άτομα που ασχολούνταν έντονα με δίαιτες, εμφάνισαν μειωμένη ικανότητα ρύθμισης και διάκρισης των διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων καθώς και μειωμένη αυτοπεποίθηση ως προς την ικανότητα αυτή. Είναι σημαντικό ότι αυτά τα αποτελέσματα προέκυψαν μετά από στατιστικό έλεγχο της επίδρασης της εικόνας σώματος. (Ackard et al., 2002)

Επίσης, το "dieting" έχει συσχετιστεί με τη συναισθηματική αντιδραστικότητα (neuroticism), την απογοήτευση από το σώμα και

τη μη αποδοχή του. Πολλές δεκαετίες έρευνας έχουν διαγνώσει τη νευρωτικότητα (N) σαν κύριο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που επηρεάζει σκέψεις και σταθερές. Ως νευρωτικός ορίζεται ο άνθρωπος που είναι αγχωτικός, ανήσυχος, υπερευαίσθητος, συναισθηματικός, με εμμονή σε πράγματα που μπορεί να μην πάνε καλά και στο φόβο μήπως γίνει λάθος, ακόμη και σε ιδανικές συνθήκες. Άτομα μ' αυτά τα χαρακτηριστικά εμφανίζουν έντονη ενασχόληση με το σωματικό τους βάρος και με δίαιτες. Η νευρωτικότητα και η αντίσταση στην αλλαγή, ως χαρακτηριστικά του "ταμπεραμέντου", σε σημαντικό βαθμό, καθορίζονται γενετικά.

Συνεπώς, εφόσον υπάρχει η προδιάθεση, με την επίδραση των προτύπων του αδύνατου σώματος σε σχέση με την ελκυστικότητα, το άτομο οδηγείται στην ενασχόληση με δίαιτες (Davis et al., 1993). Επομένως, άτομα που έχουν υψηλότερη συχνότητα προσπαθειών αδυνατίσματος με δίαιτες και που παρουσιάζουν αυξημένα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές. Εναλλακτικά, οι συχνές δίαιτες σε νεαρές γυναίκες φυσιολογικού βάρους, είναι μέρος μιας γενικής έννοιας διατροφικών διαταραχών, που η συμπτωματολογία τους είναι δηλωτική των υποκείμενων προβληματικών συμπεριφορών και της κατάθλιψης που σχετίζονται με τη διατροφή. (Ackard et al., 2002)

Πρέπει να σημειωθεί βέβαια, ότι είναι καλό, εφόσον το άτομο είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο να ακολουθεί υγιεινή δίαιτα, με την έννοια της υγιεινής διατροφής, σε συνδυασμό με μέτρια άσκηση έτσι ώστε να μπορεί να διατηρεί ένα σταθερό φυσιολογικό βάρος. Πρόβλημα αποτελούν οι αυστηρά στερητικές δίαιτες, καθώς οδηγούν σε επεισόδια αυξημένης κατανάλωσης τροφής με αποτέλεσμα την ανάκτηση του βάρους. Οπότε, ακολουθείται και πάλι δίαιτα και έτσι διαιωνίζεται αυτός ο κύκλος. Η λειτουργία αυτού ενισχύεται όπως διαπιστώθηκε και από ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Στην βιβλιογραφία γίνεται αναφορά και σε μία παρόμοια τάση με το "dieting", το "restrained eating" ή «περιορισμός φαγητού» και συνήθως γίνεται αναφορά στους "restrained eaters". Σε έρευνα έγινε σύγκριση αυτών με άτομα με διατροφικές διαταραχές ως προς τη σχέση εικόνας σώματος και αυτοεκτίμησης και προέκυψε ότι οι "restrained eaters" εμφάνισαν σε μικρότερο βαθμό αρνητική αυτοαξιολόγηση εξαιτίας της δυσαρέσκειας από την εικόνα

σώματος. Επίσης, η σχέση αυτή επηρέασε λιγότερες πλευρές της αυτοεκτίμησης σε αντίθεση με τα άτομα που εμφάνιζαν διαταραχές πρόσληψης τροφής (McFarlane et al., 2001). Από άλλη έρευνα διαπιστώθηκαν ισχυρές ομοιότητες ανάμεσα στους "restrained eaters" και σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, σε ψυχολογικά-νοητικά χαρακτηριστικά όπως, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αυξημένη συναισθηματική αστάθεια, η ευπάθεια σε κοινωνικές-περιβαλλοντικές επιρροές καθώς και οι νοητικές διαταραχές (Goldfein et al., 2000).

2.2 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ψυχογενής ανορεξία

Η Ψυχογενής ανορεξία είναι μια ασθένεια που παρατηρείται συνήθως σε έφηβες γυναίκες και χαρακτηρίζεται από υπερβολική μείωση του σωματικού βάρους. Τα διαγνωστικά της κριτήρια δεν έχουν οριστεί ακόμα απόλυτα και υπάρχουν αντίθετες απόψεις. Σύμφωνα με την 4η έκδοση του "diagnostic and statistical manual of mental Disorders" χαρακτηριστικό της είναι η άρνηση διατήρησης σταθερού σωματικού βάρους και η επιδίωξη ελάχιστου βάρους, καθώς επίσης η αποφυγή φαγητού, που εξηγεί εν μέρει την απώλεια βάρους. Δεν γίνεται, ωστόσο, αναφορά στους υποκείμενους μηχανισμούς αποφυγής ή άρνησης φαγητού. Εμφανίζεται σχετικά σπάνια, παρ΄ ότι η ενασχόληση με δίαιτες είναι συνηθισμένη σε νεαρές γυναίκες και υποκινείται από ψυχολογικούς παράγοντες. (Casper, 1998)

Θεωρίες που σχετίζονται με την ψυχολογική διάσταση της ερμηνείας της ψυχογενούς ανορεξίας

<u>Ψυχοπαθολογικοί παράγοντες: η ψυχοδυναμική της ψυχογενούς ανορεξίας.</u>

Κεντρικό στοιχείο της διαταραχής είναι ο αυτοπροκαλούμενος περιορισμός του φαγητού που γίνεται ακόμη και αν δεν επιδιώκεται η απώλεια βάρους. Πέρα από το ότι η σωματική ασθένεια ή η καταθλιπτική αντίδραση οδηγούν σε απώλεια της όρεξης, οι ασθενείς συνειδητά επιλέγουν την άρνηση του φαγητού ή τη συνεχή απώλεια βάρους.

Κάποιες θεωρίες υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικές επιρροές παίζουν καθοριστικό, αιτιολογικό ρόλο. Σύμφωνα μ' αυτές η άρνηση του φαγητού εξυπηρετεί 3 λειτουργίες:

1) αμυντική
2) επιβραβευτική
3) οργανωτική

Έτσι, ο περιορισμός του φαγητού, και η επακόλουθη απώλεια βάρους, ως αντίδραση στην εσωτερική ψυχική κατάπτωση, λόγω

του άγχους για τις φυσικές αλλαγές της εφηβείας ή των οδυνηρών εξωτερικών συνθηκών και επιδράσεων, παίζουν το ρόλο

1. **άμυνας** : Η μείωση του βάρους συμβάλλει στο σταμάτημα των αλλαγών της εφηβείας.
2. **οργάνωσης**: Επιτυγχάνεται η επικέντρωση των ενδιαφερόντων σε ένα σημείο (1 πεδίο μάχης)
3. **επιβράβευσης- ανταμοιβής**: προκύπτει το επιθυμητό αδυνάτισμα (λεπτότητα). (Casper, 1998)

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια προσπάθεια αντιμετώπισης της κρίσης ενηλικίωσης. Οι ανορεκτικοί έχουν ισχυρά αισθήματα ανασφάλειας και νιώθουν ανεπαρκώς προετοιμασμένοι για τις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής που τους κατακλύζουν. Επιπρόσθετα, παρουσιάζουν δυσκολίες χειραφέτησης από την οικογένεια. (Van der Ham et al., 1998)

Παράλληλα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί το κίνητρο των ασθενών για αμείλικτο κυνήγι του «αδύνατου σώματος», το γιατί ένα άτομο που βρίσκεται σε αδιέξοδο, ελέγχει το φαγητό για να αλλάξει το σώμα του αντί να αλλάζει τη ζωή του, για να ξεφύγει από τη δυστυχία, να ρυθμίσει τις δυσκολίες και να σταματήσει την σχεδόν "αυτιστική" σύνδεση με την απώλεια βάρους.

Είναι φανερό λοιπόν, ότι τέτοιες συμπεριφορές κρύβουν ψυχολογικά προβλήματα αλλά ο χρόνος και η κουλτούρα μεταμορφώνουν τα ψυχολογικά κίνητρα και φανερώνουν σημαντικές ατομικές διαφοροποιήσεις. Έχει ενδιαφέρον ότι οι θεωρίες δεν προσφέρουν εξήγηση για το ότι πολλές έφηβες εμφανίζουν παρόμοιες συμπεριφορές κατά περιόδους, αλλά το πολύ 1% οδηγείται σε ψυχογενή ανορεξία. (Casper, 1998)

Σύμφωνα με την νοητική - συμπεριφοριστική θεωρία που διατυπώθηκε από τους Fairburn et al.,(1998) η έναρξη και η συντήρηση της διαταραχής υπόκεινται στους παρακάτω μηχανισμούς.

Έναρξη

Κεντρικό χαρακτηριστικό των ανορεκτικών είναι η υπερβολική ανάγκη ελέγχου του φαγητού που πηγάζει από μια γενικότερη ανάγκη για αυτοέλεγχο που είναι πιθανό προϊόν της αίσθησης αναποτελεσματικότητας και της τελειομανίας που αλληλεπιδρούν με την χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αρχικά, τα άτομα που αναπτύσσουν ψυχογενή ανορεξία, πιθανώς πειραματίζονται στον έλεγχο με ποικίλες πλευρές της ζωής τους, όπως η εργασία, τα αθλήματα αλλά σύντομα ο έλεγχος στο φαγητό κυριαρχεί, διότι βιώνεται σαν επιτυχής συμπεριφορά, σε αντίθεση με τη θεωρούμενη αποτυχία σε όλους τους άλλους τομείς δραστηριότητας.

Η ανάγκη για γενικό αυτοέλεγχο κυρίως επικεντρώνεται στο φαγητό για διάφορους λόγους:

1. Ο επιτυχής διατροφικός περιορισμός παρέχει άμεση χειροπιαστή απόδειξη αυτοελέγχου. (επιβραβευτική λειτουργία που αναφέρεται παραπάνω(Casper, 1998))
2. Ο έλεγχος του φαγητού έχει ισχυρή επίδραση στο περιβάλλον και ιδιαίτερα στην οικογένεια. Η επίδραση αυτή μπορεί να έχει ειδική αξία εάν προϋπάρχουν προβλήματα στις σχέσεις, κάτι που συχνά είναι γεγονός. Έτσι συχνά, το άτομο χρησιμοποιεί το φαγητό για να επηρεάσει τις σχέσεις αυτές, να προκαλέσει την προσοχή ή να εκδηλώσει την αντίδραση και τη δυσαρέσκεια του.
3. Μπορεί να προωθείται η επικέντρωση στο φαγητό επειδή σε κάποιες οικογένειες η συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό χρησιμοποιείται ήδη ως μια ιδιαίτερα σιωπηρή συμπεριφορά με νόημα.
4. Το γεγονός ότι η διαταραχή τυπικά ξεκινάει στην εφηβεία μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο, καθώς ο περιορισμός του φαγητού αποτελεί ένα μέσο να σταματήσουν ή να αναστραφούν οι αλλαγές της εφηβείας που από μόνες τους αποτελούν απειλή για τον αυτοέλεγχο. Αυτή η άποψη έχει διατυπωθεί και από άλλες θεωρίες που έχουν ήδη αναφερθεί.
5. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζουν τα δυτικά πρότυπα δίαιτας όσον αφορά στον έλεγχο της μορφής του σώματος και του βάρους. Στο ρόλο των προτύπων αναφέρεται μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας (Fairburn et al., 1998, Logue 1991)

Συντήρηση διαταραχής

Στη συντήρηση της διαταραχής συμμετέχουν οι εξής μηχανισμοί.

1. Η μείωση του φαγητού οδηγεί σε αύξηση της αίσθησης αυτοελέγχου και αυτή σε αύξηση της αυτοεκτίμησης. Οι ασθενείς αισθάνονται ενθουσιασμένοι, υπερήφανοι και δυνατοί. Κάποιοι νιώθουν ότι έχουν αποκτήσει έλεγχο των συναισθημάτων τους. Αυτή η αίσθηση αυτοελέγχου ενισχύεται και από το γεγονός ότι περιορίζονται τα ενδιαφέροντα λόγω ασιτίας. Έτσι, αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν δυσκολίες όπως στη δημιουργία σχέσεων και οικογενειακά προβλήματα.(οργανωτικός ρόλος(Casper, 1998))
Αρνούνται λοιπόν, την αλλαγή διότι στα πλαίσια της γενικής αίσθησης αποτυχίας το αποτέλεσμα της ενίσχυσης της αξίας του εαυτού τους, από τον περιορισμό του φαγητού, είναι πολύ σημαντική και συνδέεται με την ταυτότητά τους.

2. Η παρατεταμένη ασιτία προκαλεί φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που προωθούν περαιτέρω τον περιορισμό, καθώς υπονομεύουν την αίσθηση αυτοελέγχου. Για παράδειγμα, η έντονη πείνα μπορεί να θεωρηθεί ως απειλή ελέγχου του φαγητού και η αυξανόμενη αίσθηση πληρότητας μπορεί να θεωρηθεί ως αποτυχία αυτοελέγχου. Επίσης, η διαταραγμένη προσοχή που παρατηρείται στην ασιτία, μειώνει τη δυνατότητα ελέγχου. Επομένως, το άτομο νιώθοντας την απειλή απώλειας του αυτοελέγχου αυξάνει την ενασχόληση του με την ιδέα του φαγητού που αυτό ενισχύεται άλλωστε, όπως ειπώθηκε προηγουμένως, και από τη μείωση των άλλων ενδιαφερόντων λόγω ασιτίας.

3. Στις δυτικές κοινωνίες ο έλεγχος του βάρους αποτελεί μορφή ένδειξης αυτοελέγχου και συμβάλει στη διαμόρφωση της θεωρούμενης αξίας του ατόμου. Αυτός ο μηχανισμός είναι το κέντρο της κύριας νοητικής συμπεριφοριστικής άποψης για τη διαταραχή. Αποτέλεσμα του παρατεταμένου διατροφικού περιορισμού είναι το ότι με τον καιρό προκύπτει μείωση της απώλειας βάρους ή κόπωση από τον συνεχή έλεγχο και απώλεια ελέγχου, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται συμπληρωματικές ή διορθωτικές μέθοδοι όπως η άσκηση, στην καλύτερη περίπτωση, ή χρήση καθαρτικών και εμέτων και βέβαια επιτείνεται ο διατροφικός περιορισμός.

Η συγκεκριμένη νοητική, συμπεριφοριστική θεωρία αποτελεί τη σύνθεση και προέκταση των νοητικών, συμπεριφοριστικών θεωριών που είχαν διατυπωθεί παλαιότερα από άλλους ερευνητές όπως ο Slade και οι Vitousek και Garner. (Fairburn et al., 1998)

Για την ερμηνεία της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν διατυπωθεί επίσης, θεωρίες όπως η *φεμινιστική*, της *ιδιοσυγκρασίας* και της *ψυχολογίας της υγείας* (*σχέση ψυχολογίας και υγείας*).

Σύμφωνα με τα πρόσφατα μοντέλα της κοινωνικοποίησης των γυναικών και της ανάπτυξης ηθικής, οι γυναίκες καθώς κοινωνικοποιούνται, συχνά καταπιέζουν τα αρνητικά συναισθήματά τους και τις ανάγκες τους, με σκοπό να σχηματίσουν στενές σχέσεις. Ακόμη, επικεντρώνονται στα συναισθήματα των άλλων περισσότερο απ΄ότι στα δικά τους. Οι Φεμινιστικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η καταπίεση των συναισθημάτων συνδέεται με την γενικότερη αυτοέκφραση και οδηγεί σε μείωση της δύναμης της γυναίκας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αυτό μπορεί να επεκτείνεται σε άλλες πλευρές των ατομικών εμπειριών και επηρεάζει σημαντικά το αίσθημα της αυτοεκτίμησης.

Έχουν περιγραφεί από τους Jack και Dill τέσσερα νοητικά σχήματα που διαμορφώνονται ως αποτέλεσμα της κοινωνικοποίησης

- Αναστολή αυτοέκφρασης για να αποφευχθεί διαμάχη.
- Εξασφάλιση των διαπροσωπικών σχέσεων, βάζοντας τις ανάγκες των άλλων πάνω από τις προσωπικές.
- Αυτοκριτική με βάση εξωτερικά πρότυπα.
- Εμφάνιση συμμορφωμένου εαυτού ενώ εσωτερικά αναπτύσσεται θυμός και εχθρότητα.

Βρέθηκε ότι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία εμφάνισαν τα παραπάνω νοητικά σχήματα σε μεγαλύτερο βαθμό από υγιή άτομα και από άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα. Μετά από στατιστικό έλεγχο της κατάθλιψης, παρέμειναν υψηλότερα μόνο τα δύο πρώτα σχήματα. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία έχουν την τάση να αναστέλλουν τα αρνητικά αισθήματα και να ελαχιστοποιούν τις ανάγκες τους, για να «προστατέψουν» τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις.

Αυτή η τάση μπορεί να αποτελεί και αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση της διατροφικής διαταραχής. Έχει διατυπωθεί η

υπόθεση μετατόπισης, δηλαδή, ότι το άτομο αποφεύγει να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματά του, σε τομείς που θεωρεί ότι αυτή η έκφραση θα είναι επιζήμια, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις και μετατοπίζει αυτά τα αισθήματα στη σχέση με το σώμα του, που την θεωρεί πιο ανώδυνη. Επίσης, διατυπώνεται η άποψη ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα είναι αποτέλεσμα της μη έκφρασης, ειδικότερα, αισθημάτων όπως η εχθρότητα και η λύπη. Η μη έκφραση των συναισθημάτων και ο έντονος φόβος της απόρριψης στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως και η δυσαρέσκεια για το σώμα σχετίζονται με την ύπαρξη χαμηλής αυτοεκτίμησης. Η καταπίεση των συναισθημάτων, υποστηρίζεται ότι είναι μια ψυχολογικά στρεσογόνα διαδικασία που, με την πάροδο του χρόνου, έχει αντίκτυπο στη σωματική και ψυχολογική υγεία και μπορεί να προκαλέσει ψυχοσωματικές διαταραχές. (Geller et al., 2000)

Επιπρόσθετα, η ψυχογενής ανορεξία έχει συνδεθεί και με στοιχεία της **ιδιοσυγκρασίας** του ατόμου όπως, η εξάρτηση από την ανταμοιβή, η επιμονή και κυρίως, η αποφυγή του πληγώματος. (Bulik et al., 2000, Geller et al., 2000) Ακόμη, έχει συσχετιστεί με στοιχεία του χαρακτήρα όπως η μειωμένη ευθύτητα και συνεργασιμότητα.(Bulik et al., 2000)

Ψυχιατρική-Ψυχολογική συνοσηρότητα στη ψυχογενή ανορεξία

Από το 1980 και μετά την 3η έκδοση του DSM -III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) γίνεται μελέτη των ψυχιατρικών νόσων που συνυπάρχουν με τη ψυχογενή ανορεξία. Συχνά η διάγνωση είναι δύσκολη λόγω του υποσιτισμού και της νεαρής ηλικίας. Επίσης, υπάρχει διαγνωστική ετερογένεια από ήπιες μέχρι σοβαρές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας. (Casper, 1998)

Η ψυχογενής ανορεξία, διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες, την περιοριστική και τη βουλιμική (Hurt et al., 1997, Casper 1998)

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει δείξει ότι είναι πιο σοβαρή η ψυχοπαθολογία σε **βουλιμικούς ανορεκτικούς** παρά σε περιοριστικούς ανορεκτικούς. Επίσης, οι βουλιμικού τύπου ανορεξικοί αποτελούν περισσότερο ετερογενή ομάδα σε σχέση με

του περιοριστικού τύπου, δηλαδή, παρουσιάζουν διαταραχές σε διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και σε ποικίλο βαθμό. Πιο συχνά παρατηρούνται η **κατάθλιψη**, η **ψυχοπαθής παρέκκλιση** και η **σχιζοφρένεια** ενώ λιγότερο αυξημένα εμφανίζονται η υστερία, η παράνοια και η ψυχασθένεια (Hurt et al., 1997). Η ψυχοπαθής παρέκκλιση περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως ο παρορμητισμός, ο θυμός, η χαμηλή αυτοκριτική, η κοινωνική αλλοτρίωση, η μειωμένη υπευθυνότητα και η απροθυμία τήρησης κανόνων (Hurt et al., 1997, Dancyger και Garfinkel 1995). Επίσης, οι βουλιμικοί ανορεξικοί είναι **πιο ριψοκίνδυνοι** και **πιο κοινωνικά απομακρυσμένοι**. (Casper, 1998)

Αντίθετα, στους **περιοριστικούς ασθενείς** διαπιστώνεται υπερβολικός **συναισθηματικός, νοητικός έλεγχος** και έλεγχος της συμπεριφοράς. Η πιο συνηθισμένη διάγνωση στην οξεία ψυχογενή ανορεξία του περιοριστικού τύπου είναι η **κατάθλιψη** περιλαμβανομένων των δυσθυμικών διαταραχών που ακολουθούνται συχνά από **αγχωτικές διαταραχές** και λιγότερο συχνά από τη **ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή**(Casper, 1998). Αυτή η διαταραχή συνδέεται με μεγάλη αυστηρότητα, εμμονή και τελειομανία (Davis et al., 1998) χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για τη δημιουργία και συντήρηση της διαδικασίας της αυτοστέρησης (Davis et al., 1998, Casper, 1998)

Τα παραπάνω συμπεράσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης επιβεβαιώθηκαν και από την έρευνα των Hurt et al.,,(1997) στην οποία έγινε αξιολόγηση ως προς τα ψυχιατρικά χαρακτηριστικά, δειγμάτων από τη Γαλλία και την Αμερική που αποτελούνταν από ασθενείς με βουλιμικό τύπο ψυχογενούς ανορεξίας, περιοριστικό και συνδυασμούς τους.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς δεν διακρίνονται μόνο σε περιοριστικούς και βουλιμικούς αλλά και με βάση το αν **χρησιμοποιούν ή όχι καθαρτικές μεθόδους (purging-no purging)**. Τα άτομα που χρησιμοποιούν τέτοιες μεθόδους έχουν **πιο διαταραγμένη ψυχοπαθολογία**. Παρουσιάζουν **διαταραχές στη διάθεση και την προσωπικότητα**. Σε έρευνα φάνηκε ότι αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν διαφορές στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μόνο εφόσον δεν ελεγχθεί η επίδραση της κατάθλιψης. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η ύπαρξη της κατάθλιψης επηρεάζει την εκδήλωση άλλων

ψυχολογικών χαρακτηριστικών όπως η αίσθηση αναποτελεσματικότητας και η έντονη επιθυμία για λεπτότητα (Kearney et al., 1998).

Γενικότερα, σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία παρατηρούνται συνήθως ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά.

Η **τελειομανία** είναι, γενικά, ένα έντονο χαρακτηριστικό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (Fairburn et al., 1998, Bulik και συν 2000, Geller et al., 2000). Σε έρευνα που σύγκρινε χρόνιους ασθενείς, μερικώς και πλήρως θεραπευμένους με ομάδα ελέγχου, προέκυψε ότι είχαν μεγαλύτερη τελειομανία. (Bulik και συν 2000) Φαίνεται, λοιπόν, ότι παραμένει σταθερή και μετά τη ανάρρωση και ότι αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία.

Επίσης, οι μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ ενός ξεκάθαρου προφίλ προσωπικότητας, που αφορά στις τάσεις για **περιορισμό νοητικό, συναισθηματικό και συμπεριφοράς** καθώς και την ικανότητα αποχής από το φαγητό, και της κλινικής έκφρασης της διαταραχής. Στον επανέλεγχο, οι γυναίκες που είχαν θεραπευτεί από τον περιοριστικό τύπο έδειξαν μεγαλύτερο περιορισμό ως προς την συναισθηματική έκφραση και πρωτοβουλία, αυτοπειθαρχία σε σχέση με τις αδερφές τους και φυσιολογικές γυναίκες. Επομένως, αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν σταθερά στοιχεία της προσωπικότητας. (Casper, 1998)

Επιπλέον, ο Brush υποστηρίζει ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μία διαταραχή αντίληψης που περιλαμβάνει διαταραχή της εικόνας σώματος, διαταραχές εσωτερικής ενσυναίσθησης (interoceptive disturbances) όπως ανακρίβεια στην αναγνώριση σωματικών και συναισθηματικών καταστάσεων και μια γενική αίσθηση αναποτελεσματικότητας. Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι σε άτομα με αυτή τη διαταραχή εμφανίζεται η "**αλεξιθυμία".** Η "αλεξιθυμία" αναφέρεται στις δυσκολίες που παρουσιάζει το άτομο στον προσδιορισμό και τη συζήτηση των συναισθημάτων του, καθώς επίσης στον εξωτερικά προσανατολισμένο τρόπος σκέψης. Η "αλεξιθυμία" εμφανίζεται και σε άλλες διαταραχές, όπως του πανικού, όμως εμφανίζεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες με ψυχογενή ανορεξιά. Υποστηρίζεται ότι η "αλεξιθυμία" είναι ανεξάρτητη από το βαθμό απώλειας βάρους και τη διάρκεια της διαταραχής και δεν μπορεί να αποδοθεί στην παρατεταμένη ασιτία και τον κακοσιτισμό. (Taylor et al., 1996) Στην έρευνα αυτή οι ανορεξικές φοιτήτριες εμφάνισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό

τα παραπάνω χαρακτηριστικά της "αλεξιθυμίας" σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επίσης, στη έρευνα των Taylor et al., εξετάστηκε η προβλεπτική ικανότητα ορισμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών ως προς την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Μεγαλύτερη ικανότητα παρουσίασαν τα εξής χαρακτηριστικά, κατά φθίνουσα σειρά, **έντονη επιθυμία για λεπτότητα**, **το αίσθημα αναποτελεσματικότητας,** η **εσωτερική συναίσθηση** και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις. Το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας φανερώνει δυσκολίες στη ρύθμιση της αυτοεκτίμησης και πιθανώς αισθήματα κενότητας και μοναξιάς. Ακόμη, σημαντικό προβλεπτικό ρόλο εμφάνισε η ύπαρξη δυσκολίας προσδιορισμού των συναισθημάτων και διάκρισης μεταξύ των συναισθημάτων και των σωματικών αισθήσεων που προέρχονται από τη συναισθηματική διέγερση. Υποστηρίζεται ότι η "αλεξιθυμία" συσχετίζεται και με μια γενική αίσθηση ανεπάρκειας και με την έλλειψη ελέγχου της ζωής του ατόμου. (Taylor et al., 1996)

Αποτέλεσμα της μειωμένης αυτοεκτίμησης και αυτογνωσίας είναι συχνά η αναζήτηση στηρίγματος και νοήματος ζωής μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων. Όμως, όπως είναι αναμενόμενο, αυτού του είδους η προσέγγιση προκαλεί προβλήματα στις σχέσεις και το άτομο συχνά εισπράττει την απόρριψη και την απογοήτευση. (Casper, 1998)

Επιπρόσθετα, προβλήματα στην αυτοεκτίμηση και στις **διαπροσωπικές σχέσεις** πιθανώς προκαλούνται και εξαιτίας του ότι τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία δίνουν υπερβολική σημασία στο βάρος τους και τη μορφή του σώματος τους, σε σχέση με την αυτοπεποίθησή τους, την αυτοαποδοχή τους και την αποδοχή τους από τους άλλους. (Joiner et al., 1997) Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της ψυχολογίας των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι η εναλλαγή από την περιφρόνηση στην αισιοδοξία, από την μέτρια κατάθλιψη στην ευφορία, την ηρεμία και τη γαλήνη. Γι αυτό το λόγο οι ασθενείς δεν αναζητούν ανάκαμψη, είναι ευχαριστημένοι με την κατάστασή τους και έτσι δεν αντιδρούν στην δυσθυμία που συνυπάρχει.

Ταυτόχρονα, παρατηρείται **παράδοξη ζωντάνια και υπερδραστηριότητα**, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με τη μεταβολική κατάσταση της απίσχνανσης και με ορισμένα κέντρα του εγκεφάλου. Απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της πιθανότητας η παρατεταμένη ασιτία να διεγείρει περιοχές του εγκεφάλου ή

νευρωνικές οδούς που συνδέονται με κέντρα που ελέγχουν την ενεργητικότητα και τα θετικά αισθήματα που σχετίζονται με την φυσική δραστηριότητα, δημιουργώντας συνεργιστική επίδραση. Έτσι ενισχύεται η ψευδαίσθηση, καλύπτονται τα δυσάρεστα αισθήματα του άγχους και αισθάνονται καλύτερα από πριν οπότε δεν συνειδητοποιούν τον κίνδυνο για την υγεία τους. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς δείχνουν μια αγχώδη επιθυμία να διατηρήσουν το σώμα τους όπως είναι, φοβούνται μήπως χάσουν τη ζωντάνια τους, την ελάχιστη αυτοαποδοχή, την ασφάλεια και την αυτονομία τους, που όλα αυτά σχετίζονται με την απίσχνανση. Έτσι, **αντιστέκονται στη θεραπεία** και την επανασίτιση καθώς φοβούνται μήπως παχύνουν και μήπως αποκαλυφθεί η πραγματικότητα για τα καταθλιπτικά τους αισθήματα. (Casper, 1998)

Επίσης, ο Heubner υποστηρίζει ότι ένα άτομο που είναι ανορεκτικό διαφοροποιείται σε σχέση με κάποιον που τρώει φυσιολογικά ως προς το ότι είναι ισχυρά επηρεασμένο, με εθιστικό τρόπο, από τις αλλαγές των οπιοειδών που προκαλούνται από τη δίαιτα και την άσκηση (όπως οι εθισμένοι από εξωγενείς ουσίες π.χ. αλκοόλ, ηρωίνη). Η εμπειρία εξαιτίας των ενδογενών οπιοειδών, δεν βιώνεται πάντα ως εφορία αλλά απλά μπορεί να οδηγεί σε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Οπότε διατυπώνεται η ιδέα της «εθιστικής προσωπικότητας» ("**addictive personality**") που συνδέεται με χρόνια καταθλιπτική διάθεση και ανικανότητα διατήρησης εσωτερικής ισορροπίας. Ακόμη, είναι φανερό γιατί τα ανορεξικά άτομα επιζητούν τη συντήρηση της κατάστασής τους και αντιστέκονται στη θεραπεία. (Davis et al., 1998)

Είναι αξιοσημείωτο το ότι ασθενείς που έχουν θεραπευτεί και δεν έχουν σημεία διατροφικών διαταραχών στον επανέλεγχο τείνουν να δείχνουν χαμηλές συχνότητες ψυχιατρικών διαταραχών, όχι διαφορετικές απ΄ αυτές που παρατηρούνται σε φυσιολογικούς πληθυσμούς ελέγχου. Αντίθετα, ασθενείς με χρόνια ψυχογενή ανορεξία φανερώνουν μεγάλη συχνότητα συνοσηρότητας (60-80%) για διαταραχές **άγχους** και **κατάθλιψης.** (Casper, 1998)

Το εύρος της συνοσηρότητας δείχνει ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι απλά μια παραλλαγή της κατάθλιψης και ότι η σχετιζόμενη ψυχιατρική νοσηρότητα παίζει ένα ρόλο στην χρονιότητα της. (Casper, 1998) Υπάρχει, βέβαια, και η άποψη ότι δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο πιο είναι το αίτιο και πιο το αποτέλεσμα.

Και αυτό γιατί, ο έντονος διατροφικός περιορισμός που παρουσιάζει μεταβολικές και φυσιολογικές ομοιότητες με τη ψυχογενή ανορεξία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. (Logue 1991) Ωστόσο, δεν προκαλεί τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Άλλωστε, οι βιοχημικές αλλαγές που προκαλούνται από την ασιτία είναι διαφορετικές απ΄ αυτές της μείζονος κατάθλιψης. Επίσης, σε αρκετούς ασθενείς με οξεία ψυχογενή ανορεξία δεν προκαλείται αντίδραση σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα. (Casper, 1998) Πάντως είναι γεγονός, ότι από μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας η ψυχογενής ανορεξία συσχετίζεται με την κατάθλιψη (Moore 2000)

Υπάρχει επίσης, συμφωνία στη βιβλιογραφία ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο εμφανίζουν μεγαλύτερου βαθμού ψυχοπαθολογία. Έτσι παρατηρείται περισσότερο οξύ στρες και κατάθλιψη (Hurt et al., 1997). Δείγματα ατόμων που για μεγάλο χρονικό διάστημα θεραπεύονται σε νοσοκομείο φανερώνουν υψηλότερη συχνότητα συνοσηρότητας 43 % για τη μείζονα κατάθλιψη και τη διαταραχή πανικού. Επίσης, εμφανίζουν σε ποσοστό 54% κοινωνική φοβία και 14% τη διαταραχή ψυχαναγκασμού. Πολλοί ασθενείς έχουν περισσότερες από μία διαγνώσεις (Casper, 1998).

Συμπερασματικά, στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας συμβάλλουν τα προβλήματα ψυχολογικής ανάπτυξης, η ύπαρξη συνυπάρχουσας ψυχιατρικής νόσου και συγκεκριμένου προφίλ προσωπικότητας. Ωστόσο, κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι προκαλεί την διαταραχή, αλλά όλοι μαζί αλληλεπιδρούν με βιολογικούς παράγοντες για να προκληθεί η παθολογική διαδικασία που θα οδηγήσει σε ψυχογενή ανορεξία (Casper, 1998).

2.3 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και ψυχογενής βουλιμία

Το νοητικό ή γνωσιακό(cognitive)- συμπεριφοριστικό(behavioral) μοντέλο αιτιολόγησης της ψυχογενούς βουλιμίας υποστηρίζει ότι η ψυχογενής βουλιμία αναπτύσσεται και διατηρείται εξαιτίας χαρακτηριστικών αντιλήψεων σχετικά με το βάρος και το σχήμα, που επηρεάζουν το άτομο να μεθοδεύει τις πληροφορίες σύμφωνα με συγκεκριμένη νοητική βάση που διαιωνίζει τη σύνδεση με συμπεριφορές όπως ο διατροφικός περιορισμός, η αδηφαγία και η χρήση διορθωτικών μεθόδων (π.χ. καθαρτικά, έμετοι) (Friedman et al.,1998).

Επίσης, σύμφωνα με τα "Cognitive models" παίζει σημαντικό ρόλο η αρνητική συναισθηματική κατάσταση στη διατήρηση της ψυχογενούς βουλιμίας, και μπορεί να επισπεύσει επεισόδια αδηφαγίας (**Σχήμα1**). Πολλοί συγγραφείς έχουν καταλήξει στο ότι η δυσθυμία προωθεί τη λαχτάρα για φαγητό και την αδηφαγία στους βουλιμικούς (Waters et al.,1998 ,Fear και συν 1997). Χαρακτηριστικά, σε έρευνα μετά από εμπειρία συνδεδεμένη με αρνητική συναισθηματική φόρτιση παρατηρήθηκε ενισχυμένη προσοχή σε φωτογραφίες φαγητών και αύξηση λαχτάρας για φαγητό σε βουλιμικούς ασθενείς (Waters et al.,1998).

Μετά από την μελέτη των συστημάτων αντιλήψεων και των σχημάτων που σχετίζονται με τη ψυχογενή βουλιμία διαπιστώνεται ότι τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία υιοθετούν την αρχή του «όλα ή τίποτα» ως τρόπο σκέψης, όταν επεξεργάζονται πληροφορίες που αφορούν στο φαγητό, το σχήμα και το βάρος. Ωστόσο, δεν έχουν εντοπιστεί σταθερά γενικές μεταβλητές της προσωπικότητας ή υποκείμενες κεντρικές αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν μοναδικά αυτούς τους ασθενείς (Friedman et al.,1998). Είναι πάντως γεγονός ότι η ψυχογενής βουλιμία έχει συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με την κατάθλιψη (Corcos et al.,2000).

Ο Beck το 1983 διατύπωσε την άποψη ότι η νοητική ευπάθεια ή η ευπάθεια της προσωπικότητας για κατάθλιψη σχετίζεται με τη «sociotropy» δηλαδή, με την ανάγκη αποδοχής από τους άλλους και διατήρησης των προσκολλήσεων στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς επίσης με την αποφυγή της κοινωνικής απόρριψης. Επίσης, σχετίζεται με την αυτονομία (autonomy) δηλαδή, την υπερβολική

ανησυχία για την αξιολόγηση της αυτοπαρουσίασης και την ισχυρή επένδυση στην ατομική ανεξαρτησία, τον έλεγχο και την επιτυχία.

Μεγάλο μέρος βιβλιογραφίας αναφέρεται στη σύνδεση των χαρακτηριστικών **"sociotropy"** και **"autonomy"** με τις διαταραχές της ψυχικής διάθεσης. Ερευνητές και λειτουργοί υγείας υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας είναι παρόμοια με αυτά που περιλαμβάνουν οι όροι "sociotropy" και "autonomy". Δηλαδή, ότι οι βουλιμικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από στοιχεία όπως η εξάρτηση, η προσκόλληση στις διαπροσωπικές σχέσεις και η αυξανόμενη ανησυχία σε σχέση με τη γνώμη άλλων γι΄ αυτούς. Άλλη υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ασκούν έντονη κριτική στον εαυτό τους, αισθάνονται αποτυχημένοι και νιώθουν ενοχές και ντροπή (Friedman et al.,1998). Έρευνα σε φοιτήτριες έδειξε συσχέτιση της βουλιμίας με τη «sociotropy» και την «αυτονομία» Όταν, όμως, ελέγχθηκε η επίδραση της κατάθλιψης η βουλιμία συσχετίστηκε μόνο με τη "sociotropy".

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι τα βουλιμικά συμπτώματα πιθανώς σχετίζονται με την ανάγκη για αποδοχή και επιδοκιμασία. Επομένως, άτομα με χαρακτηριστικό τη "sociotropy" πιθανώς είναι πιο ευπαθή στις κοινωνικές πιέσεις των προτύπων του να είναι "λεπτοί", στην προσπάθεια τους να ευχαριστήσουν τους άλλους και να έχουν την αποδοχή και την επιδοκιμασία τους, αφού οι διαπροσωπικές σχέσεις επηρεάζουν σημαντικά την αυτοεκτίμησή τους. Έτσι, οδηγούνται σε ακραίες περιοριστικές συμπεριφορές, δηλαδή, σε αυστηρή δίαιτα που οδηγεί σε επεισόδια αδηφαγίας.

Επιπλέον, έχει συσχετιστεί η εμφάνιση βουλιμικής συμπεριφοράς και άμεσα με την ύπαρξη **κατάθλιψης** (McFarlane et al., 2000, Logue 1991). Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι μια γενετικά βασισμένη βιοχημική διαταραχή είναι σε κάποιο βαθμό υπεύθυνη ταυτόχρονα για τις διαταραχές κατάθλιψης και βουλιμίας. Δεν μπορεί, όμως, να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη προκαλεί την ψυχογενή βουλιμία, ούτε το αντίστροφο. Επιπλέον, έχουν διατυπωθεί αντιφατικές απόψεις για τον ευεργετικό ή μη ρόλο των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στη θεραπεία της διαταραχής. Πάντως, η πλειοψηφία των θεραπευτών υποστηρίζει τη θετική επίδρασή τους (Logue 1991). Στην έρευνα των Joiner et al., (1997) ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και *ορισμένα* άτομα με κατάθλιψη εμφάνισαν μεταξύ τους παρόμοια σύνδεση αυτοεκτίμησης με τη δυσαρέσκεια από το σώμα και μεγαλύτερη από την ομάδα ελέγχου.

Αυτό φανερώνει ότι η κατάθλιψη συνδέεται με τη βουλιμία και είναι κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών αυτών, αλλά δεν είναι μοναδικό και άρα δεν μπορεί να είναι διαγνωστικό κριτήριο για τη ψυχογενή βουλιμία.

Άλλωστε, μπορεί να υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους βουλιμικούς και τους καταθλιπτικούς ως προς τη σύνδεση τη εικόνας σώματος με την αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, οι βουλιμικοί σκέπτονται ως εξής: μισώ το σώμα μου και έτσι και τον εαυτό μου, ενώ οι καταθλιπτικοί ως εξής: μισώ τον εαυτό μου και άρα όλες του τις πλευρές, οπότε και το σώμα μου. Γεγονός είναι πάντως, ότι αυτοί οι τρόποι σκέψης φανερώνουν μια γενικότερα αρνητική αυτοεκτίμηση που αφορά όλους τους τομείς που σχετίζονται μ΄ αυτή και όχι μόνο ειδικά τη σχέση με το σώμα. (Joiner et al., 1997) Ταυτόχρονα, είναι γεγονός ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ανησυχίας για την εμφάνιση του σώματος τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος υποτροπής σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία (McFarlane et al., 2000).

Επιπρόσθετα, η βουλιμία έχει συσχετιστεί με τον **παρορμητισμό** και τον αυθορμητισμό σε κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό. (Liedo και συν 2000) Υποστηρίζεται, ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία έχουν μια γενικευμένη διαταραχή ελέγχου του παρορμητισμού (Matsunaga et al., 2000). Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει, αυξημένες αυτοκαταστροφικές τάσεις και σκέψεις, κλεπτομανία, καθώς και κατάχρηση ουσιών (Liedo και συν 2000, Davis et al., 1998) που εντάσσεται σε μια γενικότερη τάση εθισμού. Αυτό μπορεί να συσχετιστεί με την γενικότερη τάση τους για εξάρτηση που αναφέρθηκε προηγουμένως. Οι τρόποι εκδήλωσής της καθορίζονται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως ο πολιτισμός και η ιδιοσυγκρασία της φυλής. Η γενικευμένη διαταραχή ελέγχου του παρορμητισμού αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας και συνδέεται με τη πιο σοβαρή μορφή ψυχογενούς βουλιμίας (Matsunaga et al., 2000). Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι η συνύπαρξη της με τη βουλιμική συμπεριφορά συμβάλλει στη φτωχή πρόγνωση για το μέλλον της ψυχογενούς βουλιμίας, ακόμη και αν ακολουθηθεί θεραπεία (Liedo και συν 2000).

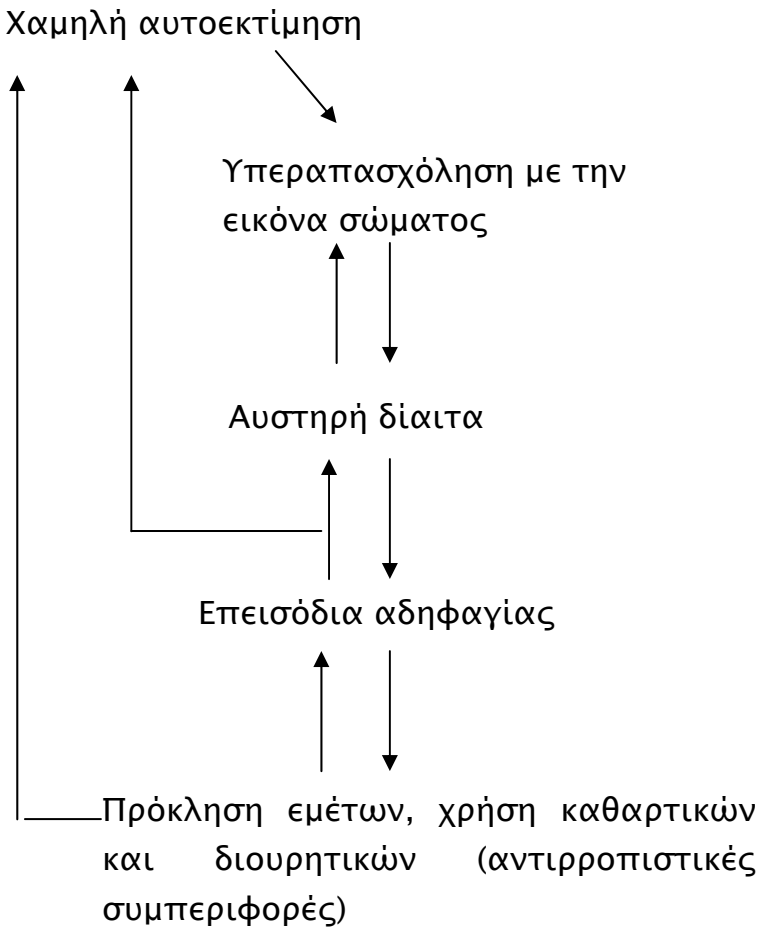
Άλλα χαρακτηριστικά που έχουν διαπιστωθεί σε παιδιά με βουλιμία είναι η ***αρνητική αυτοαξιολόγηση, η ντροπαλότητα και η υπερβολική συμμόρφωση.*** Επίσης, κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η

χαμηλή αυτοεκτίμηση που συνδέεται άμεσα με την ***αρνητική εικόνα σώματος*** (Corcos et al., 2000). Ειδικότερα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας στους ασθενείς με βουλιμικά χαρακτηριστικά για εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας. Επιπλέον, έντονο είναι και το αίσθημα της **αναποτελεσματικότητας** που σχετίζεται με γενικά αισθήματα αναξιότητας, **άγχους** και έλλειψης αυτοπεποίθησης. Ακόμη, έκδηλο είναι το **κοινωνικό άγχος** (Van der Ham et al., 1998).

Απαιτείται, βέβαια, να σημειωθεί ότι καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας παίζει η ηλικία της εφηβείας και δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι σ' αυτή την ηλικία παρουσιάζεται συνήθως η διαταραχή. Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διαδικασία ανάπτυξης της ατομικότητας τους και της αυτονομίας τους. Έτσι συχνά οι έφηβοι χρησιμοποιούν βουλιμικές συμπεριφορές για να κάνουν εμφανή την διαφοροποίηση τους από την οικογένεια. Επίσης, στη εφηβεία συμβαίνουν φυσιολογικές, ορμονολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την εικόνα σώματος και την αυτοεκτίμηση. Ακόμη και το άγχος για αυτές τις αλλαγές μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη της διαταραχής. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αλλαγές στη φυσιολογία και τη μορφή του σώματος αρχικά πιθανώς προκαλούν ανησυχίες σχετικά με το φαγητό, είναι όμως η ψυχολογική αντίδραση σ' αυτές τις αλλαγές που οδηγεί στην ανάπτυξη της διαταραχής. Μάλιστα, τα κορίτσια που δεν έχουν διατροφική διαταραχή συσχετίζουν τις αλλαγές της εφηβείας με θετικές αλλαγές στη ζωή τους και την αυτοπεποίθησή τους (Corcos et al.,2000).

Σχήμα 2.

Γνωσιακό σχήμα διατήρησης της ψυχογενούς βουλιμίας (Fairburn et al.,1995)



2.4 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διαταραχή Αδηφαγίας (Binge eating)

Η διαταραχή της αδηφαγίας (Binge eating disorder (BED)) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα αδηφαγικά επεισόδια, με κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού (υποκειμενική αίσθηση ποσότητας), σε ορισμένη χρονική περίοδο και έλλειψη ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (Napolitano et al., 2001). Επίσης, δε χρησιμοποιούνται μη αποδεκτές επανορθωτικές μέθοδοι, όπως έμετοι, μετά το γεύμα(Napolitano et al., 2001, Ramacciotti et al., 2000, Vogele και Florin 1997)-. Εκτός από ανεξάρτητη διαταραχή η αδηφαγία είναι δυνατό να συνοδεύει άλλες διαταραχές. Σύμφωνα με το DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) το "Binge eating" αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο για τις μείζονες διαταραχές ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας. (Vogele και Florin1997)

Ως ανεξάρτητη διαταραχή, είναι σπάνια στο γενικό πληθυσμό αλλά σχετικά συχνή στους παχύσαρκους (Ramacciotti και συν 2000). Τη διαταραχή αυτή εμφανίζει 7-46% αυτών που αναζητούν θεραπεία για μείωση βάρους και 2-10% του γενικού πληθυσμού (Napolitano et al., 2001). Η αδηφαγία, όμως, οδηγεί και σε αύξηση βάρους και παχυσαρκία και μάλιστα όσο αυξάνεται ο λιπώδης ιστός τόσο αυξάνεται η τάση για BED. Στις ΗΠΑ εμφανίζεται στο 2% του γενικού πληθυσμού και στο 30% του κλινικού πληθυσμού ενώ στην Ευρώπη στο 0,7-1,5% του γενικού και 8-15% του κλινικού (Ramacciotti και συν 2000). Σε αντίθεση με την ανορεξία και την βουλιμία εμφανίζεται συχνά και στους άντρες. Η αναλογία αντρών και γυναικών που αναζητούν θεραπεία είναι 2/3. Λίγα, όμως, είναι γνωστά για τους παράγοντες κινδύνου στους άντρες (Womble et al., 2001).

Πριν αναλυθούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων με διαταραχή αδηφαγίας πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα αυτά παρ' ότι εμφανίζουν κάποια κοινά στοιχεία με τους παχύσαρκους (π.χ. μεγάλη επιθυμία για φαγητό), έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό διαταραγμένο τρόπο λειτουργίας σε σύγκριση μ' αυτούς.

Η προσέγγιση του φαγητού γίνεται με βάση την αρχή του "όλα ή τίποτα". Έτσι, η ενασχόληση με δίαιτες φαίνεται να προκαλεί αρχικά αδηφαγία. Αυτό συμβαίνει διότι οι ασθενείς με αυτή τη

διαταραχή αδυνατούν να παραμείνουν πιστοί στην τήρηση της δίαιτας, γεγονός που σχετίζεται με τη μειωμένη εμμονή που αποτελεί σε πολλούς, σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους. Επομένως, ευνοείται το παραμέρισμα της δίαιτας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται στο άτομο το αίσθημα της αποτυχίας. Έτσι, επηρεάζεται αρνητικά η αυτοπεποίθηση γεγονός που επιτείνει την τάση για αδηφαγία. Δημιουργείται λοιπόν ένας φαύλο κύκλος που οδηγεί σε συντήρηση τα διαταραχής.

Επιπλέον, τα άτομα με διαταραχή αδηφαγίας φαίνεται να έχουν πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις ή να τις αποφεύγουν, γεγονός που σχετίζεται με την εικόνα σώματος και το αυξημένο βάρος τους, ακόμα και όταν ξεπεράσουν τη διαταραχή. Επιπλέον, παρουσιάζουν έντονη κοινωνική ανασφάλεια. Το προφίλ των ασθενών με διάγνωση αυτή, που παρέχεται από το "Eating Disorder Inventory", χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για το βάρος και τις δίαιτες, από ισχυρά αισθήματα ανικανότητας, έλλειψη ελέγχου στη ζωή τους και έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις που σχετίζεται με το συναισθηματικό και σωματοκεντρικό τρόπο λειτουργίας τους.

Οι ασθενείς αυτοί δείχνουν δυσαρέσκεια σε σχέση με το σώμα τους ανάλογη μ΄ αυτή των βουλιμικών και των ανορεκτικών, δυσαρέσκεια για την γενική μορφή καθώς και για ειδικές σωματικές περιοχές που είναι μεγαλύτερη σ΄αυτούς με BED απ΄ότι σ΄ αυτούς που δεν έχουν τη διαταραχή και δεν σχετίζεται με το δείκτη μάζας σώματος. Επομένως, το να είναι κάποιος δυσαρεστημένος με την εμφάνισή του δεν οφείλεται απλά και μόνο στο πραγματικά αυξημένο σωματικό βάρος, αλλά πιθανώς σχετίζεται με τις διαταραχές εικόνας σώματος. Επίσης, στη διαταραχή αυτή όπως και στη ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία το βάρος και το σχήμα του σώματος παίζουν σημαντικό ρόλο στην αυτοαξιολόγηση και την αυτοπεποίθηση. Σύμφωνα και με ευρήματα ερευνών τα άτομα αυτά επηρεάζονται σε υπερβολικό βαθμό για τη διαμόρφωση της εικόνα που έχουν για το σώμα τους από τα αρνητικά σχόλια των άλλων, σε σχέση με άτομα χωρίς BED (Ramacciotti και συν 2000).

Τα άτομα με διαταραχή αδηφαγίας (τώρα ή στο παρελθόν) είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό ψυχοπαθολογίας, όπως διαταραχές προσωπικότητας και διάθεσης, καθώς επίσης διαταραχές πανικού και κατάθλιψης.- (Napolitano et al., 2001),13, (Ramacciotti και συν 2000, Vogele et al., 1997).

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η προδιάθεση για ανάπτυξη της διαταραχής της αδηφαγίας σχετίζεται με σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Ramacciotti και συν 2000).

Υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για την ερμηνεία της διαταραχής της αδηφαγίας η έμμεση και η άμεση. Στην άμεση, οι έρευνες εστιάζουν κυρίως στην ανάπτυξη της αυτοαξιολόγησης του ατόμου, μέσα από τη λειτουργία της οικογένειας και τις κοινωνικές και πολιτιστικές επιδράσεις.

Στην άμεση η πλειοψηφία της έρευνας εστιάζεται σε δύο μοντέλα:

1. **Starvation ή μοντέλο διατροφικού περιορισμού**
2. **Affectional state ή μοντέλο συναισθηματικής κατάστασης**

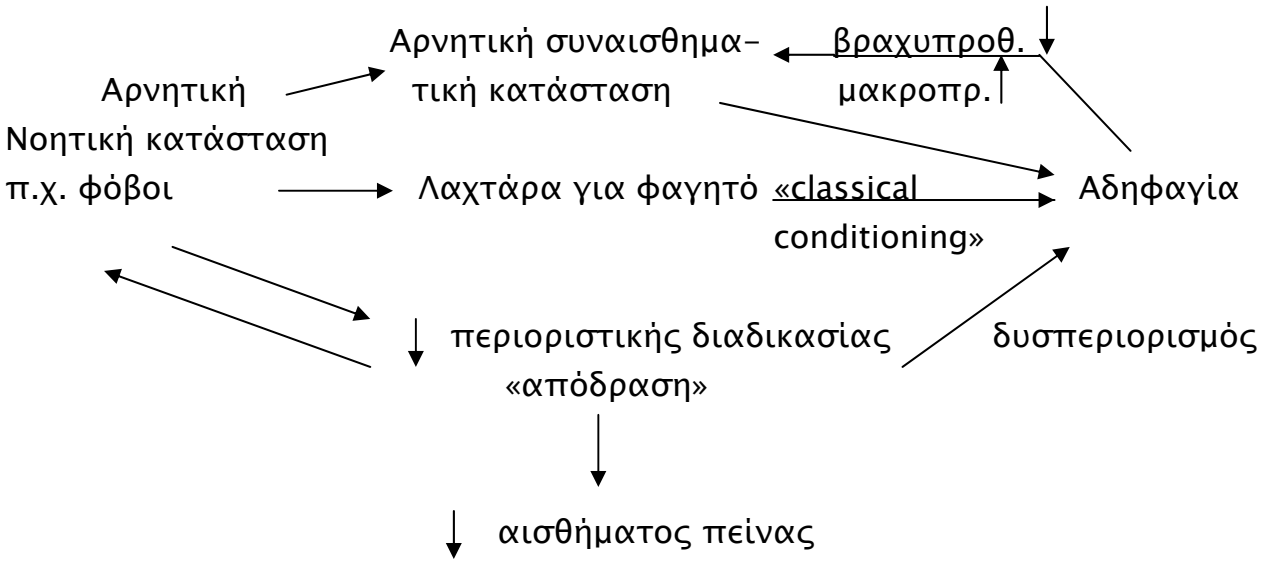
Το **πρώτο μοντέλο** προτείνει την ανάπτυξη ενός επιβλαβή κύκλου διατροφικού περιορισμού, λαχτάρας για φαγητό και αδηφαγίας, ο οποίος είναι αυτοσυντηρούμενος. Στα πλαίσια αυτά, η λαχτάρα για φαγητό κατανοείται ως εκδήλωση του υποκείμενου θερμιδικού περιορισμού, που προκαλείται ανάμεσα στα επεισόδια αδηφαγίας των βουλιμικών, και αποτελεί την αντανάκλαση της υποκείμενης βιολογικής ανάγκης σύμφωνα με την αρχή της ομοιόστασης. Έτσι παραβιάζεται ο διατροφικός περιορισμός. Σ' αυτό το μοντέλο περιλαμβάνονται παράγοντες που θεωρείται ότι δίνουν το έναυσμα για την εμφάνιση των επεισοδίων αδηφαγίας όπως ο μη οργανωμένος χρόνος (unstructured time) στη διάρκεια της ημέρας και το να είναι μόνο του το άτομο μετά από μια περίοδο διατροφικού περιορισμού, καθώς οδηγούν σε παραβίαση του διατροφικού περιορισμού και κατανάλωση «απαγορευμένων» τροφίμων (Waters et al., 1998). Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο διατροφικός περιορισμός δεν οδηγεί σε αυξημένη αδηφαγία (Cooper et al., 1993).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν το **δεύτερο μοντέλο** και συνεπώς έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στο ρόλο των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και της δυσκολίας ελέγχου αυτών, στην προώθηση και συντήρηση της αδηφαγίας (Napolitano et al., 2001, Waters et al., 1998). Αυτό τείνει τουλάχιστον στη BED να μειώσει το ρόλο του περιορισμού ως αιτιολογίας. (Waters et al., 1998)

Βρέθηκε ότι η λαχτάρα για φαγητό που οδηγεί σε αδηφαγία, σχετίζεται με χειρότερη ψυχολογική διάθεση απ΄ ότι η λαχτάρα για φαγητό που δεν οδηγεί σε αδηφαγία. Μάλιστα σε έρευνα, όταν η έντονη επιθυμία για φαγητό ακολουθούνταν από αδηφαγικά επεισόδια ακολουθούσε περαιτέρω χειροτέρευση της ψυχικής διάθεσης. Στην αντίθετη περίπτωση η ψυχική διάθεση βελτιωνόταν σημαντικά. Η ίδια έρευνα έδειξε ακόμη, σύνδεση της αδηφαγίας με μικρότερα επίπεδα πείνας! (Waters et al., 1998)

Σύμφωνα με το κλασικό μοντέλο Marlatt's μπορεί να διαχωριστεί η πείνα από τη λαχτάρα για φαγητό. Η πείνα μπορεί να θεωρηθεί μια κινητήρια κατάσταση που προέρχεται από μια γενικότερη συναίσθηση της θερμιδικής στέρησης, ενώ η λαχτάρα για φαγητό είναι η κινητήρια κατάσταση που συνδέεται με ισχυρή επιθυμία για ένα αναμενόμενο θετικό αποτέλεσμα (Waters et al., 1998). Δηλαδή, το τρόφιμο στόχος προσφέρει ανακούφιση από την δυσάρεστη ψυχολογική κατάσταση που βιώνει το άτομο και έτσι η λαχτάρα για αυτό προκαλεί την έναρξη αδηφαγίας (Napolitano et al., 2001, Waters et al., 1998). Τέλος το παράδοξο φαινόμενο, η αδηφαγία να σχετίζεται με μείωση του αισθήματος της πείνας μπορεί να ερμηνευτεί από το μηχανισμό «απόδρασης» που προτάθηκε από τους Heatherton και Baumeister (1991). Σύμφωνα μ' αυτόν οι έντονοι φόβοι οδηγούν ταυτόχρονα σε αρνητική συναισθηματική κατάσταση και περιορισμό της προσοχής με αποτέλεσμα την μειωμένη αντίληψη της εσωτερικής κατάστασης (π.χ. αίσθημα πείνας) (Waters et al., 1998).

Σχήμα 2. (Waters et al., 1998)
Μοντέλο ψυχολογικών διαδικασιών στη διαταραχή της αδηφαγίας



Από τα "cognitive" νοητικά-μαθησιακά μοντέλα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αρνητική αυτοαξιολόγηση καθώς θεωρείται ότι παίζει κύριο ρόλο στην πρόκληση αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης που οδηγεί σε "συναισθηματικό φαγητό" (Σχήμα 2). (Waters et al., 1998, Womble και συν 2001). Στο παραπάνω μοντέλο φαίνεται ότι η αρνητική συναισθηματική κατάσταση οδηγεί σε αδηφαγική συμπεριφορά, η οποία βραχυπρόθεσμα προκαλεί την ψευδαίσθηση της βελτίωσης αλλά μακροπρόθεσμα, οδηγεί σε επιδείνωση της αρνητικής συναισθηματική κατάστασης. (Waters et al., 1998)

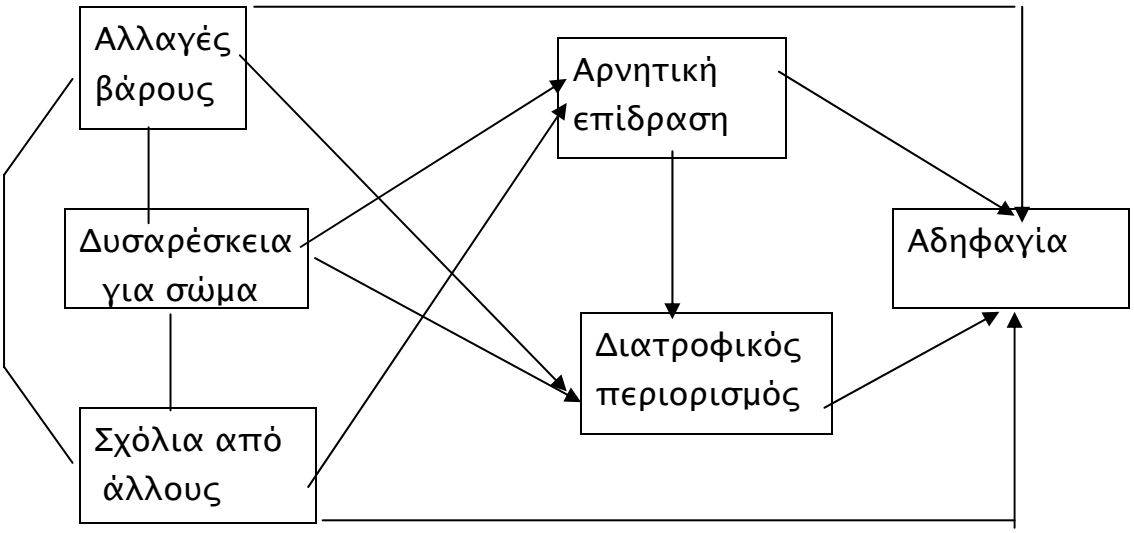
Στο παραπάνω μοντέλο γίνεται, επίσης, αναφορά στις «κλασικές συνθήκες» ή "Classical conditions" που σ' αυτές είναι βασισμένο ένα άλλο μοντέλο «The Conditioning model of Binge eating» που διατυπώθηκε από τον Jansen το 1990. Στο κέντρο του μοντέλου αυτού βρίσκεται η υπόθεση ότι κάτω από τις κλασσικές, συνήθεις συνθήκες συγκεκριμένοι παράγοντες όπως η θέα και η μυρωδιά φαγητού καθώς και αισθήματα όπως η μοναξιά, ο θυμός, η κατάθλιψη και η πλήξη αποκτούν τη δύναμη να διεγείρουν φυσιολογικές αντιδράσεις (π.χ. έκκριση ινσουλίνης με επακόλουθη μείωση γλυκόζης) οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε επεισόδιο αδηφαγίας. Εάν ένα επεισόδιο αδηφαγίας συμβεί, τότε η σύνδεση του υπαίτιου παράγοντα και της αδηφαγικής συμπεριφοράς δυναμώνει και έτσι αυξάνεται η πιθανότητα την επόμενη φορά που θα εμφανιστεί αυτός ο παράγοντας να συνοδευτεί από αδηφαγία. (Vogele et al., 1997)

Πρέπει να αναγνωριστεί, λοιπόν, ότι το μοντέλο διατροφικών περιορισμών είναι απαραίτητο για να εξηγηθούν κάποια επεισόδια αδηφαγίας αλλά δεν παρέχει επαρκή ερμηνεία. Άλλωστε τα αποτελέσματα ερευνών όπως των Waters et al.,(1998) έδειξαν καθαρότερη σύνδεση μεταξύ αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και αδηφαγικής συμπεριφοράς παραλείποντας την περιοριστική φάση. Προφανώς, επιθυμητή θα ήταν η ενσωμάτωση των δύο μοντέλων για την καλύτερη ερμηνεία της διαταραχής .

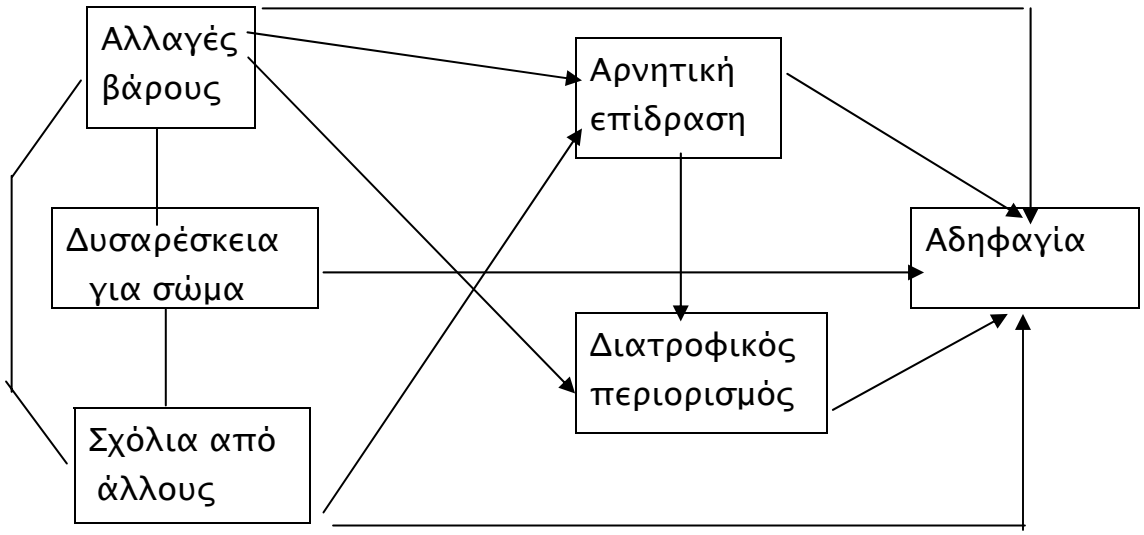
Αυτό το στόχο πέτυχαν οι Womble et al., (2001) οι οποίοι πρότειναν ένα μοντέλο, που ανταποκρίνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στη πολυπαραγοντική φύση της αιτιολογίας της διαταραχής αδηφαγίας.
Το μοντέλο αυτό που διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο φαίνεται στα παρακάτω σχήματα.

Σχήμα 3. Πολυπαραγοντικό μοντέλο για την διαταραχή της αδηφαγίας.

<u>Μοντέλο για γυναίκες</u>



Μοντέλο για άντρες



Όπως φαίνεται, λοιπόν, ο διατροφικός περιορισμός, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση η οποία καθορίζεται από παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος και η νευρικότητα, σε συνδυασμό με τις εναλλαγές βάρους, τη δυσαρέσκεια σώματος και το ιστορικό αρνητικών σχόλιων από τους άλλους σε σχέση με την εμφάνιση, αλληλεπιδρούν για να διαμορφώσουν το ψυχοκοινωνικό μοντέλο για την ερμηνεία της διαταραχή της αδηφαγίας. Επίσης, διαπιστώνεται ότι αν και τα μοντέλα για άνδρες και γυναίκες περιέχουν ακριβώς τα ίδια δομικά μέρη και παρόμοιες οδούς συσχέτισης ωστόσο υπάρχουν εμφανείς διαφορές:

- Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση σχετίζεται με το διατροφικό περιορισμό και την αδηφαγία στις γυναίκες ενώ στους άνδρες σχετίζεται μόνο με την αδηφαγία.
- Η δυσαρέσκεια σώματος σχετίζεται με την αρνητική συναισθηματική κατάσταση και το διατροφικό περιορισμό στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες σχετίζεται απευθείας με την αδηφαγία.

(Womble et al., 2001)

Χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι στα παραπάνω μοντέλα δεν καθορίζεται ποια δομή προηγείται της άλλης δηλαδή προσδιορίζονται οι συσχετίσεις και όχι οι αιτιολογικές σχέσεις.

Παρόμοια διαταραχή με την Αδηφαγία “Binge eating” είναι το **“Night Eating Syndrome”** το οποίο δεν έχει ερευνηθεί αρκετά. Τα κύρια διαγνωστικά χαρακτηριστικά του είναι η πρωινή ανορεξία και η βραδινή υπερφαγία κατά την οποία καταναλώνεται περισσότερο από το 50% των συνολικών θερμίδων μετά τις 7 μ.μ., καθώς επίσης χαρακτηριστική είναι η βραδινή αϋπνία.

Ωστόσο, δεν υπάρχουν ακριβή διαγνωστικά κριτήρια και οι εκτιμήσεις για τον αριθμό των ατόμων που πάσχουν, είναι ποικίλες. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν συναισθηματική κατάπτωση, ιδιαίτερα το βράδυ και αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν το φαγητό ως αντίδραση στην αρνητική συναισθηματική τους κατάσταση. Συνηθίζουν να τρώνε μόνοι τους και να συνεχίζουν μέχρι να νοιώσουν άσχημα. Μετά το επεισόδιο νιώθουν κατάθλιψη και ενοχές.(Napolitano et al., 2001)

3. Κοινωνικά – εθνικά χαρακτηριστικά και διαταραχές πρόσληψης τροφής

3.1 Σχέσεις ατόμου με οικογένεια και διατροφικές διαταραχές

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει δείξει ότι οι οικογενειακές σχέσεις και ειδικότερα οι επιδράσεις από τους γονείς μπορούν να παίξουν μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση διατροφικών προβλημάτων και διαταραχών καθώς επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογία των παιδιών και ιδιαίτερα των εφήβων.

Έρευνα που έγινε σε κορίτσια από την νεαρή εφηβεία έως τις αρχές της ενηλικίωσης έδειξε ότι ιδιαίτερα κατά τη νεαρή εφηβεία τα κορίτσια με συνυπάρχοντα προβλήματα, διατροφικά και κατάθλιψης αλλά και τα κορίτσια με μόνο διατροφικά προβλήματα εμφάνισαν προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις όπως αυξημένες διαμάχες και μειωμένη οικογενειακή ζεστασιά (Calam et al., 1998). Γυναίκες με χρόνια ψυχογενή ανορεξία φάνηκε ότι έλαβαν σε μικρό βαθμό μητρική και πατρική φροντίδα (Bulik et al., 2000) Ιδιαίτερα έχουν συσχετιστεί οι σχέσεις με τη μητέρα. Σε έρευνα προέκυψε ότι η λειτουργία της οικογένειας, όπως εκτιμήθηκε από τις μητέρες όταν οι κόρες τους ήταν 12 χρονών, ήταν προβλεπτική της μετέπειτα ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με τη διατροφή. Σημαντικό ρόλο παίζει η μειωμένη επικοινωνία μέσα στην οικογένεια (Calam et al., 1998). Ειδικότερα, έχει τονιστεί η σχέση μεταξύ των προβληματικών οικογενειακών σχέσεων, με καταθλιπτικά προβλήματα που συνυπάρχουν με διατροφικά (Graber et al., 2001). Ακόμη, ερευνητές όπως ο Steinnausen και ο Hertog από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι φτωχές οικογενειακές σχέσεις αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Van der Ham et al., 1998). Επιπρόσθετα, οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών (Logue 1991).

Υποστηρίζεται ότι η προβληματική συναισθηματική ανάπτυξη που προέρχεται από πρώιμους λανθασμένους χειρισμούς των γονέων, οδηγεί συχνά το παιδί σε συμβιβασμό και υποταγή,

ματαιώνοντας τις προσπάθειες για ανάπτυξη πρωτοβουλίας και αυτοκαθοδηγούμενης δράσης. Επομένως, η εσκεμμένη στέρηση, γίνεται ένα μέσο επιβολής της ταυτότητας, και εξάλειψης της συντριπτικής γονεϊκής επιρροής (Casper 1998, Logue 1991). Οι selvini και Palarrolici διατύπωσαν την άποψη ότι οι έφηβες συχνά αρνούνται την ωρίμανση της θηλυκότητας του σώματός τους επειδή αυτή συνδέεται με το μητρικό σώμα. Οπότε, αποφεύγουν το φαγητό και ασκούνται για να διαμορφώσουν το σώμα τους σύμφωνα με τις δικές τους ιδέες και να διαφοροποιηθούν από την μητέρα τους (Casper 1998).

Επίσης, τα κορίτσια επηρεάζονται σημαντικά και από τα σχόλια της μητέρας τους για το σώμα τους καθώς και από τη σχέση της μητέρας τους με το σώμα της. Δηλαδή, επηρεάζονται αρνητικά όταν η ίδια η μητέρα έχει κάποιο διατροφικό πρόβλημα ή διαταραχή, όπως όταν ασχολείται πολύ με δίαιτες και δεν είναι ευχαριστημένη με το σώμα της. Όταν η μητέρα τρώει μεγαλύτερη ποσότητα από το φυσιολογικό, δεν της αρέσει το σώμα της και έχει βουλιμικά συμπτώματα αυξάνεται ο κίνδυνος να τρώει το παιδί κρυφά και να αποφεύγει το φαγητό, ενώ αν η μητέρα κάνει δίαιτες υπάρχει κίνδυνος το παιδί να τρώει περισσότερο φαγητό ή να ασχολείται και αυτό μελλοντικά με δίαιτες. Επίσης, αρνητικό ρόλο παίζουν απορριπτικά σχόλια για την εικόνα σώματος του παιδιού-εφήβου από τη μητέρα του και η συνεχής παρακίνηση για απώλεια βάρους (Ricciardelli et al., 2001).

3.2 Ηλικία και διατροφικές διαταραχές

3.2.1 Παιδική ηλικία

Τα κοινωνικά μηνύματα είναι τόσο διεισδυτικά που επηρεάζουν μέχρι και τα παιδιά 7 χρονών. Τα παιδιά μαθαίνουν ότι το "αδύνατος" είναι το καλό και "παχύς" το κακό από την οικογένεια, το σχολείο, τους φίλους και τα μέσα ενημέρωσης πριν την εφηβεία. Οι διαφορές στην εικόνα σώματος μεταξύ αγοριών και κοριτσιών εμφανίζονται στα 8-10 χρόνια, καθώς από τότε περίπου αρχίζει η επιρροή των κοινωνικών προτύπων και ενισχύεται όσο μεγαλώνουν. Οπότε, τα κορίτσια θέλουν να είναι πιο αδύνατα, ενώ τα αγόρια πιο σωματώδη και αυξάνεται η δυσαρέσκεια για το σώμα τους όσο μεγαλώνει η ηλικία.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υποστηρίζει αυτούς τους ισχυρισμούς. Παιδιά 7-11 χρονών που είναι παχύσαρκα, θεωρούν ότι έχουν λιγότερους φίλους, ότι είναι λιγότερο αποδεκτά από τους γονείς τους, έχουν χειρότερη απόδοση στο σχολείο, είναι λιγότερο δραστήρια, λιγότερο χαρούμενα και λιγότερο ελκυστικά από το μέσο όρο των αδύνατων παιδιών. Μεγάλο ποσοστό κοριτσιών και αγοριών θεωρούν ότι η γυναίκα και ο άνδρας, λιγότερο όμως, είναι σημαντικό να είναι αδύνατη/ος.

Αυτή η αντίληψη σχετίζεται με το βαθμό που τα παιδιά αποδέχονται το σώμα τους και με το βαθμό που αυτή η αποδοχή επεκτείνεται στη γενικότερη αυτοαποδοχή. Έτσι, η δυσαρέσκεια για το σώμα και η ανησυχία για εικόνα σώματος συνυπάρχουν με τη χαμηλή γενική αυτοεκτίμηση και επηρεάζουν την αξία που προσδίδουν στον εαυτό τους, οπότε εμφανίζονται δυσαρεστημένα και με άλλες πλευρές της ζωής τους, όπως με την απόδοση τους στο σχολείο. Το κατά πόσο επηρεάζεται η αυτοεκτίμηση από τη δυσαρέσκεια για το σώμα εξαρτάται και από τη σημασία που θεωρούν ότι έχει η μορφή του σώματος τους, για τη γενικότερη καλή κατάσταση στη ζωή τους. Αν δεν τη θεωρούν σημαντική, ακόμη και αν υπάρχει σωματική δυσαρέσκεια αυτή δεν θα επηρεάσει την αυτοεκτίμηση (Ricciardelli et al., 2001).

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σπάνιες στα παιδιά, όμως παρατηρούνται προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές και είναι

γεγονός ότι τα πρώιμα διατροφικά προβλήματα προβλέπουν μετέπειτα ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η πλειοψηφία των παιδιών με διατροφικές διαταραχές είναι κορίτσια με νευρογενή ανορεξία ή είναι "selective eaters", δηλαδή καταναλώνουν μόνο ορισμένα τρόφιμα ή αποφεύγουν το φαγητό. Σ' αυτά τα παιδιά διαπιστώνονται συναισθηματικές διαταραχές (Ricciardelli et al., 2001). Επίσης ορισμένα παιδιά εμφανίζουν συμπτώματα νευρογενούς βουλιμίας που συνοδεύονται από χαρακτηριστικά όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Corcos et al., 2000).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση της πιθανής προβλεπτικής ικανότητας, των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των παιδιών, σε σχέση με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Με αυτό το σκοπό έγινε έρευνα η οποία εξέτασε τη σχέση των χαρακτηριστικών της ιδιοσυγκρασίας παιδιών, με την εμφάνιση διατροφικών προβλημάτων στη μετέπειτα ζωή τους. Βρέθηκε συσχέτιση με την μειωμένη «εμμονή» δηλαδή με την μικρή προσήλωση και συγκέντρωση σε ένα σκοπό – εργασία, που είναι πιθανώς χαρακτηριστικό ατόμων που αποτυγχάνουν στον περιορισμό του φαγητού και έτσι εμφανίζουν βουλιμικές τάσεις. Εντονότερη συσχέτιση βρέθηκε με την «αρνητική συναισθηματικότητα» δηλαδή με την μειωμένη έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων. Η σχέση με την εμφάνιση βουλιμίας φάνηκε να είναι αμοιβαία και δεν είναι άμεσα προβλεπτική-αιτιολογική (Martin et al., 2000).

3.2.2 Εφηβική ηλικία

Η πιο κοινή ηλικία έναρξης εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είναι η εφηβεία (Wong et al., 1999). Οπωσδήποτε, δεν είναι τυχαίο αυτό το γεγονός καθώς τότε το άτομο επικεντρώνεται αρκετά στη μορφή του σώματός του και το βάρος του, επιτελείται η διαδικασία της ανεξαρτητοποίησης και της διαμόρφωσης ιδιαίτερης προσωπικότητας που δίνει στον ατομικό έλεγχο μεγάλη αξία. Επίσης, η δημιουργία κοινωνικών δεσμών κάνει τον έφηβο ιδιαίτερα ευαίσθητο στην αξιολόγηση των άλλων σε σχέση με την εμφάνισή του (Calam και Waller 1998). Μεγάλο μέρος των ερευνών για τη σχέση ψυχολογικών χαρακτηριστικών και διατροφικών διαταραχών αφορά στην ηλικία αυτή.

3.2.3 Ηλικία "φοιτητική"

Σε έρευνες που έχουν γίνει σε φοιτητές έχουν προκύψει τα ίδια αποτελέσματα σε σύγκριση με τις έρευνες σε εφήβους, ως προς τη σχέση διατροφικών προβλημάτων όπως το "dieting" (Ackard et al., 2002) και διαταραχών, με ψυχολογικά χαρακτηριστικά (Wong et al., 1999) Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης τα κορίτσια που εμφανίζουν συνυπάρχουσα κατάθλιψη είναι λιγότερα απ' ότι στην προηγούμενη ηλικιακή περίοδο (Graber et al.,, 2001). Σε φοιτήτριες έγινε έρευνα στην οποία συσχετίστηκε η βουλιμία με τα χαρακτηριστικά "sociotropy" και "autonomy" όπως έχει αναφερθεί στην ειδική ενότητα για την νευρογενή βουλιμία (Friedman et al., 1998). Επίσης, ανορεξικές φοιτήτριες εμφάνισαν αυξημένη "αλεξιθυμία" (Taylor et al., 1996). Γενικότερα, οι περισσότερες έρευνες, που χρησιμοποιήθηκαν στα πλαίσια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τη σχέση διατροφικών και ψυχολογικών προβλημάτων, αφορούν αυτή την ηλικιακή ομάδα (στην οποία ανήκει και το δείγμα στην παρούσα έρευνα).

Επίσης, σε έρευνα που έγινε σε συμμετέχοντες ηλικιών 18-48, μετά από έλεγχο της επίδρασης της εικόνας σώματος και της ηλικίας προέκυψαν τα ίδια αποτελέσματα ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ενασχόληση με δίαιτες (Ackard et al., 2002).

3.3 Εθνικότητα και διατροφικές διαταραχές

3.3.1 Εθνικές-φυλετικές διαφορές και ψυχοπαθολογία διατροφικών διαταραχών

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και μεγάλη σημασία η διερεύνηση της ύπαρξης διαφορών ως προς τη συσχέτιση διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, ανάμεσα στις διάφορες φυλές και εθνικότητες.

Παρ΄ ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι λιγότερο κοινές στις μη δυτικές κοινωνίες, υπάρχει ένδειξη ότι νεαρές γυναίκες που έμεναν παλαιότερα σε μη δυτικές κοινωνίες και τώρα ζουν σε δυτικές, πιθανώς έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αν και είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιαστούν σε κλινικές (Button et al., 1998).

Οι Davis et al., (1999) μελέτησαν το βαθμό που επηρεάζει η πολιτισμική αφομοίωση τα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα τα ψυχολογικά. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα ήταν Κινέζοι φοιτητές που μένουν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Από αυτή τη μελέτη προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η πολιτισμική αφομοίωση, τόσο πιο έντονα είναι τα διατροφικά προβλήματα καθώς και τα ψυχολογικά προβλήματα που συσχετίζονται με αυτά. Εμφανίζουν, λοιπόν, σε μεγαλύτερο βαθμό έντονη επιθυμία για λεπτότητα, πρόβλημα εσωτερική συναίσθησης, φόβους ενηλικίωσης και τελειομανία. Ωστόσο, δεν φάνηκε επίδραση στην κατάθλιψη και την αυτοεκτίμηση. Πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά σχετίζονται με τις δυσκολίες προσαρμογής και τον αυξημένο ανταγωνισμό που επικρατεί στην αμερικάνικη κοινωνία.

Σε άλλη έρευνα συγκρίθηκαν καυκάσιοι, ασιάτες και μαύροι και τα αποτελέσματα έδειξαν μικρές διαφορές στις διατροφικές συνήθειες και τη συμπεριφορά, εκτός από το ότι οι Καυκάσιοι εμφάνισαν πιο μεγάλη συχνότητα αυτοπροκαλούμενου εμετού για έλεγχο βάρους ιδιαίτερα, αν τα άτομα ζούσαν μόνα τους και όχι με οικογένεια ή σύντροφο. Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε συνυπάρχοντα χαρακτηριστικά όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Button et al., 1998). Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η σύνδεση των διατροφικών διαταραχών με τις διαταραχές προσωπικότητας είναι

ανεξάρτητη από τις φυλετικές διαφορές (Ιαπωνία-Δύση). (Matsunaga et al., 1998)

Ωστόσο, χρειάζεται περισσότερη έρευνα, καθώς είναι μειωμένη η συχνότητα που οι γυναίκες από την Ασία δηλώνουν σε υγειονομικές υπηρεσίες διατροφικά προβλήματα (Button et al., 1998). Γενικά, έχουν γίνει λίγες έρευνες στην Ασία, φαίνεται όμως ότι υπάρχει επιρροή από τα δυτικά πρότυπα σε σχέση με την τάση για αδυνάτισμα. Έρευνα που έγινε από τους Davis et al., (1997) έδειξε αναλογίες στα αποτελέσματα με έρευνες στην Αμερική και Ευρώπη. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, οι Καυκάσιοι και οι Ασιάτες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση ενασχόλησης με δίαιτες. (Ackard et al., 2002) Επίσης, υποστηρίζεται ότι οι Καυκάσιοι επιθυμούν περισσότερο από τους Αφροαμερικάνους να είναι αδύνατοι. Οι Αφροαμερικάνοι εμφανίστηκαν λιγότερο δυσαρεστημένοι με το βάρος τους παρ' ότι είχαν μεγαλύτερο και αυτό, βέβαια, οφείλεται στα διαφορετικά πρότυπα (Ricciardelli καισυν 2001).

Συγκρίνοντας την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στην Αμερική σε σχέση με την Ευρώπη διαπιστώνεται διπλάσιο ποσοστό ατόμων με "binge eating" στις ΗΠΑ σε σχέση με την Ευρώπη στον γενικό πληθυσμό και σε κλινικό (Ramacciotti 2000).

Συμπερασματικά, παρά τις διαφορές στην έκταση και ένταση που εμφανίζονται οι διάφορες διατροφικές διαταραχές, διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν ομοιότητες οι διάφορες φυλές ως προς τα συνυπάρχοντα με τις διατροφικές διαταραχές, ψυχολογικά προβλήματα. Επομένως, μπορεί να βγει το συμπέρασμα, ότι τα αποτελέσματα των μελετών που γίνονται σε διάφορες χώρες, για την ανίχνευση της σχέσης διατροφικών προβλημάτων και ψυχολογικών, μπορούν να γενικευτούν.

3.3.2 Στοιχεία από την Ελλάδα

Από έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα προκύπτει ότι το 20-25% των κοριτσιών στην Ελλάδα εμφανίζουν βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών μεγαλύτερη του 20 (EAT>20), δηλαδή παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών ενώ αυτός ο βαθμός εμφανίζεται στο 5-8% των αγοριών. Είναι φανερό ότι το ποσοστό των κοριτσιών (περίπου 1 στα 5) που έχουν προβλήματα διαιτητικής συμπεριφοράς, είτε αυτά

σχετίζονται με τη δυσαρέσκεια σώματος και την ενασχόληση με δίαιτες, είτε παίρνουν διαστάσεις κλινικής διατροφικής διαταραχής είναι αρκετά υψηλό. Μάλιστα, είναι ένα από τα υψηλότερα ποσοστά που έχουν διαπιστωθεί σε Ευρωπαϊκές και μη χώρες.

Επίσης μελέτη που έγινε σε 25 ευρωπαϊκά κράτη το Ισραήλ, τον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ("Health Behavior in School-aged Children Study (HBSC) 2000) έδειξε:

- Στην Ελλάδα στην ηλικία των 11ετών το 37% των κοριτσιών και το 27% των αγοριών δηλώνουν ότι είναι σε δίαιτα (6η θέση μετά από ΗΠΑ, Ισρήλ, Σλοβακία, Αυστρία). Παρόμοια είναι τα ποσοστά και στην ηλικία των 13 ετών.
- Στην ηλικία των 15 ετών το ποσοστό ήταν μεγαλύτερο (το 56% των κοριτσιών και το 29% των αγοριών) με αποτέλεσμα η Ελλάδα να είναι στην 3η θέση!

Η εμφάνιση αυτής της υψηλής τάσης για εμφάνιση προβλημάτων και διαταραχών πρόσληψης τροφής τα τελευταία χρόνια στη Ελλάδα οφείλεται στις αλλαγές που έχουν γίνει στον τρόπο διατροφής καθώς οι Έλληνες έχουν απομακρυνθεί από την παραδοσιακή Μεσογειακή δίαιτα τείνοντας όλο και περισσότερο προς τα δυτικά πρότυπα διατροφής. Ταυτόχρονα όμως αυτή η τάση δεν παρατηρείται μόνο στη διατροφή αλλά και σε άλλους τομείς της ζωής όπου τα δυτικά πρότυπα έχουν ασκήσει επιρροή. Έχουν γίνει λοιπόν αλλαγές στον τρόπο ζωής, τις κοινωνικές συνθήκες και ακόμη έχει αλλάξει ο ρόλος της γυναίκας στην ελληνική κοινωνία. Έτσι οι πιέσεις από τα κοινωνικά πρότυπα («λεπτότητας») καθώς και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες όπως το άγχος της καθημερινότητας έχουν οδηγήσει τις ελληνίδες να έχουν πολύ μεγαλύτερη εμμονή σε σχέση με την εικόνα του σώματός τους και το βάρος τους (Yannakoulia et al., 2003).

Σε άλλη έρευνα που έγινε από τους Fichter και συν (1988) σε Έλληνες μαθητές στην Βέροια και τα Ιωάννινα καθώς επίσης σε μια πόλη της Γερμανίας βρέθηκε ότι η ηλικία έπαιξε ρόλο στο συνολικό βαθμολογία και σε ορισμένες υποκλίμακες ("Consciousness"ή «Συναίσθηση» και "Anancasm" ή «Εξαναγκασμός») ειδικού ερωτηματολογίου (ANIS) που χρησιμοποιήθηκε για την διαπίστωση συμπτωμάτων ψυχογενούς ανορεξίας. Γενικά βρέθηκε ότι η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι διπλάσια στις Ελληνίδες μαθήτριες στην Γερμανία από τις μαθήτριες στην Ελλάδα. Αυτό

μπορεί να εξηγηθεί από την εντονότερη έκθεση στα πρότυπα «λεπτότητας» των ελληνίδων στη Γερμανία.

Η σύνδεση της διατροφικών διαταραχών με ψυχολογικές παραμέτρους διερευνήθηκε και διαπιστώθηκε με την έρευνα του Μωρογιάννη Φ. σε μαθητές Λυκείου από πόλεις, κωμοπόλεις και χωριά του νομού Ιωαννίνων.

Συγκεκριμένα, με χρήση ειδικού ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας (SCL-90R) διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια με υψηλότερη τάση για διατροφικές διαταραχές (EAT-26>20) και ειδικά με χαρακτηριστικά περιοριστικής ψυχογενούς ανορεξίας εμφάνισαν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα κορίτσια με μικρή τάση, την διαταραχή ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, άγχος, θυμό-επιθετικότητα και μεγάλη ευαισθησία ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα κορίτσια με βουλιμικές τάσεις είχαν υψηλότερες τιμές σε ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και ο θυμός - επιθετικότητα και η σωματοποίηση (αντίκτυπος ψυχολογικών προβλημάτων στο σώμα) σε σχέση με τα κορίτσια με μικρή τάση.

Επίσης, με τη βοήθεια λογιστικής παλινδρόμησης βρέθηκε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις διαστάσεις των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής είναι ο θυμός-επιθετικότητα για τις διαταραχές ανορεκτικού τύπου και η σωματοποίηση για τις διαταραχές βουλιμικού τύπου. (Μωρογιάννης, 2000)

Επειδή όπως διαπιστώνεται έχει γίνει ελάχιστη έρευνα ως προς την ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών στην Ελλάδα, παρουσίασε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη της σχέσης των διαταραχών πρόσληψης με ψυχολογικά χαρακτηριστικά, στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΈΡΕΥΝΑ

1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι η διερεύνηση της διατροφικής συμπεριφοράς και η ανίχνευση της τάσης ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, σε φοιτήτριες και φοιτητές των 3 τμημάτων του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου (Τμήμα Επιστημών Διαιτολογίας Διατροφής, Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας και Γεωγραφίας). Επίσης, στόχος είναι ο εντοπισμός των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ατόμων αυτών και η διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης τους με τα προβλήματα διαιτητικής συμπεριφοράς. Τέλος, θα καταγραφούν οι διαιτητικές συνήθειες σε σχέση κυρίως με τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων.

Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η διαιτητική συμπεριφορά και οι στάσεις των φοιτητών με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου Διαιτητικών Στάσεων EAT-26(Eating Attitudes Test). Η βαθμολογία στο EAT-26 χρησιμοποιήθηκε για να σχηματιστούν δύο ομάδες ατόμων, μία χαμηλού κινδύνου για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής και μία υψηλού κινδύνου. Στη συνέχεια στα άτομα των δύο ομάδων δόθηκαν ψυχομετρικά ερωτηματολόγια, με σκοπό να ανιχνευτούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Πρέπει να σημειωθεί, ότι το EAT-26 δόθηκε επαναληπτικά σ' αυτά τα άτομα ταυτόχρονα με τα άλλα ερωτηματολόγια, ώστε να μην υπάρχει χρονικό κενό μεταξύ των καταγραφών και έτσι να είναι πιο ακριβή και αξιόπιστα τα συμπεράσματα και οι συσχετίσεις.

Οι υποθέσεις που προσπάθησε να ελέγξει η παρούσα έρευνα ήταν:

1. Τα άτομα με υψηλή τάση για διατροφικές διαταραχές εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας.
2. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την τάση εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής.
3. Υπάρχει διαφορά στις διαιτητικές συνήθειες ανάμεσα στα άτομα με υψηλή τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και στα άτομα με χαμηλή τάση.

2. Μεθοδολογία

2.1 Δείγμα

Ο πληθυσμός από τον οποίο επιλέχθηκε το δείγμα αποτελείται από 164 άτομα που φοιτούν στα τρία τμήματα του Χαροκόπειου Πανεπιστήμιου: Επιστημών Διαιτολογίας -Διατροφής, Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας και Γεωγραφίας. Η κατανομή του πληθυσμού ανά τμήμα και έτος φοίτησης φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1. Κατανομή πληθυσμού ανά τμήμα και έτος φοίτησης

τμήμα / έτος	Διαιτολογίας -Διατροφής	Οικιακής Οικονομίας	Γεωγραφίας	Άγνωστο τμήμα	Σύνολο
1	52	45	14	2	113
2	3	42			45
3	1	2			3
4	1	2			3
Σύνολο	57	91	14	2	164

Από τα 164 άτομα οι 136 ήταν φοιτήτριες και οι 29 φοιτητές

Το δείγμα επιλέχθηκε από τον πληθυσμό με βάση τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών (EAT-26). Έτσι σχηματίστηκαν δύο ομάδες ατόμων, η μία με χαμηλό κίνδυνο για ανάπτυξη διαταραχών λήψης τροφής με βαθμολογία μικρότερη του 6, (EAT<6) και η άλλη με υψηλό κίνδυνο με βαθμολογία μεγαλύτερη του 20, (EAT>20). Η κατανομή του δείγματος στις δύο ομάδες φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος κατά τμήμα φοίτησης ανάλογα με το βαθμολογία στο EAT.

Τμήμα/ Βαθμός στο *EAT	Διαιτολογίας -Διατροφής	Οικιακής Οικονομίας	Γεωγραφίας	Σύνολο
< 6	19	14	4	37
>20	9	22	1	32
Σύνολο	28	36	5	69

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το βαθμολογία στο ΕΑΤ και
το φύλο.

Βαθμολογία στο *ΕΑΤ	**φοιτήτριες**	**φοιτητές**	**Σύνολο**
< 6	27	10	37
>20	30	2	32
Σύνολο	57	12	69

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Από τους 69 φοιτητές που είχαν επιλεχθεί ως δείγμα ανταποκρίθηκαν 62. Οπότε υπήρξε διαφυγή δείγματος 7 ατόμων, 5 από την ομάδα ελέγχου (ΕΑΤ<ή=6) και 2 από την ομάδα με ΕΑΤ>20. Επομένως, η τελική κατανομή του δείγματος είναι 32 φοιτητές στην ομάδα ελέγχου(<ή=6) και 30 στην ομάδα με ΕΑΤ>ή=20. Η κατανομή του τελικού δείγματος φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 4. Κατανομή τελικού δείγματος κατά τμήμα φοίτησης και ανάλογα με τη βαθμολογία στο ΕΑΤ*.

Τμήμα/ Βαθμός στο ΕΑΤ	**Διαιτολογίας –Διατροφής**	**Οικιακής Οικονομίας**	**Γεωγραφίας**	**Σύνολο**
<6	17	12	3	32
>20	8	21	1	30
Σύνολο	25	33	4	62

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Πίνακας 5. Κατανομή του τελικού δείγματος ανάλογα με τη βαθμολογία στο ΕΑΤ* και ως προς το φύλο.

Βαθμολογία στο ΕΑΤ	**φοιτήτριες**	**φοιτητές**	**Σύνολο**
<6	22	10	32
>20	28	2	30
Σύνολο	50	12	62

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

2.2 Συλλογή στοιχείων-εργαλεία

2.2.1 Αξιολόγηση διαιτητικής συμπεριφοράς

Η αξιολόγηση της διαιτητικής συμπεριφοράς έγινε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου διατροφικών συνηθειών, EAT-26(Eating Attitudes Test). Το EAT-26 είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που σχετίζονται με μη φυσιολογική διαιτητική συμπεριφορά (Garner et al., 1982). Ωστόσο, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το EAT δεν αντανακλά την πολυπαραγοντική φύση των διατροφικών διαταραχών ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας. Θεωρούν ότι το EDI (Eating Disorders Inventory) είναι ικανό να αντικαταστήσει το EAT (Lee et al., 1997). Ωστόσο, το EAT-26 αποτελεί μια ικανοποιητικά βελτιωμένη έκδοση του EAT και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις (Liedo et al., 2001).

Συγκεκριμένα, το EAT-26 περιλαμβάνει εκτός από τα προσωπικά στοιχεία όπως το φύλο, την ηλικία, το βάρος, το ύψος και την περιοχή κατοικίας του ατόμου, 26 προτάσεις που αφορούν τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τη σχέση του ατόμου με το φαγητό. Το άτομο καλείται να περιγράψει τη συχνότητα με την οποία του συμβαίνει αυτό που περιγράφει κάθε πρόταση με ένα από τα επιρρήματα: Πάντα, Συνήθως, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια και Ποτέ.

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται ως εξής:

Συχνότητα	Βαθμολογία
Πάντα	3
Συνήθως	2
Συχνά	1
Μερικές φορές	0
Σπάνια	0
Ποτέ	0

Εξαίρεση αποτελεί η πρόταση 25 στην οποία η βαθμολογία αντιστρέφεται. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Το συνολικό βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας σε κάθε πρόταση.

Το EAT-26 διακρίνεται όμως και σε υποκλίμακες που είναι οι εξής:

Η υποκλίμακα **«Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος»** ("Dieting") περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 και 25 του ερωτηματολόγιου. Αυτές σχετίζονται με την εικόνα σώματος, την έντονη επιθυμία για αδυνάτισμα και την τάση για αποφυγή «παχυντικών» τροφίμων

Η υποκλίμακα «**Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό**» ("Bulimia and food preoccupation" που περιλαμβάνει τις προτάσεις 3, 4, 9, 18, 21 και 26. Αυτές σχετίζονται ισχυρότερα με τη σχέση του ατόμου με το φαγητό και την έλλειψη αυτοελέγχου σε σχέση μ' αυτό.

Η υποκλίμακα «**Έλεγχος της κατανάλωσης φαγητού**» ("Oral control") περιλαμβάνει τις προτάσεις 2, 5, 13, 15, 19 και 20 που αφορούν τον αυτοέλεγχο ή και την αυτοεπιβολή περιορισμού ως προς την κατανάλωση φαγητού. Επίσης, φανερώνονται οι πιέσεις που δέχεται το άτομο από τον περίγυρο, σε σχέση με την εικόνα σώματός του (13. *Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατη/ος*) και την διαδικασία του φαγητού (20. *Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.*)

Κάθε υποκλίμακα έχει ειδικό βαθμολογία που προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας των προτάσεων που περιλαμβάνει η κάθε μία. Ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία στο EAT-26, δηλαδή εάν αυτή είναι μεγαλύτερη ή ίση με 20(κρίσιμη τιμή), διαπιστώνεται αν το άτομο έχει μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξει κάποια διατροφική διαταραχή.

Σημείωση: Το ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών (EAT-26) που χρησιμοποιήθηκε επισυνάπτεται στο παράρτημα.

2.2.2 Αξιολόγηση διαιτητικής πρόσληψης

Η καταγραφή της διαιτητικής πρόσληψης έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολόγιου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (Willett et al., 1985) Σ' αυτό περιλαμβάνονται όλες οι κατηγορίες τροφίμων καθώς και τα είδη που περιλαμβάνει η κάθε κατηγορία από τα οποία ορισμένα επιλέχθηκαν ως πιο σχετικά με το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας (υψηλή τάση για διατροφικές διαταραχές – επιλογές τροφίμων).

Το άτομο καλούνταν να τσεκάρει τη συχνότητα με την οποία καταναλώνει τα τελευταία 2 χρόνια ορισμένη ποσότητα από αυτά τα τρόφιμα. Οι πιθανές συχνότητες που μπορούσε να επιλέξει ήταν 6 ή περισσότερες φορές την ημέρα, 4-6 φορές την ημέρα, 2-3 φορές την ημέρα, 1 φορά την ημέρα, 5-6 και 2-4 φορές την εβδομάδα, 1 φορά την εβδομάδα, 1-3 φορές το μήνα και λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ. Η κατανάλωση σε κάθε μία από αυτές τις συχνότητες ανάχθηκε σε ημερήσια κατανάλωση.

Πιο συγκεκριμένα εκτιμήθηκαν από τα γαλακτοκομικά, μαζί το άπαχο και ημιάπαχο γάλα, το πλήρες γάλα, μαζί το άπαχο και ημιάπαχο γιαούρτι, το τυρί με λίγα λιπαρά και το σκληρό τυρί. Τα φρούτα υπολογίστηκαν από το άθροισμα των επιμέρους ειδών (π.χ. μπανάνες, πορτοκάλια) καθώς και από την αναγραφή της εβδομαδιαίας κατανάλωσης, η οποία ανάχθηκε επίσης σε ημερήσια. Υπολογίστηκε ακόμη, η συνολική κατανάλωση λαχανικών καθώς επίσης η κατανάλωση οσπρίων και κρέατος όπως κοτόπουλο, χοιρινό ή μοσχάρι και ψάρι ή θαλασσινά.

Επίσης, καταγράφηκε η κατανάλωση αλλαντικών, και μαζί τροφίμων που εντάσσονται στο «εύκολο» φαγητό δηλαδή, σουβλάκια, πίτσα, "Hamburger" και "Hot dog". Άλλα τρόφιμα ήταν το ψωμί άσπρο και μαύρο (ολικής άλεσης ή σικάλεως), τα δημητριακά πρωινού, τα ζυμαρικά και το ρύζι μαζί, οι πατάτες, οι πίτες σπιτικές ή αγοραστές καθώς επίσης γλυκά όπως το κέικ και τα μπισκότα μαζί, η σοκολάτα και οι πάστες ή τάρτες. Επιπλέον, καταγράφηκε η συχνότητα κατανάλωσης σε τρόφιμα όπως τα πατατάκια, οι τηγανητές πατάτες, το τηγανητό φαγητό, η ζάχαρη και τα τεχνητά γλυκαντικά. Εκτιμήθηκαν ακόμη ο καφές, ο χυμός

φρούτων, τα αναψυκτικά με ή χωρίς καφεΐνη, τα αναψυκτικά “light” και τα αλκοολούχα ποτά.

Επιπρόσθετα, απαντήθηκαν ερωτήσεις σε σχέση με την ποσότητα λίπους στο κρέας καταναλώνεται, καθώς και για το είδος λίπους που χρησιμοποιείται στη σαλάτα. Τέλος υπήρχαν ερωτήσεις για το αν το άτομο κάνει δίαιτα και αν παίρνει συμπληρώματα διατροφής.

Σημείωση: Δείγμα του ερωτηματολογίου επισυνάπτεται στο παράρτημα.

2.2.3. Αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών

Για την αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια.

1. **Το ερωτηματολόγιο άγχους και αυτοεκτίμησης** που διακρίνεται σε δύο μέρη. Το πρώτο «Άγχος1» περιλαμβάνει προτάσεις από το 1 έως το 20 και αφορά την κατάσταση του ατόμου τη συγκεκριμένη στιγμή που το συμπληρώνει και το δεύτερο «Άγχος2» περιέχει προτάσεις από το 21 έως το 40 και αφορά την κατάσταση του ατόμου γενικά. Το άτομο καλείται να σημειώσει σε ποιο βαθμό αισθάνεται αυτό που λέει η πρόταση κυκλώνοντας τον ανάλογο αριθμό.

ΚΑΘΟΛΟΥ	1
ΚΑΠΩΣ	2
ΜΕΤΡΙΑ	3
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4

Η βαθμολόγηση είναι ανάλογη του αριθμού της απάντησης δηλαδή αν σε μία ερώτηση κυκλωθεί το 3 η βαθμολογία θα είναι 3. Εξαιρούνται οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39 στις οποίες η βαθμολόγηση είναι αντίστροφη.

	Απάντηση	Βαθμολογία
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	4
ΚΑΠΩΣ	2	3
ΜΕΤΡΙΑ	3	2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4	1

Το άθροισμα της βαθμολογίας στις ερωτήσεις 1 έως 20 δίνει το βαθμολογία στο «Άγχος1» και το άθροισμα στις ερωτήσεις 21 έως 40 το βαθμολογία για το «Άγχος2». Το συνολικό άθροισμα των βαθμολογιών σε όλες τις ερωτήσεις ή το άθροισμα των βαθμολογία του «Άγχος1» και του «Άγχος2» δίνει το συνολικό βαθμολογία.

Οι ερωτήσεις αυτές φανερώνουν το επίπεδο άγχους και αυτοεκτίμησης και όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία σε κάθε ερώτηση και συνολικά υποδηλώνεται χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και υψηλότερο άγχος.

2. **Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης** περιλαμβάνει 52 προτάσεις και καλείται το άτομο να σημειώσει το «Σωστό» ή το «Λάθος» ανάλογα με το αν η πρόταση αντιστοιχεί ή όχι στη σημερινή του κατάσταση.

Οι προτάσεις σχετίζονται με διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις σχετικές με την κατάθλιψη όπως η θλίψη, ο φόβος, η απογοήτευση, οι ενοχές, το αίσθημα της κόπωσης, η νευρικότητα καθώς επίσης η όρεξη και η ικανότητα λειτουργίας και δράσης σε νοητικό και σωματικό επίπεδο. Επίσης, αποτυπώνεται η σχέση του ατόμου με τον εαυτό του δηλαδή, ο βαθμός αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης ή απογοήτευσης από τον εαυτό του που σχετίζεται για παράδειγμα με το αίσθημα αναποτελεσματικότητας. Εκφράζεται ακόμη ο βαθμός ικανοποίησης ή όχι του ατόμου από τη ζωή του. Έτσι μπορούν να ανιχνευτούν καταθλιπτικές τάσεις και γενικότερα χαρακτηριστικά επιβαρημένης συναισθηματικής-ψυχολογικής κατάστασης. Στενά συνδεδεμένη με τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι και η «σωματοποίηση» που αποτελεί τον αντίκτυπο των ψυχολογικών προβλημάτων στο σώμα (π.χ. πόνοι στη μέση, δυσκοιλιότητα, αίσθηση βάρους στο σώμα και τα πόδια, αυξημένοι καρδιακοί παλμοί).

Η βαθμολόγηση γίνεται βάζοντας 1 σε κάθε πρόταση που σημειώνεται ως σωστή. Το σύνολο των απαντήσεων «Σωστό» δίνει το συνολικό βαθμολογία. Τα «Λάθος» δεν λαμβάνονται υπόψη. Επειδή όλες οι προτάσεις εκφράζουν αρνητική συναισθηματική κατάσταση είναι προφανές ότι όσο μεγαλύτερο είναι το βαθμολογία φανερώνεται υψηλότερη τάση για κατάθλιψη.

3. **Το ερωτηματολόγιο επίλυσης προβλημάτων** περιλαμβάνει 32 προτάσεις-τρόπους αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων και ζητείται από το άτομο να σημειώσει το βαθμό που είναι σύμφωνος ή ασύμφωνος μ' αυτές ανάλογα με το πόσο ανταποκρίνονται στον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει τα προσωπικά του προβλήματα.

Εντελώς σύμφωνος	1
Μέτρια σύμφωνος	2
Ελαφρά σύμφωνος	3
Ελαφρά ασύμφωνος	4
Μέτρια ασύμφωνος	5
Εντελώς ασύμφωνος	6

Το ερωτηματολόγιο διακρίνεται σε τρεις υποκλίμακες:

1. «Αυτοπεποίθηση επίλυσης προβλημάτων» ("problem solving confidence") που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 5, 9, 10, 11, 18, 21, 22, 25, 30, 31 και 32. Από αυτές φανερώνεται η ύπαρξη ή όχι αυτοπεποίθησης ως προς την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων που εμφανίζονται στη ζωή του ατόμου.
2. «Αποφυγή προσέγγισης» ("approach avoidance style") που αποτελείται από τις προτάσεις 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 26, 27 και 28. Αυτές σχετίζονται με την τάση ορισμένων ανθρώπων να αποφεύγουν την ενασχόληση με τα προβλήματά τους ή να τα αντιμετωπίζουν με επιπόλαιο τρόπο καθώς και με την αντίθετη τάση για ουσιαστική και μεθοδική επίλυσή τους.
3. «Αυτοέλεγχος» ("personal control") που περιλαμβάνει τις προτάσεις 3, 13, 23, 24 και 29. Αυτή η υποκλίμακα φανερώνει την ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τον εαυτό του σε σχέση με την επίλυση προβλημάτων δηλαδή, αν είναι για παράδειγμα, σταθερός ή αναποφάσιστος, αν το συναίσθημα κυριαρχεί και δεν επιτρέπει ουσιαστική επίλυση.

Η βαθμολόγηση γίνεται ως εξής: ο βαθμός σε κάθε πρόταση ισούται με τον αριθμό που κυκλώνεται ως απάντηση. Δηλαδή, αν σε μία πρόταση έχει απαντηθεί το 4 (Ελαφρά σύμφωνος) τότε ο βαθμός που μπαίνει σ' αυτή την πρόταση είναι 4. Εξαιρούνται οι εξής προτάσεις: 1, 2, 3, 4, 10, 12, 13, 14, 16, 20, 23, 24, 27, 29 και 31 στις οποίες η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα.

	Απάντηση	Βαθμολογία
Εντελώς σύμφωνος	1	6
Μέτρια σύμφωνος	2	5
Ελαφρά σύμφωνος	3	4
Ελαφρά ασύμφωνος	4	3
Μέτρια ασύμφωνος	5	2
Εντελώς ασύμφωνος	6	1

Από το άθροισμα των βαθμών προκύπτουν τα βαθμολογία στις υποκλίμακες καθώς και το συνολικό. Όσο μεγαλύτερος είναι βαθμός κάθε πρότασης, η βαθμολογία στις υποκλίμακες και η συνολική, είναι περισσότερο λανθασμένος ο τρόπος που το άτομο αντιμετωπίζει τα προβλήματά του.

Σημείωση: Τα ψυχομετρικά ερωτηματολόγια επισυνάπτονται στο παρά-ρτημα

2.3. Στατιστική επεξεργασία

Για τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων που συλλέχθηκαν με τα παραπάνω εργαλεία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Αρχικά ελέγχθηκε η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διατροφικών συνηθειών, EAT-26 από τη δεύτερη συμπλήρωση σε σχέση με την πρώτη με το "paired samples t- test".

Ακολούθως, έγινε σύγκριση της ομάδας φοιτητών με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, βαθμολογία στο

ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών μεγαλύτρη του 20 (EAT>20) με την ομάδα ελέγχου που περιλαμβάνει φοιτητές με χαμηλή τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (EAT<10) σε σχέση με το BMI, τα βαθμολογία στα ψυχομετρικά τεστ και στις υποκλίμακές τους και την κατανάλωση ορισμένων τροφίμων. Η σύγκριση έγινε με την εύρεση των μέσων τιμών αυτών των παραμέτρων στα δύο ανεξάρτητα δείγματα (ομάδες) και την σύγκρισή τους (έλεγχος υπόθεσης διαφοράς των μέσων) με βάση το "Independent Samples t-test". Χρησιμοποιήθηκε η κατανομή t εξαιτίας του μικρού μεγέθους των δειγμάτων. Η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς εκτιμήθηκε με την p-value (απόρριψη ή μη της υπόθεσης ισότητας των μέσων).

Επίσης, συγκρίθηκαν τα δύο δείγματα και ως προς ποιοτικές μεταβλητές σε σχέση δηλαδή, με την ενασχόληση με δίαιτες, την χρησιμοποίηση συμπληρωμάτων διατροφής, το είδος λίπους που χρησιμοποιείται και το μέρος αυτού που καταναλώνεται από το κρέας. Συγκεκριμένα, έγινε έλεγχος ανεξαρτησίας με το τεστ X^2. Διερευνήθηκε λοιπόν μ΄αυτόν τον τρόπο, αν τα παραπάνω δεδομένα και η τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (EAT>20 ή EAT<10) είναι ανεξάρτητοι παράγοντες.

Ακόμη, έγινε σύγκριση των δύο φύλων ως προς το BMI, το βαθμολογία στο EAT και τις υποκλίμακές του, τα βαθμολογία στα ψυχομετρικά τεστ και τις υποκλίμακές τους. Χρησιμοποήθηκε "Independent Samples t-test" για την σύγκριση των μέσων.

Επίσης, έγινε σύγκριση μέσων με στατιστική ανάλυση ANOVA ως προς το BMI και το συνολικό βαθμολογία στο EAT ανάμεσα στους φοιτητές κάθε τμήματος Διαιτολογίας, Οικιακής Οικονομίας και Γεωγραφίας.

Τέλος έγινε λογιστική παλινδρόμηση ("logistic regression") για να διερευνηθεί αν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την τάση για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (EAT>20: υψηλή τάση, EAT<10: χαμηλή τάση) που είναι ποιοτική μη συνεχής μεταβλητή.

3. Αποτελέσματα

3.1 Αποτελέσματα αξιολόγησης διαιτητικής συμπεριφοράς

Από τους 165 φοιτητές-τριες που δόθηκε αρχικά το ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών, EAT-26, 37 είχαν βαθμολογία<6 (22,4%) και 32 βαθμολογία>20 (19,4%). Από τις 136 φοιτήτριες, 27 είχαν βαθμολογία <6 (19,9%) και 30 βαθμολογία〈20 (22%). Από τους 29 φοιτητές 10 είχαν βαθμολογία <6(34,5%) και 2 βαθμολογία>20 (6,9%). Τα υπόλοιπα άτομα είχαν ενδιάμεσο βαθμολογία >6 και <20.

Διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα από τα άτομα που είχαν επιλεχθεί ως δείγμα, στη δεύτερη συμπλήρωση (31/1/03) του ερωτηματολογίου EAT-26 εμφάνισαν διαφορά στο βαθμολογία σε σχέση με την πρώτη. Ωστόσο, οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ούτε ως προς το συνολικό βαθμολογία ούτε ως προς το βαθμολογία στις υποκλίμακές του EAT-26. Εντούτοις, ελήφθησαν υπόψη στο βαθμό που επηρέαζαν την πλήρωση των προϋποθέσεων για την κατάταξη των ατόμων στις δύο ομάδες, υψηλού και χαμηλού κινδύνου για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Απαιτείται να σημειωθεί ότι 11 από τα 32 άτομα που με την πρώτη συμπλήρωση κατατάχθηκαν στην ομάδα ελέγχου με κριτήριο βαθμολογία στο EAT-26 μικρότερο ή του 6, μετά τη δεύτερη συμπλήρωση είχαν μεγαλύτερο βαθμολογία. Το όριο ένταξης στην ομάδα ελέγχου τροποποιήθηκε ώστε να περιλαμβάνονται τα άτομα με βαθμολογία στο EAT-26<10. Οπότε τα περισσότερα άτομα (9) παρέμειναν στην ομάδα ελέγχου, ενώ 2 άτομα που είχαν βαθμολογία στο EAT>10 απορρίφθηκαν. Το κριτήριο για την κατάταξη στη ομάδα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών παρέμεινε υποχρεωτικά το ίδιο δηλαδή βαθμολογία στο EAT-26〈20. Είναι αξιοσημείωτο ότι από τα 30 άτομα που αρχικά εμφάνισαν βαθμολογία στο EAT>20 στη δεύτερη συμπλήρωση παρέμειναν στην ίδια ομάδα μόνο 17. Από τα υπόλοιπα άτομα, τα 11 εμφάνισαν βαθμολογία στο EAT ανάμεσα στο 10 και το 20 οπότε απορρίφθηκαν και όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, 2 φοιτητές εμφάνισαν βαθμολογία <10 οπότε εντάχθηκαν στην ομάδα ελέγχου.

Πίνακας 1. Κατανομή των ατόμων (που επιλέχθηκαν μετά τη δεύτερη συμπλήρωση) στις δύο ομάδες μετά την πρώτη και μετά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου *EAT-26.

		Δεύτερη συμπλήρωση		Σύνολο
		EAT<10	EAT>20	
Πρώτη Συμπλήρωση	EAT<6	30		30
	EAT>20	2	17	19
Σύνολο		32	17	49

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι τελικά χρησιμοποιήθηκαν για να γίνει η σύγκριση και η συσχέτιση με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τις επιλογές τροφίμων 49 άτομα, 17 άτομα με EAT>20 και 32 με EAT<10 ως ομάδα ελέγχου.

3.2 Αποτέλεσμα στατιστικής σύγκρισης των ομάδων του δείγματος ως προς BMI (δείκτη μάζας σώματος)

Πίνακας 2. Μέση τιμή του BMI στις δύο ομάδες και σύγκρισή τους

	*EAT>20 N=17		EAT<10 N=32		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	P value
BMI	23,1075	3,6182	21,3572	2,85	0,069

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Από τα δεδομένα του πίνακα φαίνεται ότι το BMI στα άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είναι μεγαλύτερο από των ατόμων με μειωμένο κίνδυνο, με οριακή στατιστική σημαντικότητα.

3.3 Αποτελέσματα στατιστικής σύγκρισης των ομάδων του δείγματος ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Αρχικά απαιτείται να σημειωθεί, ότι έγινε τεστ για το αν είναι κανονική η κατανομή των τιμών των ψυχομετρικών μεταβλητών κατά Kolmogov-Smirnov και βρέθηκε ότι οι τιμές ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Από την στατιστική σύγκριση των ατόμων της ομάδας με EAT<10 και της ομάδας με EAT>20 ως προς τις επιδόσεις τους στα ψυχολογικά τεστ προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα (πίνακας 3)

Πίνακας 3. Μέσες τιμές των επιδόσεων των δύο ομάδων στα ψυχομετρικά τεστ και σύγκρισή τους

	*EAT>20 N=17		EAT<10 N=32		
	Μέση τιμή	**SD**	**Μέση τιμή**	**SD**	**P value**
Άγχος1	50,76	11,59	44,28	9,71	0,043
Άγχος2	47,18	10,92	39,72	8,34	0,01
Άγχος Σύνολο	97,94	20,84	84	16,17	0,013
Επίλυση προβλημάτων1	28,59	9,22	28,20	8,85	0,887
Επίλυση προβλημάτων2	48,29	8,33	45,2	10.9	0,317
Επίλυση προβλημάτων3	18,76	4,16	15,83	4,84	0,042
Επίλυση προβλημάτων Σύνολο	95,65	18,17	89,23	18,21	0,252
Κατάθλιψη	16	11,91	9,06	7,08	0,0014

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Στον παραπάνω πίνακα Φαίνεται, ότι οι δύο ομάδες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό άγχος καθώς και στις δύο υποκλίμακες του άγχους. Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει στην υποκλίμακα 3 του ερωτηματολόγιου για την επίλυση προβλημάτων και ιδιαίτερα έντονη σε σχέση με το βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη. Οι φοιτητές με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισαν μεγαλύτερο βαθμολογία στα παραπάνω ψυχομετρικά τεστ. Από τη σύγκριση των δύο ομάδων ως προς το συνολικό βαθμολογία και τα βαθμολογία στις υποκλίμακες 1 και 2 του τεστ για την αντιμετώπιση προβλημάτων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά.

3.4 Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Με τη βοήθεια της λογιστικής παλινδρόμησης εξετάστηκε αν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά (τουλάχιστον ένα από αυτά) επηρεάζουν την τάση για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (μικρή ή μεγάλη). Προέκυψε ότι η ερμηνευτική ικανότητα της παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντική ως προς τις εξής μεταβλητές: κατάθλιψη (p=0,017), άγχος1(p=0,05), άγχος2(p=0,018), συνολικό άγχος (p=0,019), και στην υποκλίμακα 3 του ερωτηματολογίου για την επίλυση προβλημάτων (p=0,041). Τις τιμές των μεταβλητών αυτών αποτελούν τα βαθμολογία στα αντίστοιχα τεστ. Αντίθετα, βρέθηκε ότι η τάση για διατροφικές διαταραχές δεν επηρεάζεται από το βαθμολογία στις υποκλίμακες 1, 2 του ερωτηματολογίου για την επίλυση προβλημάτων και το συνολικό βαθμολογία του. Στη συνέχεια όταν έγινε στατιστικός έλεγχος ως προς την επίδραση της κατάθλιψης οι άλλοι παράγοντες έπαψαν να επηρεάζουν την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

3.5 Αποτελέσματα στατιστικής σύγκρισης των ομάδων του δείγματος ως προς τις επιλογές τροφίμων.

Με βάση τα στοιχεία από το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: μέσες τιμές και σύγκριση τους με βάση το Independent Samples T-test.

Πίνακας 4. Μέσοι όροι ημερήσιας πρόσληψης τροφίμων (**αριθμού μερίδων**) και σύγκριση των ομάδων.

	*EAT>20 N=17		EAT<10 N=32		
	Μέση τιμή	**SD**	**Μέση τιμή**	**SD**	**P value**
Γάλα με μειω-μένα λιπαρά (1 φλιτζάνι)	1,056	1,507	0,561	1,294	0,24
Γάλα πλήρες (1 φλιτζάνι)	0,422	0,847	1,051	1,122	0,049
Γιαούρτι με μει-ωμένα λιπαρά (1 κεσεδάκι)	0,39	0,658	0,213	0,524	0,308
Γιαούρτι πλήρες (1 κεσεδάκι)	0,077	0,239	0,238	0,281	0,041
Τυρί με λίγα Λιπαρά (30 γρ.)	0,55	0,8	0,28	0,52	0,167
Τυρί σκληρό (30γρ.)	0,7	0.91	0,55	0,61	0,499
Φρούτα[1] (1)	1,538	1,303	1,143	0,794	0,193
Φρούτα[2] (1)	0,984	0,531	0.861	1,027	0,655
Χυμός(1 ποτήρι)	0,5	0,38	0,454	0,323	0,666
Λαχανικά (½ φλιτζάνι)	1,566	1,19	1,62	1,05	0,872
Όσπρια (1/2 φλιτζάνι)	0,234	0,278	0,191	0,181	0,514
Κοτόπουλο (90γρ.)	0,364	0,276	0,235	0,2	0,066
Μοσχάρι ή **Χοιρινό** (90 γρ.)	0,26	0,275	0,253	0,218	0,934

	EAT>20 N=17		EAT<10 N=32		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	P value
Φαγητό έξω[3] (1)	0,377	0,458	0,504	0,652	0,479
Αλλαντικά (1 φέτα ή 1 κομμάτι)	0,298	0,257	0,339	0,477	0,744
Ψάρι ή Θαλασσινά (90γρ.)	0,104	0,095	0,148	0,148	0,274
Ψωμί άσπρο (1 φέτα)	0,967	1,072	2,067	1,914	0,013
Ψωμί μαύρο [4] (1 φέτα)	0,52	0,812	0,177	0,289	0,108
Δημητριακά πρωινού (1/2 φλιτζάνι)	0,42	0,418	0,361	0,538	0,697
Ζυμαρικά και Ρύζι (1/2 φλιτζ.)	0,426	0,271	0,593	0,41	0,096
Πατάτες [5] (1μέτρια) ή Πουρέ (½ φλιτζ.)	0,2	0,168	0,506	0,883	0,18
Πατάτες τηγα-νητές (1 μερίδα)	0,133	0,124	0,322	0,288	0,003
Πίτες (1 κομμάτι)	0,142	0,123	0,253	0,209	0,024

Κέικ-μπισκότα 1τεμάχιο (1φέτα/1 μέτριο)	0,487	0,642	0,57	0,734	0,697
Σοκολάτα (45 γρ.)	0,302	0,34	0,653	0,597	0,031
Πάστες, τάρτες (1 κομμάτι)	0,117	0,16	0,191	0,302	0,362
Πατατάκια (35γρ.)	0,073	0,14	0,185	0,279	0,066
Τηγανητό φαγητό(1 μερίδα)	0,155	0,206	0,274	0,223	0,075
Ζάχαρη (1κ.γλ.)	0,38	0,669	0,773	1,099	0,185
Τεχνητά γλυκαντικά	0,472	1,312	0,075	0,192	0,232
	EAT>20 N=17		EAT<10 N=32		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	P value
Καφές (1 φλιτζ.)	1,18	1,461	0,698	1,23	0,227
Αναψυκτικά (1 ποτήρι)	0,547	1,435	0,655	1,269	0,788
Αναψυκτικά Light (1 ποτήρι)	0,523	1,444	0,096	0,31	0,246
Αλκοολούχα Ποτά (1μερίδα)	0,188	0,234	0,473	1,214	0,344

* EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

1. Υπολογίστηκε με βάση το άθροισμα της ημερήσιας πρόσληψης για κάθε είδος φρούτου (π.χ. πορτοκάλια, μπανάνες)
2. Προέκυψε από αναγωγή σε ημερήσια κατανάλωση της εκτίμησης του αριθμού φρούτων που καταναλώνονται σε μία εβδομάδα.
3. Το φαγητό έξω περιλαμβάνει τα σουβλάκια, τα χάμπουργκερ, τα Hot dogs και τις πίτσες.
4. Μαύρο ψωμί θεωρείται το σικάλεως ή το ολικής αλέσεως.
5. Οι πατάτες αναγράφεται στο ερωτηματολόγιο ότι είναι βραστές ή ψητές.

Όπως φαίνεται στον πίνακα (4) οι δύο ομάδες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την κατανάλωση ορισμένων από τα τρόφιμα που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο. Αυτά είναι το πλήρες γάλα, το πλήρες γιαούρτι, το άσπρο ψωμί, οι πίτες, οι τηγανητές πατάτες και η σοκολάτα τα οποία καταναλώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα άτομα με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (ΕΑΤ<10) σε σχέση με τα άτομα με αυξημένο κίνδυνο (ΕΑΤ>20). Επίσης, οριακή στατιστική σημαντικότητα (στατιστική σημαντικότητα με $p<0,1$) είχαν οι διαφορές στην κατανάλωση σε πατατάκια, τηγανητό φαγητό, ζυμαρικά και ρύζι η οποία εμφανίστηκε μεγαλύτερη στα άτομα με ΕΑΤ<10. Αντίθετα τα άτομα με ΕΑΤ>20 καταναλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό κοτόπουλο και η διαφορά αυτή παρουσιάζει οριακή στατιστική σημαντικότητα (στατιστική σημαντικότητα με $p<0,1$). Τέλος, φαίνεται μια τάση μεγαλύτερης κατανάλωσης μαύρου ψωμιού από τα άτομα με ΕΑΤ>20.

Από την κατανομή των τροφίμων κατά σειρά κατανάλωσης προκύπτει ότι τα άτομα με ΕΑΤ〈20 καταναλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι κατά φθίνουσα σειρά τα φρούτα, τα λαχανικά το γάλα με λίγα λιπαρά ή άπαχο, ο καφές, το άσπρο ψωμί, το σκληρό τυρί και με λίγα λιπαρά, τα αναψυκτικά κανονικά και light, το μαύρο ψωμί, οι χυμοί, το κέικ και τα μπισκότα, τα τεχνητά γλυκαντικά και τα ζυμαρικά. Ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται τρόφιμα όπως τα πατατάκια, το πλήρες γιαούρτι, το ψάρι, οι πάστες και οι τηγανητές πατάτες. Η κατηγορία κρέατος που καταναλώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό είναι το κοτόπουλο, ακολουθεί το κόκκινο κρέας και τελευταίο είναι το ψάρι.

3.6 Αποτελέσματα συσχέτισης με άλλους παράγοντες (ενασχόληση με δίαιτες, χρήση συμπληρωμάτων, κατανάλωση λίπους κρέατος, είδος λίπους στη σαλάτα)

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατανομή των ατόμων του δείγματος ανάλογα με την θετική ή αρνητική απάντηση στο ερώτημα «Ακολουθείς κάποια δίαιτα αυτό τον καιρό;»

Πίνακας 5. Κατάταξη μελών ομάδων με βάση την ενασχόληση με δίαιτες

Βαθμός στο EAT*	ΔΙΑΙΤΑ		Σύνολο
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
EAT<10	1	31	32
EAT>20	7	10	17
Σύνολο	8	41	49

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Είναι φανερό ότι τα άτομα με αυξημένη τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (EAT>20) ασχολούνται πολύ περισσότερο με δίαιτες (40% αυτών) απ' ότι τα άτομα με χαμηλό κίνδυνο (EAT<10) (3% αυτών). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική, όπως έδειξε η σύγκριση των μεσων με το κριτήριο X^2 ($p<0,001$). Επομένως, είναι πολύ ισχυρή η απόρριψη της υπόθεσης ότι το να ακολουθείται δίαιτα και η τάση για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής (EAT>20 ή EAT<10) είναι ανεξάρτητοι παράγοντες.

Επίσης, από τη λογιστική παλινδρόμηση που έγινε προέκυψε ότι η ενασχόληση με δίαιτες επηρεάζει σημαντικά ($p<0,001$) την τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Πίνακας 6. Κατάταξη μελών ομάδων με βάση τη χρήση συμπληρωμάτων

	Συμπληρώματα διατροφής		Σύνολο
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
EAT<10	5	27	32
EAT>20	3	14	17
Σύνολο	8	41	49

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Φαίνεται στον πίνακα ότι οι περισσότεροι φοιτητές του συνολικού δείγματος (83,6%) δεν χρησιμοποιούν συμπληρώματα. Από την σύγκριση των μέσων τιμών της κατανάλωσης ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση των δύο παραγόντων.

Πίνακας 7. Κατάταξη μελών ομάδων με βάση τη κατανάλωση λίπους κρέατος

	Λίπος κρέατος			Σύνολο
	περισσότερο	κάποιο	ελάχιστο	
EAT<10	8	10	14	32
EAT〈20	1	2	14	17
Σύνολο	9	12	28	49
P-value	0,033			

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Παρατηρείται στον πίνακα 7 ότι το περισσότερο λίπος καταναλώνεται από το 25% των ατόμων με EAT<10 ενώ μόλις από το 6% των ατόμων με EAT>20. Παρόμοια, δήλωσαν ότι τρώνε κάποιο από το λίπος του κρέατος, 31% των φοιτητών με EAT<10 και 12% των φοιτητών με EAT>20. Αντίθετα, ελάχιστο από το λίπος καταναλώνει το 44% των ατόμων με EAT<10 και το 82% των ατόμων με EAT>20. Από τη σύγκριση των μέσων με το κριτήριο X^2 φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή εξάρτηση ανάμεσα στην τάση για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής (EAT>20 ή EAT<10) και στην ποσότητα λίπους του κρέατος που καταναλώνεται ($p<0,05$).

Πίνακας 8. Κατάταξη μελών ομάδων με βάση το λίπος στη σαλάτα

	Λίπος που χρησιμοποιείται στη σαλάτα				Σύνολο
	ελαιόλαδο	σπορέλαιο	Dressing – μαγιονέζα	κανένα	
*EAT<10	29	1	1	1	32

EAT>20	16			1	17
Σύνολο	45	1	1	2	49
P-value	0,733				

*EAT(Eating Attitudes Test, Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων του συνολικού δείγματος (92%) χρησιμοποιούν ελαιόλαδο στη σαλάτα. Δεν εμφανίζεται διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (καμία στατιστική σημαντικότητα εξάρτησης μεταξύ των παραγόντων).

Επίσης, διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφοράς στο BMI, το EAT-26 και τα ψυχομετρικά βαθμολογία ανάλογα με το φύλο. Το BMI προέκυψε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο στους φοιτητές σε σχέση με τις φοιτήτριες ($p<0,001$). Και στα δύο φύλα η μέση τιμή του BMI ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Το συνολικό βαθμολογία στο EAT-26 ($p<0,001$) και το βαθμολογία στην υποκλίμακα ενασχόλησης με δίαιτες (Dieting scale) ($p<0,001$) είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο στις φοιτήτριες, ενώ στις δύο άλλες υποκλίμακες του EAT-26 δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Επιπλέον, στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε στα βαθμολογία στο Άγχος 1($p<0,05$), στο συνολικό Άγχος ($p=0,05$) και στο ερωτηματολόγιο για την επίλυση προβλημάτων μόνο στην υποκλίμακα 3 ($p<0,05$), καθώς επίσης στο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της κατάθλιψης ($p<0,05$). Οι φοιτήτριες είχαν μεγαλύτερο βαθμολογία από τους φοιτητές.

Τέλος, έγινε διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς στο BMI και το συνολικό βαθμολογία στο EAT-26 ανάλογα με το τμήμα Διαιτολογίας, Οικιακής Οικονομίας ή Γεωγραφίας στο οποίο φοιτούν τα άτομα του δείγματος. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά.

4. Συζήτηση

Σκοπός αυτής της πτυχιακής μελέτης ήταν πρωταρχικά, να διερευνηθεί η σχέση της τάσης για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, με το ψυχολογικό προφίλ των φοιτητών και φοιτητριών που χρησιμοποιήθηκαν ως δείγμα. Ειδικότερα, έγινε σύγκριση των δύο ομάδων, υψηλού και χαμηλού κινδύνου ως προς την ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής, σε σχέση με ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως είναι το άγχος, η ψυχολογική διάθεση και η γενικότερη συναισθηματική κατάσταση, καθώς επίσης ο τρόπος αντιμετώπισης διαφόρων καταστάσεων και επίλυσης προβλημάτων. Στη συνέχεια, με την βοήθεια της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) προέκυψε ότι αυτά τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διαφέρουν στις δύο ομάδες, επιπλέον επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση ή όχι διατροφικών διαταραχών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, δηλαδή το ότι υπάρχει συσχέτιση των προβλημάτων διαιτητικής συμπεριφοράς με ψυχολογικούς παράγοντες.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα υψηλού κινδύνου είχαν περισσότερο συνολικό **άγχος** και ασθενέστερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα άτομα χαμηλού κινδύνου. Ειδικότερα, εμφάνισαν υψηλότερο άγχος και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση τόσο κατά την παρούσα στιγμή συμπλήρωσης του τεστ όσο και γενικότερα στη ζωή τους. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το άγχος μπορεί να επηρεάσει την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Υψηλό άγχος έχει βρεθεί σε άτομα με διατροφικές διαταραχές από πολλούς ερευνητές, όπως οι Goldner et al. (1999), οι Hurt et al. (1997) και ειδικά σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία, οι Casper et al.(1998) και την ψυχογενή βουλιμία οι Van der Ham et al.(1998) και τις υποκλινικές-"Dieting" οι Davis et al.(1993).

Επίσης, πολλοί ερευνητές έχουν βρει συσχέτιση της εμφάνισης διατροφικών διαταραχών με την ύπαρξη χαμηλής αυτοεκτίμησης όπως οι Van der Ham et al. (1998). Ειδικά έχει γίνει συσχέτιση με την ψυχογενή ανορεξία από τους Fairburn και συν (1998), με την ψυχογενή βουλιμία από τους Corcos et al. (2000) και Fairburn και συν (1995) ενώ ειδικά με τις υποκλινικές-"Dieting" από τους Ackard et al. (2002).

Ακόμη, βρέθηκε ότι τα άτομα υψηλού κινδύνου εμφάνισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό, καταθλιπτική συναισθηματική κατάσταση. Προέκυψε ότι εμφανίζουν εντονότερα, αρνητικά αισθήματα όπως είναι η **θλίψη, ο φόβος, η απογοήτευση, οι ενοχές, το αίσθημα της κόπωσης** και **η νευρικότητα**. Επίσης, παρουσιάζουν μειωμένη όρεξη για δραστηριοποίηση και ζωή. Νιώθουν πιο έντονα το αίσθημα της **αναποτελεσματικότητας** και της χαμηλής αυτοπεποίθησης. Επομένως, εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό **καταθλιπτικές τάσεις** και γενικότερα χαρακτηριστικά επιβαρημένης συναισθηματικής – ψυχολογικής κατάστασης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της τάσης για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι το ψυχολογικό χαρακτηριστικό που έχει συσχετιστεί περισσότερο με την εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Πλήθος ερευνητών έχουν διαπιστώσει αυξημένη κατάθλιψη σε άτομα με κλινικές και υποκλινικές διατροφικές διαταραχές καθώς και συσχέτιση των δύο παραγόντων, όπως οι Van der Ham et al.(1998), οι Graber et al.(2001), οι Ackard et al.(2002), οι Goldner et al. (1999) και οι Davis et al.(1998). Ακόμη, οι Casper και οι συν.(1998), οι Hurt et al.(1997) και οι Moore et al.(2000) ειδικά για την ψυχογενή ανορεξία, οι McLaren et al.(2001) και ο Logue (1991) για την ψυχογενή βουλιμία καθώς επίσης οι Napolitano et al.(2001), οι Womble et al.(2001), οι Ramacciotti et al.(2000) και οι Vogele et al. (1997) ειδικά για την αδηφαγία.

Υπάρχει έντονη ερευνητική δραστηριότητα σε σχέση με την διερεύνηση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών. Δεν είναι ακόμη απόλυτα επιστημονικά τεκμηριωμένο, ότι η ύπαρξη κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, καθώς έχει υποστηριχθεί και η αντίστροφη αιτιολογική σχέση ιδιαίτερα για την ψυχογενή ανορεξία (Logue 1991).

Επίσης, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το ότι, στην παρούσα έρευνα, όταν έγινε στατιστικός έλεγχος ως προς την επίδραση της κατάθλιψης, οι άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες έπαψαν να επηρεάζουν την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Την ίδια διαπίστωση έκαναν στην έρευνά τους οι Kearney et al. (1998). Είναι επομένως φανερό ότι η ύπαρξη κατάθλιψης επηρεάζει την εκδήλωση άλλων ψυχολογικών

χαρακτηριστικών και υπερκαλύπτει την επίδρασή τους στην εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Γενικότερα, τη σχέση των διατροφικών διαταραχών με τις διαταραχές διάθεσης και την αρνητική συναισθηματική κατάσταση διαπίστωσαν και άλλοι ερευνητές όπως οι Kearney et al.(1998), οι Friedman et al.(1998), οι Napolitano et al.(2001) και οι Waters et al.(1998). Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο ρόλο που παίζει όχι μόνο η ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων όπως η θλίψη και ο θυμός αλλά κυρίως η μη έκφρασή τους (Martin et al. 2000, Geller et al. 2000) καθώς και η δυσκολία προσδιορισμού τους (Taylor et al. 1996).

Επίσης, κάποια χαρακτηριστικά που η εκτίμησή τους εμπεριέχεται στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης έχουν συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές από ερευνητές. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε από τους Friedman et al. (1998) ότι το αίσθημα της ενοχής είναι πιο έντονο σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία Ακόμη, οι Fairburn και συν (1998), οι Friedman et al.(1998), οι Van der Ham et al.(1998) και οι Ackard et al.(2002) διαπίστωσαν συσχέτιση με το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας. Στη βιβλιογραφία έχει εξεταστεί και ο ρόλος της νευρωτικότητας (Van der Ham et al.1998, Davis et al. 1993). Τέλος και ο Μωρογιάννης (2000) κατέληξε στη διαπίστωση ότι σε άτομα με υψηλή τάση για διατροφικές διαταραχές (και ειδικά με βουλιμικά συμπτώματα) είναι αυξημένη και η «σωματοποίηση» (αντίκτυπος ψυχολογικών προβλημάτων στο σώμα).

Οι φοιτητές-τριες με μεγαλύτερη τάση για εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής είχαν μεγαλύτερο βαθμολογία και στην υποκλίμακα 3 του ερωτηματολόγιου για την επίλυση προβλημάτων, δηλαδή εμφάνισαν μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου σε σχέση με την επίλυση των προβλημάτων τους. Αυτό μπορεί να σημαίνει **έλλειψη σταθερότητας** ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων, **μειωμένη επιμονή,** ή κυριαρχία του «συναισθήματος» με αποτέλεσμα οι αποφάσεις να καθορίζονται κυρίως από αυτό. Επίσης, τη μειωμένη επιμονή εντόπισαν ως χαρακτηριστικό των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία οι Bulik et al. (2000), οι Geller et al.(2000) αλλά και γενικότερα οι Martin et al. (2000).

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είχαν οριακά μεγαλύτερο

δείκτη μάζας σώματος (BMI) σε σχέση με τους φοιτητές χαμηλού κινδύνου, αλλά και στις δύο ομάδες η μέση τιμή ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία, από την ανασκόπηση της οποίας φάνηκε ότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν έντονη ενασχόληση με το βάρος τους, έχουν φυσιολογικό βάρος (Wong et al. 1999).

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν και η διερεύνηση των διαφορών ως προς την κατανάλωση διαφόρων τροφίμων ανάμεσα στα άτομα με υψηλό και στα άτομα με χαμηλό ρίσκο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Προέκυψε ότι οι φοιτητές με υψηλό ρίσκο κατανάλωναν σε μικρότερο βαθμό πλήρες γάλα, πλήρες γιαούρτι, άσπρο ψωμί, πίτες, τηγανητές πατάτες και σοκολάτα. Επίσης, οριακά μικρότερη εμφανίστηκε η κατανάλωση σε πατατάκια, τηγανητό φαγητό, ζυμαρικά και ρύζι. Αντίθετα οι φοιτητές αυτοί φαίνεται ότι καταναλώνουν σε οριακά μεγαλύτερο βαθμό κοτόπουλο.

Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζουν αρκετές διαφορές σε σχέση με αυτά της έρευνας των Wong et al. (1999) οι οποίοι βρήκαν ότι άτομα που ήταν δυσαρεστημένα με το σώμα τους και είχαν έντονη ενασχόληση με δίαιτες (άρα και κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών) κατανάλωναν μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος στο οποίο όμως δεν έγινε διάκριση σε πλήρες και σε γάλα με λιγότερα λιπαρά. Πάντως το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας είναι λογικό και αναμενόμενο, καθώς τα άτομα με αυξημένη τάση για διατροφικές διαταραχές, δηλαδή με βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών μεγαλύτερη από 20, (EAT>20) όπως φαίνεται και από προτάσεις της υποκλίμακας του EAT-26 «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» έχουν την τάση να αποφεύγουν τα θεωρούμενα ως «παχυντικά» τρόφιμα. Έτσι δικαιολογούνται και οι άλλες διαφορές που διαπιστώθηκαν στην παρούσα έρευνα καθώς όλες αφορούν τέτοια τρόφιμα.

Αντίθετα με την έρευνα των Wong et al. (16) στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Η μη εμφάνιση διαφοράς ίσως σχετίζεται με την πιθανή υπερεκτίμηση, κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολόγιου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, της συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών καθώς αυτή

προέκυψε από το άθροισμα των συχνοτήτων κατανάλωσης ανά ημέρα των διαφόρων ειδών φρούτων και λαχανικών αντίστοιχα.

Ωστόσο, προκύπτει ότι τρόφιμα όπως το γάλα (light), τα φρούτα αλλά και τα λαχανικά βρίσκονται στις πρώτες θέσεις της κατάταξης της κατανάλωσης των τροφίμων και ροφημάτων κατά φθίνουσα σειρά, από τα άτομα με EAT>20 μαζί με τον καφέ, το άσπρο ψωμί, το σκληρό τυρί και το τυρί με λίγα λιπαρά, και τα αναψυκτικά κανονικά και light. Ακολουθούν το μαύρο ψωμί, οι χυμοί, το κέικ και τα μπισκότα, τα τεχνητά γλυκαντικά και τα ζυμαρικά. Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονται τρόφιμα όπως τα πατατάκια, το πλήρες γιαούρτι, το ψάρι, οι πάστες και οι τηγανητές πατάτες. Η κατηγορία κρέατος που καταναλώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό είναι το κοτόπουλο, ακολουθεί το κόκκινο κρέας και τελευταίο είναι το ψάρι. Δεν φάνηκε όμως να καταναλώνουν λιγότερο κρέας από τα άτομα με EAT<10 όπως προέκυψε στην έρευνα των Wong et al. (16) Γενικά τα άτομα και των δύο ομάδων καταναλώνουν μικρή ποσότητα ψαριού.

Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Fear et al., οι οποίοι υποστηρίζουν ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές και συνυπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζουν μεγάλη επιθυμία για γλυκά όπως μπισκότα και κέικ. Πραγματικά διαπιστώνεται από την κατάταξη σε φθίνουσα σειρά της κατανάλωσης των τροφίμων ότι σ' αυτά τα άτομα η κατανάλωση μπισκότων και κέικ ξεπερνάει ή βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με βασικά είδη διατροφής όπως τα μακαρόνια και οι πατάτες. Επιπλέον, κυρίαρχη θέση στο ημερήσιο διαιτολόγιο κατέχει το άσπρο ψωμί κατά αντιστοιχία με την αυξημένη προτίμηση στα αρτοσκευάσματα που φαίνεται στην έρευνα των Fear et al.

Αυτή η έντονη προτίμηση για τα γλυκά και για τα τρόφιμα, γενικά, που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες, πιθανώς σχετίζεται με τον μεταβολισμό και την δράση κάποιων ορμονών όπως η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη και τα οπιοειδή και στα άτομα με διατροφικές διαταραχές πιθανώς υπάρχει πρόβλημα στη ρύθμιση των επιπέδων τους. Ειδικά ο μεταβολισμός της σεροτονίνης ρυθμίζει και ρυθμίζεται από την πρόσληψη και τον μεταβολισμό των υδατανθράκων (Fear et al. 1997).

Ωστόσο, δεν καταγράφηκε μεγαλύτερη κατανάλωση γλυκών από τα άτομα με αυξημένη τάση για διατροφικές διαταραχές σε

σχέση με τα άτομα με μειωμένη τάση, αλλά παρόμοια και μάλιστα, η κατανάλωση σοκολάτας ήταν μικρότερη. Πιθανώς, όπως υποστηρίζουν οι Fear et al. υπάρχει πολύ έντονη επιθυμία για σοκολάτα η οποία δεν οδηγεί σε μεγάλη κατανάλωση επειδή η σοκολάτα θεωρείται «παχυντικό» τρόφιμο και άρα «απαγορευμένο».

Ειδική αναφορά γίνεται στη βιβλιογραφία στην έντονη επιθυμία για τη σοκολάτα που ορισμένες φορές παίρνει τη μορφή εθισμού και εξάρτησης. Σε έρευνα των Tuomisto et al. (1998) τα εθισμένα άτομα παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη, ενώ στην ομάδα ελέγχου αυτή ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Πιθανώς, χρησιμοποιείται η σοκολάτα ως μέσο για να μετριαστεί η κατάθλιψη.

Στην παρούσα έρευνα, ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης, η αυξημένη κατανάλωση καφέ αλλά και αναψυκτικών. Ακόμη, εμφανίζεται πολύ υψηλή η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών που όμως αυτό το αποτέλεσμα πιθανώς προέκυψε από υπερεκτίμηση της κατανάλωσης.

Για την αξιολόγηση όλων αυτών των αποτελεσμάτων θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το ότι πολλοί από τους φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονται από την επαρχεία και ζουν εδώ μόνοι τους γεγονός που αναμφίβολα επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τις επιλογές τροφίμων.

Γενικά, αξίζει να σημειωθεί ότι η έντονη προτίμηση σε ορισμένα τρόφιμα και η αυξημένη κατανάλωσή τους είναι κυρίαρχη σε βουλιμικά άτομα. Αντίθετα, στους ανορεκτικούς ασθενείς εμφανίζεται σε μικρό βαθμό λόγω του αυξημένου νοητικού ελέγχου που τους χαρακτηρίζει. Ωστόσο, στους βουλιμικούς ανορεκτικούς, μια δυσλειτουργία στο σύστημα σεροτονίνης, που σχετίζεται με το μεταβολισμό των υδατανθράκων και η απογοήτευση από τον ανεπιτυχή νοητικό περιορισμό (αποτέλεσμα παρατεταμένου περιορισμού) μπορούν να οδηγήσουν σε εμφάνιση έντονης επιθυμίας για φαγητό (Gendall et al. 1997).

Ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας αυτής είναι το ότι διαπιστώθηκε η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην ενασχόληση με δίαιτες και την τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Προέκυψε ότι οι φοιτητές με υψηλό κίνδυνο ασχολούνται πολύ περισσότερο (το 40% αυτών) με δίαιτες απ' ότι τα άτομα με χαμηλό κίνδυνο (3% αυτών). Άλλωστε, αυτό το συμπέρασμα προκύπτει και από την υποκλίμακα «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» του EAT-26. Μάλιστα με τη βοήθεια της λογιστικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η ενασχόληση με δίαιτες μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Στο ίδιο συμπέρασμα έχουν καταλήξει και άλλοι ερευνητές όπως οι Ackard και συν (2002). Η τάση για ενασχόληση με δίαιτες έχει διερευνηθεί και στον ελληνικό πληθυσμό και έχει διαπιστωθεί ότι είναι ιδιαίτερα έντονη (Yannakoulia et al. 2003).

Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι είναι ανεξάρτητοι παράγοντες η τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής. Επίσης προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών του συνολικού δείγματος (83,6%) δεν χρησιμοποιούν συμπληρώματα.

Ένα επιπλέον συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην τάση για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής (EAT>20 ή EAT<10) και στην ποσότητα λίπους του κρέατος που καταναλώνεται. Σημαντικό ποσοστό των ατόμων με EAT<10 καταναλώνουν το περισσότερο ή κάποιο από αυτό (25% και 31% αντίστοιχα) ενώ το ποσοστό των φοιτητών με EAT>20 είναι πολύ μικρότερο (6% και 12% αντίστοιχα). Αντίθετα, ελάχιστο από το λίπος καταναλώνει το 44% των ατόμων με EAT<10 και το 82% των ατόμων με EAT>20.

Αυτό το αποτέλεσμα ήταν αναμενόμενο καθώς τα άτομα με προβλήματα στη διαιτητική συμπεριφορά έχουν εμμονή με οτιδήποτε θεωρείται παχυντικό και το αποφεύγουν. Αντίθετα, τα άτομα που δεν έχουν τάση για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής είναι πιο ελεύθερα να κάνουν «παχυντικές» επιλογές. Βέβαια, με βάση τους κανόνες υγιεινής διατροφής είναι επιθυμητό το να καταναλώνεται όσο το δυνατόν λιγότερο λίπος, αρκεί όμως να εφαρμόζεται αυθόρμητα και να μην υπάρχει εμμονή σε σχέση μ' αυτό.

Ωστόσο, δεν εμφανίστηκε σχέση με το είδος του λίπους που χρησιμοποιείται στη σαλάτα. Διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική

πλειοψηφία των ατόμων του συνολικού δείγματος (92%) χρησιμοποιούν ελαιόλαδο στη σαλάτα. Οπωσδήποτε, η διαπίστωση αυτή είναι ιδιαίτερα θετική.

Επίσης, στην έρευνα αυτή διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφοράς στο δείκτη μάζας σώματος (BMI), το EAT-26 και τις επιδόσεις στα ψυχομετρικά τεστ, ανάλογα με το φύλο. Το BMI προέκυψε σημαντικά μεγαλύτερο στους φοιτητές σε σχέση με τις φοιτήτριες. Είναι πιθανό αυτή η διαφορά να οφείλεται στο ότι οι άντρες είναι πιο σωματώδεις από τις γυναίκες. Πάντως, και στα δύο φύλα η μέση τιμή του δείκτη ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Οι φοιτήτριες είχαν μεγαλύτερο συνολικό βαθμολογία στο EAT-26 σε σχέση με τους φοιτητές, που αυτό δείχνει μια σχετικά μεγαλύτερη τάση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αυτή η διαπίστωση φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία και έχει συσχετιστεί με τα διαφορετικά πρότυπα εικόνας σώματος και τις μεγαλύτερες κοινωνικές πιέσεις που δέχονται οι γυναίκες προκειμένου να προσεγγίσουν τα πρότυπα αυτά. Κάποιοι ερευνητές έχουν διατυπώσει θεωρίες σχετικές με ψυχολογικές ιδιαιτερότητες των γυναικών (Φεμινιστική θεωρία (Geller et al. 2000)). Η βαθμολογία των φοιτητριών είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη και στην υποκλίμακα ενασχόλησης με δίαιτες (Dieting scale) ($p=0,001$), ενώ στις δύο άλλες υποκλίμακες του EAT-26 δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε στα βαθμολογία στο Άγχος 1, στο συνολικό Άγχος και στο ερωτηματολόγιο για την επίλυση προβλημάτων 3 που αφορά στον αυτοέλεγχο ως προς το φαγητό, καθώς επίσης στο ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη. Οι φοιτήτριες είχαν μεγαλύτερο βαθμολογία από τους φοιτητές.

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα με βάση τα αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο EAT-26 που δόθηκε αρχικά σε όλα τα άτομα του πληθυσμού της έρευνας (165 φοιτητές από τα τρία τμήματα του Χαροκόπειου Πανεπιστήμιου) προέκυψε ότι το 22,4% των φοιτητών-τριών είχαν βαθμολογία<6 και το 19,4% βαθμολογία>20. Επίσης, βρέθηκε ότι βαθμολογία<6 είχε το 19,9% των φοιτητριών και το 34,5% των φοιτητών ενώ βαθμολογία>20 είχε το 22% των φοιτητριών και μόλις το 6,9% των φοιτητών. Τα ποσοστά αυτά είναι σύμφωνα με αυτά που εντοπίζονται για τον

ελληνικό πληθυσμό στην βιβλιογραφία: 20-25% των κοριτσιών και 5-8% των αγοριών εμφανίζουν βαθμολογία στο EAT>20 (Yannakoulia et al. 2003). Επομένως, και από αυτά τα αποτελέσματα συμπεραίνεται η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων διαιτητικής συμπεριφοράς στις γυναίκες (ή κορίτσια) απ' ότι στους άντρες.

Μετά τη δεύτερη φορά που δόθηκε το EAT στα άτομα που αποτελούσαν το δείγμα (φοιτητές-τριες με EAT>20 και EAT<6) έχει ενδιαφέρον ότι υπήρξαν αλλαγές στα βαθμολογία στο EAT, οι οποίες δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Ωστόσο στην πράξη, ήταν σημαντικές αφού οδήγησαν στον αποκλεισμό του 6% της ομάδας ελέγχου (μετά και από αλλαγή του ορίου από EAT[6 σε EAT<10) και του 36,7% της ομάδας με EAT>20! Μάλιστα, 2 άτομα μετά τη δεύτερη συμπλήρωση άλλαξαν ομάδα και ενώ αρχικά ήταν στην ομάδα με υψηλή τάση για διατροφικές διαταραχές (EAT>20) μετά τη δεύτερη συμπλήρωση είχαν βαθμολογία στο EAT <10 οπότε κατατάχτηκαν στην ομάδα ελέγχου (μικρή τάση για διατροφικές διαταραχές).

Τέλος, είναι σκόπιμο να συγκριθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με τα αποτελέσματα της μοναδικής έρευνας που έχει γίνει στην Ελλάδα από τον Μωρογιάννη (2000) σε μαθητές Λυκείου. Και από τις δύο έρευνες βρέθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερη τάση για διατροφικές διαταραχές παρουσίασαν υψηλότερο άγχος, κατάθλιψη και «σωματοποίηση» (αντίκτυπος ψυχολογικών προβλημάτων στο σώμα).

Βέβαια, στην έρευνα του Μωρογιάννη υπήρξε διαχωρισμός των ατόμων με υψηλή τάση, σε αυτά που εμφανίζουν συμπτώματα ανορεξίας στα οποία διαπιστώθηκε υψηλότερο άγχος καθώς επίσης διαταραχή ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, θυμός-επιθετικότητα και μεγάλη ευαισθησία ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις. Στα άτομα με βουλιμικά συμπτώματα διαπιστώθηκε διαφορά σε σχέση με τα υγιή άτομα, ως προς την κατάθλιψη και τη «σωματοποίηση» αλλά και ως προς τον θυμό - επιθετικότητα.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε επιπλέον ότι τα άτομα υψηλού ρίσκου εμφανίζουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου σε σχέση με την επίλυση των προβλημάτων τους.

Σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε στα αποτελέσματα των δύο ερευνών που προέκυψαν μετά από χρήση λογιστικής παλινδρόμησης. Ενώ στη παρούσα μελέτη προέκυψε ότι την τάση

εμφάνισης διατροφικών διαταραχών επηρεάζουν το άγχος, η κατάθλιψη και η μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου σε σχέση με την επίλυση προβλημάτων, στην έρευνα του Μωρογιάννη διαπιστώθηκε συσχέτιση με τον θυμό-επιθετικότητα για τις διαταραχές ανορεκτικού τύπου και τη σωματοποίηση για τις διαταραχές βουλιμικού τύπου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το βασικό συμπέρασμα της μελέτης αυτής είναι ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών η οποία όμως χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση για τον ακριβή καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων με συγκεκριμένους ψυχολογικούς παράγοντες.

Ιδιαίτερα, υπάρχει ανάγκη για έρευνα σε αυτόν τον τομέα, στη Ελλάδα καθώς δεν έχει σχεδόν καθόλου ερευνηθεί (εκτός από την έρευνα του Μωρογιάννη (2000)) η συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών με ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Άρα η παρούσα έρευνα συμβάλλει στην προσπάθεια ανίχνευσης της σχέσης αυτής και είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα ευρήματά της είναι σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Επομένως, υπάρχει ένδειξη ότι τα συμπεράσματα ως προς την σχέση διατροφικών και ψυχολογικών διαταραχών που προέκυψαν από έρευνες σε άλλες χώρες του κόσμου αφορούν και τον ελληνικό πληθυσμό.

Απαιτείται, βέβαια, σε επόμενη έρευνα να εκτιμηθεί η σχέση και με άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που έχουν συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές όπως για παράδειγμα η τελειομανία και οι διαταραχές προσωπικότητας. Επίσης, απαιτείται η χρησιμοποίη-ση μεγαλύτερου τυχαίου δείγματος.

Γενικότερα, είναι απαραίτητη περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των διατροφικών διαταραχών με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, ώστε να εξακριβωθεί ο αιτιολογικός ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Παρατηρήθηκε, ότι στις περισσότερες έρευνες διαπιστώνεται συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων. Για αρκετά χαρακτηριστικά δεν έχει εξακριβωθεί αν υπάρχει αιτιολογική σχέση ενώ για άλλα όπως η κατάθλιψη δεν έχει οριστεί με ακρίβεια.

Η διερεύνηση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικών παραγόντων, θα βοηθήσει στην εύρεση αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας των πρώτων αλλά και πρόληψης. Ήδη έχουν αναπτυχθεί θεωρίες και εφαρμόζονται μέθοδοι αποκατάστασης των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, που βασίζονται στην ψυχολογική προσέγγιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackard D.M., Croll J.K., Kearney-Cooke A. (2002). Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*,52:129-136.

Ackard D.M., Peterson C.B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2):187-194.

Bulik C.M., Sullivan P.F., Fear J.L., Pickering A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28:139-147.

Button E.,Reveley C., Palmer R. (1998). An ethnic comparison of eatingattitudes and associated psychological problems in young British women. *International Journal of Eating Disorders*,23:317-323.

Button E.J., Whitehouse A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*,11:509-516.

Calam R., Waller G. (1998). Are eating and psychosocial characteristicsin early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4):351-62.

Casper R.C. (1998). Behavioral activation and lack of concern coresymptoms of anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders,*24(4):381-393.

Cooper M.J., Clark D.M., Fairburn C.G. (1993). An experimental study ofrelationship between thought and eating behavior in bulimia nervosa. *Behavior Recearch and Therapy*,31:749-757.

Corcos M., Flament M.F., Giraud M.J., Paterniti S., Ledoux S., Atger F., Jeammet P. (2000). Early psychopathological signs in bulimia nervosa. A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2)115-121.

Dancyger I.F., Garfinkel P.E. (1995). The relationship of partial syndromeeating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25:1019-1025.

Davis C., Claridge G. (1998). The eating disorders as addiction: apsychobiological perspective. *Addictive Behaviors*, 23(4):463-75

Davis C., Katzman A.M. (1999). Perfection as acculturation:psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25:65-70.

Davis C., Katzman M. (1997). Charting new territory: body esteem, weight satisfaction, depression and self-esteem among Chinese males and females in Hong Kong. *Sex Roles*,36 Nos 718.

Davis C.,Shapiro C.M., Elliott S. Dionne M. (1993). Personality and other correlates of dietary restraint : An age by sex comparison. *Personality and Individual Differences*, 14(2):297-305.

Fairburn C.G., Cooper P.J., Hawton In., Salkovkis K., Kirk J., Clark D. (1995)*Cognitive behavioral therapy for psychiatric problems*, Oxford: University press.

Fairburn G.C., Shafran R., Cooper Z. (1998). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy,* 37:1-13.

Fear J.L., Bulik C.M. (1997). Psychopathology and personality of young women who experience food cravings. *Addictive Behaviors*, 22(4):545-55.

Fernandez-Aranda F., Dahme B., Meermann R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*,47(5):419-428.

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

Friedman M.A. Wishman M.A. (1998). Sociotropy, autonomy and bulimicsymptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4):439-442.

Fulkerson J.A., Keel P.K., Leon G.R., Dorr T. (1999). Eating- disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1): 73-79.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y., Garfinkel PE. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*,12:871-878.

Geller J., Cockell S.J., Goldner E.M. (2000). Inhibited expression of negative expression of negative expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*,28:8-19.

Gendall K.A., Sullivan P., Joyce P.R., Bulic C.M. (1997). Food cravings in women with a history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4):403-9.

Goldfein J.A., Walsh B.T., Midlarsky E. (2000). Influence of shape and on self-evaluation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4);435-445.

Goldner E.M., Srikameswaran S., Shroeder M.L., Livesley W.J., Birmingham C.L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 22(2): 151-9.

Graber J.A., Brooks-Gunn J. (2001). Co-occuring eating and depressive problems: an 8-year study of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*,30(1):37-47.

Heatherton T.F., Baumeister R.F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110:86-108

Hewitt P.L., Flett G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60:456-470.

Hurt S.W, Eberentz A.B., Commerford M.C., Samuel-Lajeunesse B., Halmi K.A.(1997). A comparison of psychopathology in eating disorder patients from France and United States. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2):153-8.

Joiner E.Th., Schmidt N.B., Wonderlich S.A. (1997). Global self-esteem as contingent on body satisfaction among patients with bulimia nervosa: lack of diagnostic specificity? *International Journal of Eating Disorders*, 21(1):67-76.

Kearney R.O., Gertler R., Conti J., Duff M. (1998). A comparison of purging and nonpurging eating-disordered outpatients: mediating effects of weight and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders,*23:261-66.

Lee S., Lee A.M., Leung T. Yu H. (1997). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory (EDI-1) in a Nonclinical Chinese population in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*,21(2):187-194.

Liedo E.D., Waller G. (2001). Bulimic psychopathology and impulsive behaviors among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*,29(1):71-5.

Logue W.A. (1991). *The psychology of eating and drinking an introduction*, New York: Freeman and company.

Martin G.C., Wertheim, Prior M., Smart D., Sanson A., Oberklaid F. (2000). A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2):150-162.

Matsunaga H., Kaye W.H., McConaha C., Plotnicov K., Pollice C., Rao R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders,* 27:353-357

Matsunaga H., Kiriike N., Iwasaki Y., Miyata A., Matsui T., Nagata T., Yamagami S., Kaye W.H. (2000). Multi-impulsivity among bulimic patients in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 27:348-52.

Matsunaga H., Kirrike N., Nagata T., Yamagani S. (1998). Personality disorders in patients with eating disorders in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4):399-408.

McFarlane Tr., McCabe R.E., Jarry J., Olmsted M.P., Polivy J. (2001). Weight-related and shape related self-evaluation in eating -disordered and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3);328-335.

McLaren L., Gauvin L., White D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3):307-313.

Milligan R.J., Waller G. (2000). Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders,*28(4):446-50.

Moore C.M., *Διαιτολογία* (2000). ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Napolitano M.A., Head S., Babyak M.A. Blumenthal J.A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *International Journal of Eating Disorders*,30(2):193-203.

Neumark-Sztainer O., Rutler R., Palti H. (1996). Personal and socioenvironmental predictors of disordered eating among adolescent females. *Journal of Nutrition Education*, 28(3):195-201.

Ramacciotti C.E., Coli E., Passaglia C., Lacorte M., Pea E., Dell' Osso L. (2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological

features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 94:131-8.

Ricciardelli L.A., McCabe M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance. *Clinical Psychology Review*,21(3):325-344.

Taylor G.J., Parker J.D.A., Bagby R.M., Bourke M.P. (1996) Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*,41(6): 561-8.

Thompson K.J., Coovert M.D., Stormer S.M. (1999). Body image, social comparison and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 43-51.

Tuomisto T., Hetherington M.M., Morris M.F., Tuomisto M.T., Turjanmaa V., Lappalainen R. (1998). Psychological and physiological characteristics of sweet food "addiction". *International Journal of Eating Disorders,* 24:351-362.

Van der Ham T., Van Strien D.C., Van Engelman H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7:79-84.

Vogele C., Florin I. (1997). Psychophysiological responses to food exposure: an experimental study in binge eaters. International *Journal of Eating Disorders*, 21(2):147-57.

Waters A., Hill A., Waller G. (1998). Bulimics responses to food cravings: is binge eating a product of hunger or emotional state? *Behavior Research and Therapy*,37:1-13.

Willet WC, Sampson L., Stampfer MJ, Ronser B., Bain C., Witschi J.,Hennekens CH, Speizer FE. (1985). Reproducibility and validity of semi quantitative food frequency questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 122:51-65

Womble L.G., Williamson D.A., Martin C.K., Zucker N.L., Thaw J.M., Netemeyer R., Lovejoy J.C., Greenway F.L. (2001). Psychological variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2):317-21.

Wong Y., Lin Chen S., Ching Chang Y., Fu Wang M., Yamamoto S. (1999). Weight satisfaction and dieting practices among college males in Taiwan. *Journal of the American college of Nutrition*,18(3): 223-228.

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

Μωρογιάννης Φ. (2000)., Διατροφικές διαταραχέςκαι ψυχοπα-θολογία*: επιδημιολογική μελέτη σε μαθητές Λυκείου στο νομό των Ιωαννίνων*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα