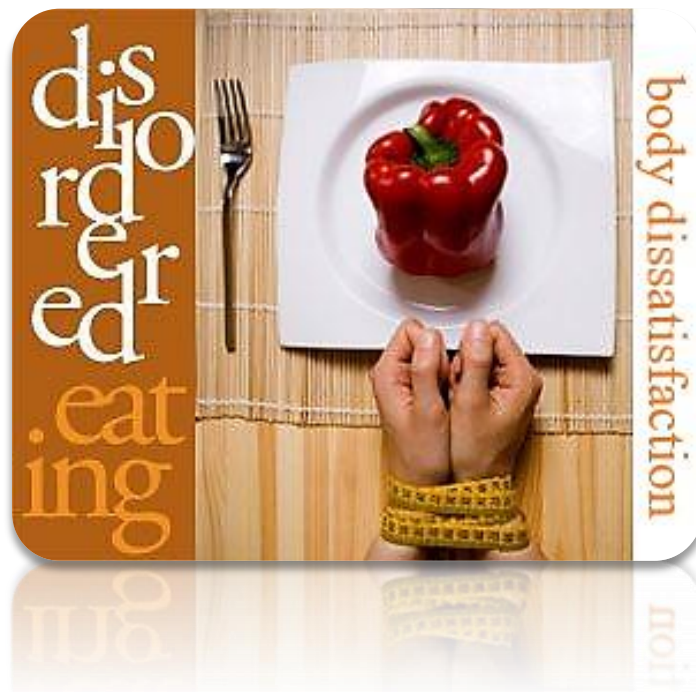




**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ
ΜΕ ΤΗ ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑ**

«ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΟΜΙΝΗ ΜΑΡΙΑ (Α.Μ: 4206)

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ,
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΤΕΙΘ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή αυτή μελέτη επιχειρεί να εξετάσει τις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές του ατόμου σε σχέση με τη δυσαρέσκεια που αισθάνεται για την εικόνα του σώματός του. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές όταν συνυπάρχουν με τη δυσαρέσκεια για το σώμα μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση παθολογικής διατροφικής διαταραχής, γι' αυτό και πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στις συμπεριφορές αυτές. Οι περισσότερες έρευνες στην βιβλιογραφία αναφέρονται σε μελέτες που έχουν γίνει σε παιδιά και εφήβους. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και της δυσαρέσκειας του ατόμου για το σώμα του, καθώς και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων, σε ενήλικες φοιτητές. Για το σκοπό αυτό συμπληρώθηκαν το ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test (EAT-26) και η υποενότητα του ερωτηματολογίου Eating Disorder Inventory-Δυσαρέσκεια για το σώμα, από φοιτητές ηλικίας 18-32 ετών. Κατόπιν της στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας των αποτελεσμάτων της μελέτης προέκυψε ότι μικρό ποσοστό του δείγματος εμφανίζει διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές της τάξεως του 15,1%, ποσοστό 6,2% του δείγματος εμφανίζει δυσαρέσκεια για το σώμα, καθώς και ότι υπάρχει έντονη θετική συσχέτιση των διαστρεβλωμένων διατροφικών συμπεριφορών με τη δυσαρέσκεια για το σώμα. Οι γυναίκες, παρατηρήθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη ανησυχία σχετικά με το φαγητό, την εικόνα του σώματος και το βάρος τους, ενώ δε φάνηκε να υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την δυσαρέσκεια για το σώμα. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι οι αρνητικές διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές των φοιτητών της Θεσσαλονίκης είναι περιορισμένες, όπως είναι και η δυσαρέσκεια για το σώμα, καθώς και ότι υπάρχει έντονη αμφίδρομη σχέση μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων. Η παρακάτω μελέτη αποτελεί υπόβαθρο για περαιτέρω διερεύνηση των πασχόντων από τέτοιου είδους συμπεριφορές, με τη διεξαγωγή περισσότερων ερευνών από ειδικούς επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας, ώστε το ποσοστό εμφάνισης τους να εκμηδενιστεί και να μην υπάρξει μετάβαση σε παθολογικές καταστάσεις.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, δυσαρέσκεια για το σώμα, διατροφικές διαταραχές, EAT-26, φοιτητικός πληθυσμός.



ABSTRACT

This study attempts to examine eating attitudes in relation to dissatisfaction among university students of Thessaloniki. Research has shown that when disturbed eating attitudes coexist with dissatisfaction for the body they can lead in the occurrence of a pathological eating disorder, which is why special attention should be given to these behaviors. Most research in the literature refer to studies that have been performed with children and adolescents. The purpose of this research is the investigation of disordered eating attitudes and body dissatisfaction, as well as investigating a possible correlation between these two factors in adult students. For this purpose, the Eating Attitudes Test (EAT-26) and the Eating Disorder Inventory-Body dissatisfaction questionnaire were completed by students aged 18-32. The results showed that a small percentage of the sample had disordered eating attitudes (15.1%) and body dissatisfaction (6.2%) and that there was a strong positive correlation of disordered eating attitudes with body dissatisfaction. Women were more concerned about food, their body image and weight, while there seemed to be no difference between the two sexes regarding body dissatisfaction. Therefore, it is concluded that the disordered eating attitudes of Thessaloniki students are limited, as is the body dissatisfaction, and there is a strong interrelationship between these two factors. The following study provides a basis for further investigation of sufferers of such behaviors by conducting more research by health scientists and health professionals to minimize their appearance and not to switch to pathological conditions.

KEYWORDS: Disordered eating attitudes, body dissatisfaction, eating disorders, EAT-26, university students.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπων καθηγητή Σταύρο Καλογιάννη, για τη συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση της εργασίας. Τον Κωνσταντινίδη Ελευθέριο, ψυχολόγο και καθηγητή του μαθήματος «Ψυχολογία και Διατροφή» του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, που με ενέπνευσε για την παρούσα εργασία, καθώς και για την άψογη συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφερε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής. Θα ήθελα να ευχαριστήσω, επίσης, θερμά τον Σίμο Γρηγόρη, καθηγητή ψυχοπαθολογίας και Πρόεδρο του τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, για τη πολύτιμη συμβολή του στη διεκπαιρέωση της έρευνας και για τις πολύτιμες συμβουλές του. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την υπομονή που έκαναν και για τη συμπαράσταση που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μου εργασίας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	10
1.1.1 Διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές.....	10
1.1.1.1 Αίτια και παράγοντες.....	12
1.1.1.2 Ηλικία και φύλο.....	13
1.1.2 Παθολογικές διατροφικές διαταραχές.....	15
1.1.2.1 Ορισμός και κατηγορίες διατροφικών διαταραχών.....	16
1.1.2.2 Ηλικία και φύλο.....	17
1.1.2.3 Επιπολασμός και θνησιμότητα.....	17
1.1.2.4 Αίτια και παράγοντες.....	18
1.1.3 Νευρική ανορεξία.....	21
1.1.3.1 Ορισμός.....	21
1.1.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια.....	21
1.1.3.3 Τύποι νευρικής ανορεξίας.....	22
1.1.3.4 Προσδιορισμός σοβαρότητας της διαταραχής.....	23
1.1.3.5 Αιτίες.....	23
1.1.3.6 Επιπολασμός και ηλικία εμφάνισης.....	23
1.1.3.7 Σωματικές επιπλοκές της διαταραχής.....	24
1.1.3.8 Άτυπη νευρική ανορεξία.....	26
1.1.4 Νευρογενής βουλιμία.....	26
1.1.4.1 Ορισμός.....	26
1.1.4.2 Διαγνωστικά κριτήρια.....	27
1.1.4.3 Προσδιορισμός σοβαρότητας της διαταραχής.....	28
1.1.4.4 Επιπολασμός και ηλικία εμφάνισης.....	28
1.1.4.5 Σωματικές επιπλοκές.....	30
1.1.4.6 Άτυπη νευρική βουλιμία.....	31



1.1.5	Διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας	31
1.1.5.1	Ορισμός.....	31
1.1.5.2	Διαγνωστικά κριτήρια.....	32
1.1.5.3	Προσδιορισμός σοβαρότητας της κατάστασης.....	33
1.1.5.4	Επιπολασμός και ηλικία εμφάνισης.....	34
1.1.5.5	Σωματικές επιπλοκές	35
1.1.6	Ερευνητικά μέσα αξιολόγησης των διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών.....	36
1.2	ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑ.....	38
1.2.1	Ορισμός.....	38
1.2.2	Επιπολασμός	39
1.2.3	Ηλικία και φύλο	39
1.2.4	Αίτια και παράγοντες	41
1.2.5	Διατροφικές διαταραχές και δυσαρέσκεια για το σώμα	44
1.2.6	Ερευνητικά μέσα αξιολόγησης της δυσαρέσκειας για το σώμα	46
1.3	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	48
2.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	49
2.1	Ερευνητικός σχεδιασμός.....	49
2.2	Δείγμα	49
2.3	Μέσα συλλογής των δεδομένων	50
2.4	Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων.....	50
2.5	Στατιστική μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων.....	51
3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	52
3.1	Ηλικία του δείγματος.....	52
3.2	Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων.....	53
3.3	Ερωτηματολόγιο Eating attitudes test-26	53
3.4	Ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα	55
3.5	Σύγκριση των μέσων όρων στα δύο φύλα	56
3.6	Συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια.....	58
3.6.1	Αποτελέσματα συσχετίσεων στο σύνολο του δείγματος	58
3.6.2	Αποτελέσματα συσχετίσεων στις γυναίκες.....	60
3.6.3	Αποτελέσματα συσχετίσεων στους άνδρες.....	61



3.6.4	Αποτελέσματα συσχετίσεων με την ηλικία.....	63
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	64
4.1	Συζήτηση αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων	64
4.2	Συζήτηση αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου EAT-26	65
4.3	Συζήτηση της υποκλίμακας Δυσαρέσκεια για το σώμα του ερωτηματολογίου EDI.....	66
4.4	Συζήτηση των συσχετίσεων των δύο ερωτηματολογίων	67
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	71
5.1	Περιορισμοί της έρευνας	72
5.2	Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	73
6.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74
7.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	81
7.1	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)	81
7.2	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EDI-ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ	82



1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες ο επιστημονικός κλάδος της ψυχολογίας και της διατροφής ασχολείται όλο και πιο συχνά με μελέτες σχετικές με τη συμπεριφορά που διαμορφώνει το άτομο σε σχέση με τη διατροφή και τη δίαιτα καθώς και τη δυσαρέσκεια που αναπτύσσει σχετικά με την εικόνα του σώματός του. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η ανάλυση της έννοιας των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, των διατροφικών διαταραχών και της δυσαρέσκειας του σώματος. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είχε ως στόχο την διαπίστωση συσχέτισης μεταξύ των διαφόρων υποκλιμάκων των διατροφικών συμπεριφορών και στάσεων με τη δυσαρέσκεια του ατόμου για το σώμα του και στα δύο φύλα. Η πρωτοτυπία της συγκεκριμένης έρευνας σε σχέση με παρόμοιες που έχουν λάβει χώρα στην Ελλάδα είναι η διαπίστωση της παραπάνω συσχέτισης σε πληθυσμό φοιτητών, κατά κύριο λόγο γυναικών, με μεγάλο ηλικιακό εύρος. Οι περισσότερες έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία αναφέρονται σε παιδιά και εφήβους, λόγω του ότι οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και η δυσαρέσκεια για το σώμα εμφανίζονται σε προεφηβική ή εφηβική ηλικία.

Οι διατροφικές συμπεριφορές που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο είναι ποικίλες. Οι ονομαζόμενες «διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές» αφορούν τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν την παραβίαση των γευμάτων, την περιοριστική δίαιτα, τις βουλιμικές τάσεις και συμπεριφορές καθώς και τις διάφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές που χρησιμοποιεί ένα άτομο για επίτευξη του υποκειμενικού ιδανικού σωματικού βάρους. Μερικές αντισταθμιστές συμπεριφορές είναι η νηστεία, η χρήση καθαρτικών ουσιών ή η κατάχρηση διουρητικών, ο αυτό-προκαλούμενος εμετός και η υπερφαγία. Όλα τα παραπάνω είναι ουσιαστικά ανώμαλες σκέψεις, πεποιθήσεις και συναισθήματα που έχει το άτομο σχετικά με την τροφή και που παρουσιάζονται έπειτα από την επιρροή πολλών ψυχολογικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων. Οι διαταραγμένες αυτές συμπεριφορές, οι οποίες αναλύονται στη συνέχεια, αποτελούν συνήθως πρόδρομη κατάσταση των παθολογικών διατροφικών διαταραχών και είναι ο συνηθέστερος προγνωστικός παράγοντας για την εξέλιξη μιας διατροφικής διαταραχής (Alvarenga et al., 2010; Rocks et al., 2017; Turel et al., 2018).

Οι κύριες παθολογικές διατροφικές διαταραχές, επακόλουθες παθολογικές καταστάσεις των διαταραγμένων διατροφικών στάσεων, είναι η νευρική ανορεξία, η νευρογενή βουλιμία και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (American Psychiatric Association, 2013). Μπορούν να



οριστούν γενικά ως επίμονες διαταραχές σχετικά με την πρόσληψη της τροφής ή συμπεριφορές σχετικές με το φαγητό και μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου κατά μεγάλο βαθμό . Τα άτομα που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές έχουν παραμορφωμένες αντιλήψεις για το σώμα τους και ακολουθούν ακραίες συμπεριφορές σε σχέση με την τροφή (Hirst et al., 2017). Οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως το άγχος, η διάθεση, η τελειομανία, η δυσλειτουργία των συναισθημάτων, η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και η αυτοεκτίμηση εμπλέκονται στην πολυπαραγοντική αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών (Costarelli et al., 2009). Οι διατροφικές διαταραχές μελετάται κυρίως στις γυναίκες, όπου είναι πιο επιρρεπείς σε τέτοιου είδους συμπεριφορές, και εμφανίζονται κυρίως στην εφηβεία. Το ποσοστό εμφάνισης είναι αρκετά υψηλό σε όλο τον κόσμο, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα ποσοστά 0,6% για την ανορεξία και 1,0% για την βουλιμία στις ΗΠΑ (Hirst et al., 2017). Επίσης, το ποσοστό θνησιμότητας είναι αρκετά υψηλό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέφερε το 2004 ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι η δεύτερη αιτία θανάτου των εφήβων μετά από τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα (Pace et al., 2018).

Ένας από τους παράγοντες εμφάνισης των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και των διατροφικών διαταραχών είναι η δυσαρέσκεια του ατόμου για το σώμα. Η δυσαρέσκεια που εμφανίζει το άτομο για την εικόνα του σώματός του σχετίζεται με την αρνητική υποκειμενική αξιολόγηση και αντίληψη της εικόνας αυτής, η οποία μπορεί να διαφέρει από το γενικό κοινωνικό ιδανικό πρότυπο της λεπτότητας. Μπορεί να αφορά τη συνολική εικόνα του σώματος ή ορισμένα σημεία του (Brechan & Kvaalem, 2015; Sabiston & Castonguay, 2014; Silva et al., 2018). Η δυσαρέσκεια μπορεί να περιλαμβάνει τη σύγκριση μεταξύ του ιδανικού πρότυπου σώματος, λεπτό για τις γυναίκες και μυώδες για τους άνδρες, κάτι που προκαλεί αρνητικά συναισθήματα με εμφάνιση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών σε ποσοστό 10-20% αυτών των ατόμων (Evans et al., 2013).

Η δυσαρέσκεια για το σώμα εμφανίζεται και στα δύο φύλα, με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στις γυναίκες, κατά την προσχολική και την εφηβική ηλικία λόγω των διαφορών κοινωνικών και φυσικών αλλαγών που σημειώνονται εκείνες τις περιόδους (Lawler & Nixon, 2011). Η αιτιολογία εμφάνισης της και οι παράγοντες που δρουν καταλυτικά για την εμφάνιση της είναι ποικίλοι κατά κύριο λόγο κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί. Ένας αρκετά σημαντικός παράγοντας εμφάνισης δυσαρέσκειας για το σώμα είναι και ο δείκτης μάζας σώματος (Knauss et al., 2008; Turel et al., 2018).



Η σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας για το σώμα και διατροφικών διαταραχών είναι καλά τεκμηριωμένη, καθώς η δυσαρέσκεια για το σώμα αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες κινδύνου αλλά και κριτήριο για τη διαπίστωση κάποιας διατροφικής διαταραχής. Έτσι, η δυσαρέσκεια του σώματος θεωρείται σημαντικός μεσολαβητής στην ανάπτυξη των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και κατ' επέκταση και των διατροφικών διαταραχών.

1.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

1.1.1 Διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές

Ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών, όπως είναι η νευρική ανορεξία, η νευρική βουλιμία και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες της Ευρώπης καθώς και στην Ελλάδα. Ως εκ τούτου, παρατηρείται αυξανόμενο κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον για την πρόληψη ανίχνευσή τους μέσω των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών που μπορεί να εμφανίσει το άτομο, οι οποίες προηγούνται οποιασδήποτε κλινικής διαταραχής.

Η διατροφική συμπεριφορά αντικατοπτρίζει γενικότερα την πολιτισμική ταυτότητα του ατόμου, το ευρύτερο κοινωνικό του πλαίσιο καθώς και τις ψυχοκοινωνικές του δεξιότητες, όπως είναι η εικόνα που έχει για τον εαυτό του, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση του. Από τη μία η συμπεριφορά αυτή μπορεί να αφορά την διευθέτηση ενός υγιεινού πλάνου διατροφής. Η φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση ευχάριστη, ευέλικτη και μπορεί να κυμανθεί ανάλογα με το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού, τις κοινωνικές ανάγκες και το πολιτιστικό υπόβαθρο (Kavazidou et al., 2012). Από την άλλη πολλές έρευνες ασχολούνται με τις όλο και πιο συχνές αποκαλούμενες «διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές». Οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές που εμφανίζουν όλο και περισσότερα άτομα σε όλο τον κόσμο ορίζονται ως ανώμαλες πεποιθήσεις, σκέψεις και συναισθήματα που αφορούν τη σχέση του ατόμου με τα τρόφιμα (Alvarenga et al., 2014; Rocks et al., 2017).

Πιο συγκεκριμένα ο όρος αυτός αναφέρεται στο πλήρες φάσμα των προβλημάτων που σχετίζονται με το φαγητό και είναι δύσκολο να προσδιοριστούν και να περιγραφούν. Συχνά σχετίζεται με τις δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα



της κατάστασης αυτής αφορούν τον καταναγκαστικό περιορισμό της τροφής, τις ελλείψεις των θρεπτικών ουσιών και την απόκλιση του ατόμου από το φυσιολογικό βάρος (Kavazidou et al., 2012). Πολλοί ψυχολογικοί, κοινωνικοί, οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την εμφάνιση και την ανάπτυξη της συμπεριφοράς αυτής (Rocks et al., 2017). Ωστόσο, τα διαταραγμένα πρότυπα διατροφής δε θεωρούνται ψυχικές διαταραχές, είναι όμως μια επικίνδυνη κατάσταση, ειδικά όσο αφορά τις επιδράσεις που μπορεί να επιφέρουν στο σωματικό βάρος και την υγεία του ατόμου (Pereira & Alvarenga, 2007).

Όπως αναφέρθηκε οι διαταραγμένες συμπεριφορές της διατροφής διαχωρίζονται από τη παθολογική κατάσταση που υπάρχει στις διατροφικές διαταραχές. Πολλά άτομα έχουν διαστρεβλωμένες διατροφικές συνήθειες, πεποιθήσεις και συναισθήματα σε σχέση με την τροφή, τα οποία όμως δεν γνωρίζουν ότι εκδηλώνουν τέτοιου είδους «μη φυσιολογικές» συμπεριφορές (Alvarenga et al., 2010). Οι περισσότερες από τις συμπεριφορές αυτές έχει διαπιστωθεί ότι είναι συχνά «καλοήθειες», η παρουσία τους όμως μπορεί να παρουσιάσει σημαντικό ψυχολογικό και ιατρικό κίνδυνο. Γι' αυτό το λόγο συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο μετέπειτα εκδήλωσης κλινικών διατροφικών διαταραχών. Οι προσκολλημένες, λοιπόν, πεποιθήσεις για συνεχή έλεγχο του σωματικού βάρους, οι φόβοι για πιθανή αύξηση του σωματικού λίπους, η αρνητική εικόνα του σώματος, η ανησυχία για τα τρόφιμα και άλλες παραμορφωμένες στάσεις και συμπεριφορές είναι αποδεδειγμένοι παράγοντες κινδύνου με σοβαρή πιθανότητα ανάπτυξης της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας ή κάποιας άλλης σοβαρής διατροφικής διαταραχής (Ivanova et al., 2017; Jones et al., 2001).

Η ανάπτυξη της διαταραγμένης συμπεριφοράς της διατροφής θεωρείται ως μια πολυδιάστατη κατάσταση με κάποια βασικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένου και της ανησυχίας για την εικόνα του σώματος. Μερικά ακόμα απ' τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν σε αυτές τις περιπτώσεις είναι οι καθαρτικές συμπεριφορές, ο περιορισμός των τροφίμων και άλλες ανεπαρκείς μέθοδοι απώλειας ή ελέγχου του βάρους, οι οποίες εμφανίζονται λιγότερο συχνά ή σε μικρότερο βαθμό από εκείνες που απαιτούνται για την πλήρωση των κριτηρίων διάγνωσης μιας διατροφικής διαταραχής (Pereira & Alvarenga, 2007). Μερικές ακόμα αρνητικές συμπεριφορές που διακρίνονται είναι η νηστεία και η μείωση των γευμάτων για απώλεια βάρους. Η εξατομίκευση των αρνητικών στάσεων και συμπεριφορών στους μη κλινικούς πληθυσμούς είναι πολύ σημαντική για την παρακολούθηση των τάσεων και των αλλαγών καθώς και για τον εντοπισμό των σχετικών συμπτωμάτων. Όταν οι συμπεριφορές αυτές γίνονται επικίνδυνες, για



παράδειγμα, όταν υπάρχει έντονη εμμονή με τις θερμίδες ή παρατηρείται κοπή της τροφής σε μικρά κομμάτια ακόμα ή απόκρυψη κάποιας ποσότητας τροφής, είναι πολύ σημαντική η παρακολούθηση για εντοπισμό κλινικής κατάστασης. Η παρουσία αυτών των συμπεριφορών μπορεί να αποτελεί ένδειξη σημαντικών ψυχολογικών και ιατρικών κινδύνων και μπορεί να είναι πρόδρομες συμπεριφορές κάποιες διατροφικής διαταραχής (Pace et al., 2018).

1.1.1.1 Αίτια και παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε, οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές έχουν ως υπόβαθρο πολλούς ψυχολογικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και οικογενειακούς παράγοντες, οι οποίοι ευθύνονται για την εμφάνιση και την ανάπτυξη αυτών των συμπεριφορών. Η οικογένεια είναι ο πρωταρχικός κοινωνικός παράγοντας που επηρεάζει από μικρή ηλικία τα παιδιά και είναι πιθανό ότι πολλοί άλλοι παράγοντες κινδύνου για τις παιδικές διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες να σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον. Έχει διαπιστωθεί σε διάφορες μελέτες ότι οι οικογένειες που τα παιδιά τους έχουν αρνητικές διατροφικές συνήθειες ή ακόμα διατροφικές διαταραχές, είναι όσες επιδρούν αρνητικά ως πρότυπο στο παιδί εξαιτίας δικών τους λανθασμένων διατροφικών συμπεριφορών ή ασχολούνται υπερβολικά με την διατροφή του παιδιού. Αντίθετα, η σωστή αντιμετώπιση της διατροφής του παιδιού απ' τον γονέα έχει βρεθεί ότι μετριάξει τις κακές διατροφικές συνήθειες των παιδιών ή τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές διατροφής. Εκτός από την οικογένεια, οι συνομήλικοι και το περιβάλλον του παιδιού στο σχολείο επηρεάζουν όλο και περισσότερο τις συμπεριφορές του στη πρόσληψη της τροφής. Έτσι, η αρνητική επιρροή ή οι αρνητικές συμπεριφορές και η πίεση από τους συνομηλίκους είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση αρνητικών διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών. Ωστόσο, όταν υπάρχει συμπαράσταση και αποδοχή από τους συνομηλίκους αυτό λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας κατά των διατροφικών διαταραχών σε εφήβους (Pace et al., 2018).

Ακόμα, η παχυσαρκία και η δυσαρέσκεια για το σώμα αποτελούν δύο από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και η διαχρονική έρευνα υποστηρίζει το ρόλο της παχυσαρκίας ως σημαντική μεταβλητή στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. Ένας από τους μηχανισμούς που μεσολαβούν ανάμεσα στη σχέση του υπερβολικού βάρους και την ανάπτυξη των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, αλλά και των διατροφικών διαταραχών, είναι η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος (Wal & Thomas, 2004). Ένας από τους σημαντικούς λόγους για τη δυσαρέσκεια ως προς



την εικόνα του σώματος και τις ανησυχίες σχετικά με το σχήμα και το βάρος είναι το άγχος της κοινωνικής εμφάνισης, που συνήθως συμβαίνει ταυτόχρονα με μια διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής (Turel et al., 2018).

Σύμφωνα με το κοινωνικοπολιτισμικό μοντέλο, η διαταραγμένη πρόσληψη τροφής είναι αποτέλεσμα της εσωτερίκευσης των αυξανόμενων πιέσεων που δέχεται το άτομο από την κοινωνία για το λεπτό ιδανικό πρότυπο σώματος (Fitzsimmons-Craft, 2011). Η διαταραγμένη κατανάλωση τροφής συχνά σχετίζεται με τις κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις και την ανασφάλεια για την εικόνα του σώματος. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες υφίστανται σημαντική πίεση από κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις, όπως είναι τα διάφορα μηνύματα από την οικογένεια, τους συνομηλίκους, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και την ευρύτερη κοινωνία που μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των ιδεωδών της εικόνας του σώματος για την ομορφιά και την ελκυστικότητα καθώς και την εμφάνιση των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών. (Turel et al., 2018).

Οι κοινωνικές συγκρίσεις που γίνονται σχετικά με το σώμα ενός ατόμου, την κατανάλωση ποσότητας και ποιότητας τροφής καθώς και την ύπαρξη άσκησης ή όχι στην καθημερινότητα ενός ατόμου μπορούν να είναι ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες για την κατανόηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Οι συγκρίσεις που γίνονται με τα ιδεώδη κοινωνικά πρότυπα και που μπορεί να απέχουν από την πραγματική εικόνα του ατόμου, κυρίως στις γυναίκες, μπορεί να αυξήσει τις διαταραγμένες σκέψεις σχετικά με τη διατροφή και να πετύχει την εμφάνιση συμπεριφορών “διόρθωσης” της αποκλίνουσας αυτής εικόνας. Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραγμένες διατροφικές ή ανθυγιεινές σκέψεις ή έντονες συμπεριφορές άσκησης και κατ’ επέκταση σε παθολογικές διατροφικές διαταραχές (Fitzsimmons-Craft et al., 2016).

1.1.1.2 Ηλικία και φύλο

Οι διαταραγμένες στάσεις και συμπεριφορές της διατροφής είναι κοινές τόσο σε εφήβους όσο και σε νεαρές γυναίκες κυρίως στις δυτικές χώρες. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι ο επιπολασμός αυτών των διαταραχών αυξάνεται και ότι η ηλικία έναρξης σταδιακά μειώνεται όλο και περισσότερο (Costarelli et al., 2010; Jones et al., 2001). Στις δυτικές χώρες οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν το 9-22% των εφήβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών. Ο επιπολασμός στα αγόρια είναι χαμηλότερος από ότι στα κορίτσια, ωστόσο υπάρχουν στοιχεία



σβότι αυξάνεται σταδιακά. Η αιτιολογία της διαταραγμένης κατανάλωσης στους εφήβους δεν είναι σαφώς κατανοητή λόγω της πολυπαραγοντικής της φύσης. Μελέτες έχουν δείξει ότι ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός εφήβων στις δυτικές χώρες είναι δυσαρεστημένος με την εικόνα του σώματός τους, παρουσιάζοντας έντονη ανησυχία για απώλεια βάρους και φόβο για πιθανή αύξηση του. Η παρουσία υπερβολικής ανησυχίας σε εφήβους συνδέεται έντονα με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κλινικών διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, ψυχολογικοί παράγοντες όπως είναι η τελειότητα, το άγχος, η δυσλειτουργία των συναισθημάτων και η συναισθηματική νοημοσύνη φαίνεται να εμπλέκονται στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός και η αιτιολογία της διαταραγμένης κατανάλωσης σε εφήβους δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά. Μια μελέτη που διεξήχθη σε εφήβους αστικών περιοχών το 2004, το 7,3% των αγοριών και το 20,3% των κοριτσιών γυμνασίου έδειξε ότι η συμπεριφορά τους όσον αφορά τη διατροφή ήταν διαταραγμένη, χωρίς ωστόσο να διερευνηθεί περαιτέρω η αιτιολογία αυτής της συμπεριφοράς. Μια δεύτερη παρόμοια μελέτη που διεξήχθη το 2011 έδειξε ότι το 18,3% του συνολικού δείγματος των μαθητών (12,8% των αγοριών και 24,7% των κοριτσιών) παρουσίαζαν διαταραγμένες διατροφικές στάσεις (Costarelli et al., 2010).

Πέρα απ' τους εφήβους η συμπεριφορά αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και μεταξύ των φοιτητών τοποθετώντας τους σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Σύμφωνα με έρευνες, τα συμπτώματα αυτής της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων και της απώλειας ελέγχου στη κατανάλωση της τροφής καθώς και του περιορισμού της, είναι συχνά κυρίως σε φοιτήτριες. Αυτά συσχετίζονται με αρνητικές ψυχολογικές και φυσικές συνέπειες, όπως είναι η κατάθλιψη και οι διατροφικές ελλείψεις αντίστοιχα. Οι έρευνες αυτές έχουν δείξει πως ένας σημαντικά μεγάλος αριθμός νεαρών γυναικών που σπουδάζουν καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα τροφής απ' ότι γυναίκες της ίδιας ηλικίας που δε σπουδάζουν (Becker et al., 2018). Όσον αφορά τους άντρες φοιτητές, η μυϊκή δυσμορφία ή η δυσαρέσκεια της μυϊκής τους δύναμης και η εικόνα του σώματος τους μπορεί να τους οδηγήσει σε διαταραγμένες συμπεριφορές της διατροφής με σκοπό να επιτύχουν αυξημένη μυϊκή μάζα (Turel et al., 2018).

Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματα μιας πρόσφατης μελέτης στη Κύπρο αποδεικνύουν ότι οι διαταραγμένες συμπεριφορές της διατροφής μπορούν να εντοπιστούν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και στα δύο φύλα. Οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 25-45 ετών στην Κύπρο είχαν την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κάποιας διαταραγμένης συμπεριφοράς, όπως η υπερβολική



κατανάλωση του φαγητού, η κατανάλωση καθαρτικών και διουρητικών χαπιών καθώς και ο αυτό-προκαλούμενος εμετός (Hadjigeorgiou et al., 2018).

Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τα άτομα αυτά μπορεί να είναι η παρορμητικότητα, ένα πολύπλευρο χαρακτηριστικό των νεαρών ατόμων. Αν και η έρευνα με κλινικούς πληθυσμούς είναι πολύ σημαντική, υπάρχει ανάγκη ερευνητικής μελέτης και σε μη κλινικούς πληθυσμούς προκειμένου να εντοπιστούν τα χαρακτηριστικά που θέτουν τους κινδύνους για εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής, ώστε να μπορεί αποφευχθεί η ανάπτυξη τους. Επομένως, αν η παρορμητικότητα μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου για κλινικές διατροφικές διαταραχές, πρέπει να βρεθεί και να αναπαραχθεί και σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Lundahl et al., 2015).

Επομένως, οι παραμορφωμένες νοοτροπίες και συμπεριφορές έχουν αποδειχθεί ως παράγοντες κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές. Οι διαταραγμένες στάσεις και συμπεριφορές διατροφής έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και η επιστημονική τους μελέτη μπορεί να εμπλουτίσει τη γνώση του κινδύνου για την ανάπτυξη όσο και για τη θεραπεία των κλινικών περιπτώσεων. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής πριν οδηγήσουν σε παθολογικές διατροφικές διαταραχές (Alvarenga et al., 2014; Ivanova et al., 2017; Turel et al., 2018).

1.1.2 Παθολογικές διατροφικές διαταραχές

Οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής, όπως είναι η δίαιτα, η νηστεία, η χρήση καθαρτικών ουσιών ή η κατάχρηση διουρητικών, ο αυτό-προκαλούμενος εμετός και η υπερφαγία, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομο (Ortega-Luyando et al., 2015). Αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να αποτελούν πρόδρομη κατάσταση για την ανάπτυξη κάποιας κλινικής διατροφικής διαταραχής. Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρά απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή, κατά τις οποίες μπορεί κανείς να είναι υπερβολικά προσηλωμένος, για παράδειγμα, σχετικά με το σχήμα του σώματος του, την εμφάνιση και το βάρος του, συμπτώματα τα οποία μπορούν να προκαλέσουν ακραίες διατροφικές συνήθειες οι οποίες οδηγούν σε διάφορα προβλήματα υγείας (Turel et al., 2018).

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από πληθώρα ιατρικών επιπλοκών, ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία και συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία, και έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, απόπειρας αυτοκτονίας και θνησιμότητας σε σύγκριση με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες (Stice & Shaw, 2002). Μπορούν να αντιμετωπιστούν



αποτελεσματικότερα και ταχύτερα, όταν εντοπιστούν νωρίς. Γι' αυτούς τους λόγους είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής προτού οδηγήσουν σε παθολογικές διατροφικές διαταραχές (Turel et al., 2018). Η έναρξη μιας τέτοιας παθολογικής κατάστασης συμβαίνει, συνήθως, κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων, κυρίως σε κορίτσια, και η συχνότητα εμφάνισης τους στην αρχή της εφηβείας αυξάνεται συνεχώς. Τα πρότυπα κατανάλωσης και οι συμπεριφορές διατροφής είναι δυνητικά σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για την ανάπτυξη σοβαρών διαταραχών στην στη ζωή ενός ατόμου (Knez et al., 2006).

1.1.2.1 Ορισμός και κατηγορίες διατροφικών διαταραχών

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται ως μια «επίμονη διαταραχή σχετικά με την κατανάλωση της τροφής ή συμπεριφορά που σχετίζεται με το φαγητό και έχουν ως αποτέλεσμα την δυσαπορρόφηση των τροφίμων από τον οργανισμό, κάτι που επηρεάζει σημαντικά τη υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013). Τα άτομα αυτά έχουν σημαντική ψυχολογική και λειτουργική δυσλειτουργία, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί από παραμορφωμένες αντιλήψεις για την εικόνα του σώματος, περιορισμό ή υπερκατανάλωση τροφής και συναφείς συμπεριφορές και σκέψεις για τη διατήρηση αυτών των διατροφικών συνηθειών (Hirst et al., 2017). Εκτός από τα διάφορα χαρακτηριστικά συμπτώματα που παρατηρούνται, οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν μια σειρά ανεπαρκών και δυσλειτουργικών στάσεων έναντι του φαγητού και μια πολύπλοκη σχέση με τα τρόφιμα που χαρακτηρίζεται από άγχος, θυμό, φόβο και ενοχή (Alvarenga et al., 2014).

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-V της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας στην ενότητα «Διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής» περιλαμβάνει τις εξής διαγνωστικές κατηγορίες:

- Νευρική ανορεξία
- Νευρογενής βουλιμία
- Διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας
- Pica
- Διαταραχή μηρυκασμού
- Διαταραχή περιορισμού λήξης τροφής

Η λογική αυτής της προσέγγισης είναι ότι, πέρα από ορισμένα κοινά ψυχολογικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά των κατηγοριών αυτών, η κάθε μια διαφέρει ουσιαστικά από



κλινική άποψη στην πορεία, την έκβαση και τις ανάγκες της θεραπείας. Αξίζει να σημειωθεί πως η παχυσαρκία δεν περιλαμβάνεται στο DSM-5 ως ψυχική διαταραχή και δε θεωρείται παθολογική διατροφική διαταραχή. Η παχυσαρκία, όπως είναι γνωστό, προκύπτει από τη μακροπρόθεσμη υπερθερμιδική κατανάλωση σε σχέση με τις ενεργειακές ανάγκες του ατόμου. Μια σειρά γενετικών, φυσιολογικών, συμπεριφοριστικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που διαφέρουν μεταξύ των ατόμων συμβάλλει στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Γι' αυτούς τους λόγους η παχυσαρκία δε θεωρείται παθολογικά διατροφική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2.2 Ηλικία και φύλο

Οι διατροφικές διαταραχές, είναι κάποιες από τις κύριες αιτίες «αναπηρίας» των νέων γυναικών σε όλο τον κόσμο. Η εφηβεία και η πρόωμη ενηλικίωση, όπως αναφέρθηκε, είναι οι περίοδοι ζωής με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Το φύλο καθώς και η ηλικία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης κινδύνου που μπορεί να διατρέχει ένα άτομο για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής. Η συμπτωματολογία που υπάρχει φαίνεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχοκοινωνική υγεία και έχει σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στη γενική ποιότητα ζωής των εφήβων (Costarelli et al., 2010; Ivanova et al., 2017).

Οι διατροφικές διαταραχές και γενικά η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά στους άνδρες δεν μελετάται τόσο συχνά όσο στις γυναίκες. Ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς αναφέρουν έναν αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικής διαταραχής και σε άνδρες. Περιοριστική ή υπερβολική κατανάλωση τροφής, συμπεριφορές αυτό-προκαλούμενου έμετου, υπερβολική άσκηση, περιορισμένη ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, συνεχής έλεγχος του σώματος ή αποφυγή ελέγχου του σώματος, υπερβολική απώλεια βάρους, διαταραχές του έμμηνου κύκλου, κόπωση και διαταραχές της εικόνας του σώματος είναι κάποια απ' τα κοινά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών (Ivanova et al., 2017).

1.1.2.3 Επιπολασμός και θνησιμότητα

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη, το ποσοστό εμφάνισης κάποιας διαταραχής είναι περίπου 0,6% και όσον αφορά τη νευρική βουλιμία είναι 1,0% του συνόλου του πληθυσμού. Όπως είναι γνωστό, τα ποσοστά αυτά αφορούν περισσότερο τις



γυναίκες παρά τους άντρες. Επιπλέον, στις ΗΠΑ, εκτιμάται ότι 20 εκατομμύρια γυναίκες και 10 εκατομμύρια άνδρες πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση διατροφικής διαταραχής σε κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Παρ' όλα αυτά πολλά άτομα αντιμετωπίζουν μια τέτοια κατάσταση, αλλά δεν αναζητούν θεραπεία παρά των συμπτωμάτων που εμφανίζουν. Τα ποσοστά θνησιμότητας ατόμων που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή είναι απ' τα υψηλότερα σε σύγκριση με όλες τις άλλες ψυχικές ασθένειες (Hirst et al., 2017). Η θεραπεία για τα άτομα που αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια ή αναγκάζονται να βοηθηθούν είναι γενικά δύσκολη, ειδικά όσοι πάσχουν από νευρική ανορεξία οι οποίοι τείνουν να αρνούνται τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους και να έχουν υψηλό ποσοστό αυτοκτονικού κινδύνου και θνησιμότητας έως και 15%. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία συχνά αγωνίζονται και ντρέπονται από την απώλεια ελέγχου που υπάρχει στη διατροφή τους. Συχνά εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και είναι ευάλωτοι σε αυτοτραυματισμούς (Ivanova et al., 2017).

1.1.2.4 Αίτια και παράγοντες

Έχουν γίνει αρκετές αναλύσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών τα τελευταία χρόνια. Η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών, ωστόσο, είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη, πιστεύεται παρ' όλα αυτά ότι περιλαμβάνει ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και γενετικών παραγόντων οι οποίοι συνεισφέρουν στην εμφάνιση τους.

Αρχικά, γνωρίζουμε ότι οι διατροφικές διαταραχές τείνουν να συσσωρεύονται σε οικογένειες. Υπάρχουν ολοένα και περισσότερες ενδείξεις ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι κληρονομικές, καθώς οι συγγενείς των ασθενών με διατροφικές διαταραχές έχουν 10 φορές αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης παρόμοιας ασθένειας. Συγκεκριμένα, διπλές πρόσφατες μελέτες έχουν εκτιμήσει ότι η κληρονομικότητα της νευρικής βουλιμίας είναι μεταξύ 28% και 83% σε σύγκριση με τα ποσοστά 28-74% και 50-74% που έδειξαν παλιότερες μελέτες. Είναι γνωστοί διάφοροι γονικοί παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία στην ανάπτυξη κάποια διατροφικής διαταραχής, είτε ανορεξίας είτε βουλιμίας είτε επεισοδιακής υπερφαγίας. Περισσότερο σε κίνδυνο είναι εκείνοι που έχουν γονέα (ή γονείς) με ψυχικές ασθένειες, ιδιαίτερα διπολική διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές άγχους ή γονέα με διάγνωση διαταραχής της διατροφής. Οι γονείς που έχουν υπερβολικά άκαμπτες ή αρνητικές απόψεις για το βάρος βρέθηκαν σε γυναίκες ασθενείς οι οποίες είχαν αναπτύξει νευρογενή βουλιμία. Υπάρχουν,



επίσης, μελέτες που αναφέρουν ότι η περίπτωση να εμφανιστεί κάποια διατροφική διαταραχή σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι πιο συχνή απ' ό,τι σε διζυγωτικά δίδυμα. Το ίδιο έχει παρατηρηθεί και σε παιδιά που η μητέρα τους είχε κάποια διατροφική διαταραχή όσο ήταν έγκυος (Castillo & Weiselberg, 2017; Garner & Keiper, 2010; Moskowitz & Weiselberg, 2017; Zipfel et al., 2015).

Επιπλέον, μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση φαγητού, τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές του ατόμου και τον περιορισμό της τροφής, έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει κληρονομικότητα για αυτές τις προβληματικές συμπεριφορές σε ποσοστό 46-72%. Παρομοίως, η ανησυχία που υπάρχει στα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή σχετικά με το φαγητό και το σωματικό βάρος και τη δυσαρέσκεια του σώματος έχουν δείξει, επίσης, κληρονομικότητα περίπου 32-72% (Schmidt, 2003). Τα γονίδια και η κληρονομικότητα, επομένως, συμβάλλουν σε μεγάλο ποσοστό στον κίνδυνο εμφάνισης νευρικής ανορεξίας ή βουλιμίας.

Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες, είναι γνωστό ότι μπορεί να υπάρχουν ορισμένες ανωμαλίες στους νευροδιαβιβαστές, στα νευροπεπτίδια και το νευροενδοκρινικό σύστημα (Schmidt, 2003). Για παράδειγμα, ασθενείς οι οποίοι έχουν θεραπευτεί εξακολουθούν να εμφανίζουν μειωμένη δραστηριότητα στην περιοχή συγκεκριμένων κυττάρων και σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου τους. Οι ανωμαλίες που μπορεί να υπάρχουν στην ντοπαμίνη πιστεύεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο. Είναι ακόμα πολύ πιθανό οι διατροφικές διαταραχές να εξελίσσονται από μια ανωμαλία που μπορεί να υπάρχει στη συναισθηματική μάθηση και την επεξεργασία της μνήμης που σχετίζεται με τα τρόφιμα ή τις γνωστικές αναπαραστάσεις των τροφίμων με τη μορφή του βάρους και του σχήματος. Αυτό μπορεί να προκληθεί από μια συσχέτιση μεταξύ τη τροφής και κάποιας τραυματικής εμπειρίας ή από μια διαδικασία γνωστικής προετοιμασίας μέσω λεκτικών πληροφοριών, για παράδειγμα, απειλητικές πληροφορίες από τρίτους για το φαγητό, το βάρος και την υγεία (Moskowitz & Weiselberg, 2017; Treasure et al., 2012).

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, πιστεύεται ότι εκείνοι που εμφανίζουν χαρακτηριστικά όπως είναι, για παράδειγμα, η αλεξιθυμία, δηλαδή η δυσλειτουργία που υπάρχει στην αναγνώριση των συναισθημάτων που έχει το άτομο για τον εαυτό του, είναι πολύ πιθανόν να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή. Θεωρείται, επίσης, ότι εκείνοι με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής επίγνωσης σε σύγκριση με εκείνους που εμφανίζουν νευρική βουλιμία. Η ανεπαρκής ανεκτικότητα στο άγχος, η τελειομανία, οι διάφορες εμμονές, η έλλειψη ευελιξίας, ο νευρωτισμός, η αρνητική συναισθηματικότητα, ο



καταναγκασμός, η κοινωνική αναστολή, η συναισθηματική αυτοσυγκράτηση και η μειωμένη αυτοεκτίμηση είναι, επίσης, κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ατόμων με ανορεξία. Οι καταθλιπτικές διαταραχές προηγούνται συχνά σε άτομα με διατροφικές διαταραχές (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Κατά την εξέταση των κοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν στις διατροφικές διαταραχές, η διαίτα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για όλες τις διαταραχές. Οι παράγοντες πολιτιστικού κινδύνου αρχικά υποβλήθηκαν για να εξηγήσουν τον υψηλό επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των γυναικών και των εφήβων στις δυτικές χώρες. Συχνά οι έφηβοι με ανορεξία και άτυπη ανορεξία βλέπουν τους γονείς να διαμορφώνουν συμπεριφορές διατροφής στο σπίτι, ενώ άλλες φορές οι γονείς τους είναι παχύσαρκοι και μπορεί να έχουν διαγνωσθεί με ιατρικά θέματα, όπως είναι ο καρκίνος, ο διαβήτης ή τα καρδιακά προβλήματα, προκαλώντας προβλήματα στη διατροφή του εφήβου. Έτσι, η διαίτα είναι ένας καθιερωμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής, αν και μόνο ένα μικρό ποσοστό καταλήγει σε παθολογική διαταραχή της διατροφής. Επίσης, η ίδια η κοινωνία έχει κατηγορηθεί εδώ και καιρό ότι προκαλεί τέτοιου είδους συμπεριφορές και ασθένειες δεδομένου ότι τα ιδανικά της εξισώνουν την ομορφιά με τη λεπτότητα. Η διεθνής μελέτη των Φίτζι είναι ίσως η πιο γνωστή μελέτη που έχει αποδείξει ότι η έκθεση στα δυτικά μέσα ενημέρωσης μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη επιθυμία των γυναικών να αναμορφώσουν το σώμα τους και σε αυξημένα ποσοστά διατροφικών διαταραχών. Ωστόσο, η ανορεξία μπορεί να βρεθεί και σε μη βιομηχανοποιημένες κοινωνίες με ελάχιστη δυτική πολιτισμική επιρροή, αν και συχνά αναφέρονται διάφοροι λόγοι για την άρνηση των τροφίμων και την απώλεια βάρους, όπως είναι η θρησκευτική αφοσίωση (Garner & Keiper, 2010; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Η οικογενειακή δυσλειτουργία συνδέεται, επίσης, με την νευρική ανορεξία, καθώς είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το άτομο ψυχολογικά και να προκαλέσει διαταραχές στην κατανάλωση της τροφής. Η ανορεξία μπορεί συχνά να εμφανίζεται μετά από αγχωτικές μεταβάσεις στη ζωή ενός ατόμου, όπως είναι η μετάβαση στο κολλέγιο, η απομάκρυνση από το πατρικό σπίτι ή η απώλεια ενός γονέα. Περαιτέρω, η σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται, επίσης, με διαταραχές της διατροφής, κυρίως με τη νευρική βουλιμία, και ιδιαίτερα σε εκείνους που αναπτύσσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες. Τέλος, οι αθλητές ή όσοι ασχολούνται με επαγγέλματα που έχουν να κάνουν με τη λεπτότητα του σώματος (π.χ. γυμναστική, χορός ή πάλη)



θεωρείται ότι υπάρχει και σ' αυτά τα άτομα μεγάλη επικινδυνότητα ανάπτυξης διατροφής διαταραχής (Garner & Keiper, 2010; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

1.1.3 Νευρική ανορεξία

1.1.3.1 Ορισμός

Η νευρογενής ανορεξία, η πιο αναγνωρίσιμη διατροφική διαταραχή, είναι μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από την αδυναμία διατήρησης ενός φυσιολογικού υγιούς σωματικού βάρους κατά την οποία οι ασθενείς δε μπορούν να κατανοήσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και αντιστέκονται στην ιδέα ότι έχουν κάποιο ιατρικό πρόβλημα. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Διεθνής στατιστική ταξινόμηση νοσημάτων και συναφών προβλημάτων υγείας (ICD-10)» ορίζεται ως η διαταραχή που μπορεί να χαρακτηριστεί από σκόπιμη απώλεια βάρους, η οποία προκαλείται και υποστηρίζεται από το ίδιο το άτομο. Τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου μπορούν να αναγνωριστούν εύκολα από τους ειδικούς και η διάγνωση είναι αξιόπιστη σε υψηλό επίπεδο συμφωνίας μεταξύ των ιατρών (© World Health Organization, 2009; Bulik et al., 2012; Silber, 2012).

1.1.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με τη τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-V) της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας, η νευρική ανορεξία περιλαμβάνει τα εξής κριτήρια που αφορούν τη διάγνωση της ασθένειας και τη διαφοροποίηση της από άλλες διατροφικές διαταραχές:

- Περιορισμός της κατανάλωσης τροφής σε σχέση με τις ενεργειακές απαιτήσεις, με αποτέλεσμα ένα πολύ χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή τροχιά και τη σωματική υγεία.
- Έντονος φόβος και ανησυχία για αύξηση του βάρους ή εναπόθεση της τροφής ως λίπος, ακόμη και αν και το βάρος του ατόμου είναι κάτω από το φυσιολογικό.
- Διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και υπερενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος καθώς και επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού βάρους (American Psychiatric Association, 2013).



Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) τα κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας είναι τα εξής:

- Το σωματικό βάρος διατηρείται κατά τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε χαθεί είτε δεν έχει επιτευχθεί ποτέ) ή ο δείκτης μάζας σώματος είναι 17,5 ή μικρότερος.
- Η απώλεια βάρους προκαλείται από την αποφυγή τροφίμων που θεωρούνται από τα άτομα πως θα τους προσθέσουν βάρος ή λίπος. Επίσης, μετά την κατανάλωση οποιασδήποτε τροφής μπορεί να ακολουθεί εμετός που προκαλείται από τον ίδιο τον ασθενή, υπερβολική άσκηση, χρήση κατασταλτικών της όρεξης ή και διουρητικών.
- Υπάρχει παραμόρφωση στην αντίληψη της σωματικής εικόνας, στην οποία ο φόβος της εναπόθεσης λίπους είναι αρκετά έντονος και ο ασθενής επιβάλλει ένα χαμηλό όριο βάρους στον εαυτό του.
- Διαπιστώνεται μια εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή που αφορά τον άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης – γοναδικού άξονα που εκδηλώνεται κυρίως στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Μπορεί επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης, αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης και ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.
- Εάν η έναρξη της ανορεξίας συμβαίνει πριν την εφηβεία καθυστερείται η ανάπτυξη και τα επακόλουθα της εφηβικής ηλικίας. Με την ανάκαμψη της κατάστασης και την αύξηση του βάρους, η εφηβική ανάπτυξη ξεκινάει συνήθως φυσιολογικά αλλά η εμμηνарχή στα κορίτσια καθυστερεί (© World Health Organization, 2009).

1.1.3.3 Τύποι νευρικής ανορεξίας

Η νευρική ανορεξία μπορεί να διαχωριστεί, βάσει της ύπαρξης ή μη υπερφαγικών επεισοδίων και καθαρτικών συμπεριφορών στην κλινική εικόνα, σε δύο τύπους διαταραχής, οι οποίοι φαίνεται να έχουν σημαντική θεραπευτική και προγνωστική σημασία:

- ο περιοριστικός τύπος που αφορά μόνο περιορισμό της διατροφής, χωρίς υπερφαγικά επεισόδια ή καθαρτικές συμπεριφορές
- ο υπερφαγικός/καθαρτικός τύπος, όπου συνυπάρχουν καθαρτικές συμπεριφορές στα υπερφαγικά επεισόδια ή σε περιπτώσεις απόκλισης από το πρόγραμμα διατροφής του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013).



1.1.3.4 Προσδιορισμός σοβαρότητας της διαταραχής

Η σοβαρότητα της κατάστασης και για το αν άτομο χρήζει ή όχι νοσοκομειακής περίθαλψης μπορεί να διαπιστωθεί, εκτός από τη κλινική εικόνα, και από το δείκτη μάζας σώματος για τους ενήλικες και από τις καμπύλες ανάπτυξης για τα παιδιά και τους εφήβους (© World Health Organization, 2009; American Psychiatric Association, 2013). Στους ενήλικες αν ο δείκτης μάζας σώματος είναι πάνω από 17kg/m^2 η διαταραχή μπορεί να χαρακτηριστεί ως ήπια. Αν είναι μεταξύ $16-16,99\text{ kg/m}^2$ χαρακτηρίζεται ως μέτριας επικινδυνότητας κατάσταση, από $15-15,99\text{ kg/m}^2$ μπορεί να χαρακτηριστεί ως σοβαρή επικινδυνότητας, ενώ όταν ο δείκτης μάζας σώματος είναι κάτω από 15 kg/m^2 η κατάσταση θεωρείται ακραία και το άτομο έχει ανάγκη από νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω σοβαρής υποθρεψίας (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3.5 Αιτίες

Οι θεμελιώδεις αιτίες της νευρικής ανορεξίας παραμένουν ασαφείς, υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι η αλληλεπίδραση των κοινωνικοπολιτιστικών και βιολογικών παραγόντων συμβάλλει στην αιτιώδη συνάφεια της, όπως και οι λιγότερο συγκεκριμένοι ψυχολογικοί μηχανισμοί και η ευπάθεια της προσωπικότητας. Η ανορεξία είναι συνήθως συνυφασμένη με τη κατάθλιψη και τις διαταραχές του άγχους. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι διαταραχές άγχους συχνά ευθύνονται για την έναρξη της διατροφικής διαταραχής και η κατάθλιψη συχνά παραμένει μετά την θεραπεία της διαταραχής (© World Health Organization, 2009; Bulik et al., 2012).

1.1.3.6 Επιπολασμός και ηλικία εμφάνισης

Όσον αφορά τον επιπολασμό της ασθένειας η συνηθέστερη ηλικία έναρξης είναι μεταξύ 15 και 19 ετών κυρίως σε έφηβες γυναίκες, αν και πρόσφατες μελέτες δείχνουν αύξηση της εμφάνισης της και σε ενήλικες. Οι έφηβοι και οι νεαροί άνδρες μπορεί να επηρεάζονται σπανιότερα, όπως και τα παιδιά που πλησιάζουν την εφηβεία αλλά και οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση. Με βάση τα στοιχεία που υπάρχουν από μια πρόσφατη εθνική μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η ανορεξία εμφανίζεται στα άτομα από ηλικία 18 ετών και πάνω σε ποσοστό 0,9% για τις γυναίκες και 0,3% για τους άνδρες (© World Health Organization, 2009). Σε μεγαλύτερο φάσμα ηλικιών (15-19 ετών) τα ποσοστά επικράτησης κυμαίνονται μεταξύ 0,2-0,8%, με μέσο ποσοστό 0,3% (Bryant-Waugh, 2006). Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ο



επιπολασμός της νευρικής ανορεξίας σε όλη τη ζωή στο γενικό πληθυσμό, έχει αναφερθεί ότι αποτελεί περίπου το 1% στις γυναίκες και λιγότερο από το 0,5% στους άνδρες. Η αναλογία των φύλων στους ενήλικες είναι 1:8. (Bulik et al., 2012; Zipfel et al., 2015).

1.1.3.7 Σωματικές επιπλοκές της διαταραχής

Οι επακόλουθες ψυχιατρικές και ιατρικές συνέπειες της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής είναι ποικίλες. Μερικές από αυτές είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η απομάκρυνση από τον κοινωνικό περίγυρο, η σωματική κόπωση καθώς και πολλαπλές ιατρικές επιπλοκές. Λόγω της φύσης της ασθένειας, όταν εμφανίζεται στην εφηβεία, υπάρχει παρατεταμένη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του ατόμου. Η διαταραχή συνδέεται έντονα με υποσιτισμό ποικίλης σοβαρότητας, με επακόλουθες δευτερογενείς ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές της σωματικής λειτουργίας. Παραμένει κάποια αμφιβολία ως προς το αν η χαρακτηριστική ενδοκρινική διαταραχή οφείλεται εξ' ολοκλήρου στο υποσιτισμό και στην άμεση επίδραση διαφόρων συμπεριφορών που την οδήγησαν ή εάν εμπλέκονται άλλοι αβέβαιοι παράγοντες. Ο υποσιτισμός αυτός έχει ως φυσικές συνέπειες την εμφάνιση αμηνόρροιας, την υποθερμία, τη βραδυκαρδία, την υπόταση και ψυχικά τη χρόνια κατάθλιψη. (© World Health Organization, 2009; Bulik et al., 2012; Silber, 2012).

Η κύρια αιτία για τις ιατρικές επιπλοκές στην νευρική ανορεξία είναι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της πρόσληψης ενέργειας και των ενεργειακών απαιτήσεων του οργανισμού, οδηγώντας σε μια υπο-μεταβολική κατάσταση. Τα άτομα που αναπτύσσουν υποσιτισμό, ειδικά όσα ανήκουν στη κατηγορία του καθαρτικού τύπου ανορεξίας, παρουσιάζουν σοβαρή ανισορροπία στους ηλεκτρολύτες και στα θρεπτικά συστατικά που χρησιμοποιεί ο οργανισμός για την παραγωγή ενέργειας. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα παραμονής του υποσιτισμού οι προσπάθειες του οργανισμού για προσαρμογή στην έλλειψη τροφής πραγματοποιούνται σε μεταβολικό και σε νευροενδοκρινικό επίπεδο. Αυτές οι μεταβολικές αλλαγές μπορεί να γίνουν κατανοητές ως μια προσπάθεια να διατηρηθεί αρχικά η ομοιόσταση της γλυκόζης και στη συνέχεια η διατήρηση της πρωτεΐνης. Σε πρώτη φάση παρουσιάζεται επιτάχυνση της ηπατικής γλυκονεογένεσης με την αλανίνη που παράγεται από τους μυς ως κύριο υπόστρωμα. Όταν η κατάσταση παραταθεί ο οργανισμός ανταποκρίνεται στην εξάντληση της πρωτεΐνης με μεταβολική καύση του λίπους με αποτέλεσμα την παραγωγή των κετονικών σωμάτων, δίνοντας έτσι προτεραιότητα στη διατήρηση της διαθέσιμης πρωτεΐνης. Οι κετόνες αντικαθιστούν σταδιακά τη γλυκόζη και χρησιμοποιούνται από τον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα ως κύρια πηγή ενέργειας. Αν ο υποσιτισμός



προχωρήσει χρονικά και δεν υπάρξει κάποια παρέμβαση οι συνέπειες που μπορεί να υπάρξουν θα είναι θόλωση της συνείδησης του ατόμου, λήθαργος, κώμα και σε τελικό στάδιο ο θάνατος (Moskowitz & Weiselberg, 2017; Silber, 2012).

Μία από τις σημαντικότερες ιατρικές επιπλοκές, που συχνά οδηγεί σε νοσηλεία, είναι η βραδυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση, που προκαλούνται από τον υποσιτισμό και την αυξημένη οσφυαλγία. Οι δημοσιευμένες συστάσεις που υπάρχουν για νοσηλεία τέτοιων περιπτώσεων περιλαμβάνουν τη σοβαρή βραδυκαρδία με λιγότερο από 50 χτύπους / λεπτό κατά τη διάρκεια της ημέρας ή υπόταση κάτω από 80/50 mmHg. Άλλα καρδιακά ευρήματα μπορεί να περιλαμβάνουν παρατεταμένο διάστημα QT στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ο σοβαρός υποσιτισμός μπορεί να οδηγήσει σε ατροφία του μυοκαρδίου με μειωμένη συσταλτικότητα και καρδιακή παροχή. Συνεπώς, πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την αποφυγή υπερφόρτωσης υγρών με υπερβολική επιθετική ενυδάτωση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε οίδημα και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Μια ακόμα κοινή επιπλοκή, που αποτελεί και σύμπτωμα της ασθένειας, και που μπορεί συχνά να οδηγήσει τον ασθενή στην ιατρική περίθαλψη είναι η αμηνόρροια. Ο υποσιτισμός, σε μια προσπάθεια εξοικονόμησης ενέργειας, οδηγεί σε καταστολή του κεντρικού υποθαλάμου, προκαλώντας υπογοναδοτροπικό υπογοναδισμό, με μειωμένα επίπεδα παραγωγής ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), ορμόνη διέγερσης των ωοθυλακίων και της οιστραδιόλης. Επιπλέον, η απουσία παραγωγής των οιστρογόνων οδηγεί στο χρόνιο ιατρικό πρόβλημα που παρουσιάζεται στην ανορεξία, την οστεοπενία και την οστεοπόρωση. Καθώς η εφηβεία είναι ο χρόνος απόκτησης μέγιστης οστικής μάζας, η ανάπτυξη της αμηνόρροιας και η ανεπάρκεια της οστικής μάζας μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο κίνδυνο κατάγματος. Η μόνη θεραπεία είναι η αύξηση του βάρους και η επανεμφάνιση της εμμήνου ρύσεως. Το 21% των ασθενών με νευρική ανορεξία έχουν οστεοπόρωση και πάνω από το 54% έχουν οστεοπενία της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Moskowitz & Weiselberg, 2017; Zipfel et al., 2015).

Όσον αφορά τις γαστρεντερικές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, η καθυστερημένη γαστρική κένωση, η δυσπεψία, το κοιλιακό άλγος και η δυσκοιλιότητα είναι μια από αυτές. Ο υποσιτισμός μπορεί να προκαλέσει διήθηση λίπους στο ήπαρ και σπάνια ηπατική ανεπάρκεια. Ο εμετός στους καθαρτικού τύπου ασθενείς μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ή ρήξης του οισοφάγου (Moskowitz & Weiselberg, 2017; Silber, 2012).



1.1.3.8 Άτυπη νευρική ανορεξία

Στη τελευταία έκδοση του εγχειριδίου DSM-V γίνεται αναφορά σε μια παραλλαγή της ασθένειας της νευρικής ανορεξίας, την άτυπη νευρική ανορεξία, η οποία έχει πολλά κοινά και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η άτυπη νευρική ανορεξία πληροί όλα τα διαγνωστικά κριτήρια, εκτός από το γεγονός ότι παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος του ατόμου είναι εντός των φυσιολογικών ορίων ή πάνω από το φυσιολογικό (American Psychiatric Association, 2013; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Συγκεκριμένα, ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για τα άτομα στα οποία απουσιάζουν ένα ή περισσότερα από τα βασικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας, όπως είναι η αμηνόρροια ή η σημαντική απώλεια βάρους. Ωστόσο, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μια αρκετά χαρακτηριστική κλινική εικόνα, με χαρακτηριστικά όπως είναι ο περιορισμός της τροφής, η υπερβολική άσκηση, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και ο έντονος φόβος για αύξηση του βάρους. Η απώλεια βάρους είναι συνήθως υποβαθμισμένη ή ασήμαντη καθώς πολλά απ' αυτά τα άτομα υπήρξαν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Σ' αυτή τη κατηγορία πιθανόν να ανήκουν και οι ασθενείς που έχουν όλα τα βασικά συμπτώματα της ασθένειας αλλά μόνο σε ήπιο βαθμό (American Psychiatric Association, 2013; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

1.1.4 Νευρογενής βουλιμία

1.1.4.1 Ορισμός

Η νευρογενής ή ψυχογενής ή νευρική βουλιμία είναι μια επίσης διαδεδομένη διατροφική διαταραχή με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, μετά την νευρική ανορεξία. Χαρακτηρίζεται κυρίως από επανειλημμένες περιόδους υπερκατανάλωσης τροφής συνοδευόμενης από υπερβολική ανησυχία για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, οδηγώντας το άτομο σε ακραίες συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνουν κυρίως αυτόπροκαλούμενο εμετό ή χρήση καθαρτικών και διουρητικών χαπιών ή υπερβολικά ψυχαναγκαστική άσκηση (© World Health Organization, 2009; Silber, 2012; Vaz, 1998). Τα επεισόδια που εμφανίζουν οι βουλιμικοί ασθενείς, μέχρι τη δεκαετία του '70 θεωρούνταν ως ένα σύμπτωμα είτε της ψυχογενούς ανορεξίας είτε της παχυσαρκίας. Το 1979 έγινε η πρώτη κλινική περιγραφή της ασθένειας ως ένα ξεχωριστό κλινικό σύνδρομο από τον Βρετανό ψυχίατρο Gerald Russell, ο οποίος εισήγαγε και την ονομασία της διαταραχής στη βιβλιογραφία, εντοπίζοντας



παράλληλα τα κοινά χαρακτηριστικά της βουλιμίας με την νευρική ανορεξία, δηλαδή τον φόβο της αύξησης του σωματικού βάρους και τη διαταραχή της εικόνας του σώματος (Castillo & Weiselberg, 2017).

1.1.4.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με τη τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-V) της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας η νευρική βουλιμία περιλαμβάνει τα εξής κριτήρια που αφορούν τη διάγνωση της ασθένειας και τη διαφοροποίηση της από άλλες διατροφικές διαταραχές:

- Το άτομο εμφανίζει επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Ένα τέτοιο επεισόδιο χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση τροφής, έπειτα από ένα γεύμα, σε χρονικό διάστημα 2 ωρών, με ποσότητα τροφής μεγαλύτερη απ' ό τι τρώνε συνήθως τα περισσότερα άτομα σε μια παρόμοια χρονική περίοδο υπό παρόμοιες συνθήκες. Η εμφάνιση υπερβολικής κατανάλωσης τροφής πρέπει να συνοδεύεται από μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου.
- Το άτομο χρησιμοποιεί επαναλαμβανόμενες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, προκειμένου να μην επιτευχθεί αύξηση του σωματικού βάρους, όπως είναι ο αυτό-προκαλούμενος εμετός, η χρήση καθαρτικών ουσιών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, η παρατεταμένη νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση,
- Τα υπερφαγικά επεισόδια και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές παρουσιάζονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για χρονική περίοδο 3 μηνών,
- Η αυτοαξιολόγηση του ατόμου για τον εαυτό του επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος του,
- Η διαταραχή αυτή δεν συμβαίνει αποκλειστικά τη διάρκεια επεισοδίων νευρικής ανορεξίας (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) τα κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να γίνει η διάγνωση της νευρογενούς βουλιμίας είναι τα εξής:

- Το άτομο πρέπει να παρουσιάζει έντονη και επίμονη ανησυχία για το φαγητό και έντονη βουλιμία γι' αυτό, κάτι που οδηγεί τον ασθενή στην εμφάνιση επεισοδίων υπερκατανάλωσης τροφής σε σύντομες χρονικές περιόδους,



- Ο ασθενής χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για να αποφύγει την πρόσληψη σωματικού βάρους, όπως είναι ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η χρήση κατασταλτικών την όρεξης, φάρμακα αύξησης της λειτουργίας του θυρεοειδούς ή διουρητικά. Όταν ο ασθενής είναι διαβητικός είναι πιθανόν να επιλέξει να παραμελήσει την θεραπεία με ινσουλίνη που πρέπει κανονικά να ακολουθήσει,
- Ο φόβος για εμφάνιση παχυσαρκίας είναι έντονος και ο ασθενής θέτει στον εαυτό του ένα καθορισμένο όριο βάρους. Υπάρχει συχνά, αλλά όχι πάντα, ιστορικό νευρικής ανορεξίας, όπου το διάστημα μεταξύ των δύο διαταραχών μπορεί να κυμανθεί από μερικούς μήνες έως αρκετά χρόνια. (© World Health Organization, 2009).

Η νευρική βουλιμία πρέπει να διαφοροποιείται από:

- Τις διαταραχές του ανωτέρου γαστρεντερικού συστήματος που οδηγούν σε επαναλαμβανόμενο εμετό,
- Μια γενικότερη ανωμαλία της προσωπικότητας του ατόμου
- Και την καταθλιπτική διαταραχή καθώς οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνά συμπτώματα κατάθλιψης (© World Health Organization, 2009).

1.1.4.3 Προσδιορισμός σοβαρότητας της διαταραχής

Η σοβαρότητα της νευρικής βουλιμίας μπορεί να εκτιμηθεί από το πόσο συχνά εμφανίζονται τα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία συνοδεύονται από ανάρμοστη αντισταθμιστική συμπεριφορά. Η κατάσταση του ατόμου μπορεί να χαρακτηριστεί ως ήπια όταν τα επεισόδια αυτά εμφανίζονται κατά μέσο όρο 1-3 φορές τη βδομάδα. Ως μέτρια μπορεί να χαρακτηριστεί όταν τα επεισόδια εμφανίζονται 4-7 φορές τη βδομάδα. Αν τα επεισόδια εμφανίζονται 8-13 φορές κατά μέσο όρο ανά βδομάδα η σοβαρότητα χαρακτηρίζεται ως σοβαρή, ενώ ως πολύ σοβαρή χαρακτηρίζεται η διαταραχή όταν έχουμε εμφάνιση των επεισοδίων αυτών σε συχνότητα κατά μέσο όρο 14 ή περισσότερες φορές ανά βδομάδα (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4.4 Επιπολασμός και ηλικία εμφάνισης

Η ηλικία και η κατανομή του φύλου είναι παρόμοια με αυτή της νευρικής ανορεξίας αλλά σε πολλές μελέτες η ηλικία της εμφάνισης της τείνει να είναι λίγο αργότερα. Η διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί ως συνέχεια της νευρικής ανορεξίας καθώς ένας θεραπευμένος ανορεξικός ασθενής



μπορεί αρχικά να φαίνεται ότι βελτιώνεται, ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού του βάρους και ενδεχομένως της επιστροφής της εμμηνου ρύσεως, αλλά στη συνέχεια να εμφανίζει συμπτώματα υπερφαγίας και αυτό-προκαλούμενου εμετού. Τα άτομα με νευρική βουλιμία συνήθως βρίσκονται εντός του φυσιολογικού σωματικού βάρους (δείκτης μάζας σώματος BMI > 18,5 και < 30 σε ενήλικες). Η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί, αν και σπάνια, μεταξύ παχύσαρκων ατόμων (© World Health Organization, 2009; American Psychiatric Association, 2013).

Όσον αφορά τον επιπολασμό της ασθένειας, η εμφάνιση της για περίοδο ενός χρόνου είναι συχνή μεταξύ γυναικών κατά 1-1,5%. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες κατά την ενηλικίωση απ' ό,τι στην εφηβεία. Η έναρξη πριν από την εφηβεία ή μετά την ηλικία των 40 ετών είναι ασυνήθης. Ο επιπολασμός της βουλιμίας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, κυμαίνεται μεταξύ 0,9% και 3%, με επιπολασμό 12 μηνών 0,4%, αναλογία γυναικών προς άντρες 3:1 και μέση ηλικία εμφάνισης 16-17 ετών. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, με ποσοστό επικράτησης 0,9-1,5% στις γυναίκες και 0,1-0,5% στους άνδρες (American Psychiatric Association, 2013; Castillo & Weiselberg, 2017) Σε μια μελέτη που διεξήγαγε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε εφήβους, βρέθηκαν ποσοστά επικράτησης κατά της διάρκειας ενός χρόνου 0,9% για παιδιά 13 ετών και 0,6% για παιδιά 18 ετών, με μέση ηλικία εμφάνισης της ασθένειας 12,4 ετών. Περισσότεροι από τους μισούς της έρευνας (53%) με βουλιμία ανέφεραν ότι είχαν προσπαθήσει την αυτοκτονία τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής τους και περίπου το ένα τρίτο (35,1%) ανέφεραν πολλαπλό ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας. Επιπλέον, το 78% των εφήβων της έρευνας ανέφερε λειτουργικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της διατροφικής διαταραχής (Hoste et al., 2012).

Έχει αναφερθεί γενικά σημαντικά αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας για τα άτομα με βουλιμία, με ακαθόριστο ποσοστό θνησιμότητας περίπου 2% ανά δεκαετία (American Psychiatric Association, 2013). Η θνησιμότητα γενικά στις διατροφικές διαταραχές, όπως είναι γνωστό, είναι υψηλότερη απ' ό,τι σε άλλες ψυχιατρικές ασθένειες. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη νευρική ανορεξία. Η θνησιμότητα στη ψυχογενή νόσο της βουλιμίας έχει παρατηρηθεί ότι είναι μικρότερη στους ενήλικες σε σύγκριση με όσους πάσχουν από νευρική ανορεξία, με τριπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας στη βουλιμία σε σύγκριση με την έξι φορές αύξηση της θνησιμότητας που υπάρχει στους ασθενείς με ανορεξία. Μία μελέτη ανέφερε συνολικό ποσοστό θνησιμότητας για τη βουλιμία 3,9%. Παρά τους ιατρικούς κινδύνους που σχετίζονται με τη βουλιμία, η θνησιμότητα σχετίζεται συχνότερα με την αυτοκτονία. Οι έφηβοι με νευρική



βουλιμία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς (5,93%), απόπειρας τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (6,56%) καθώς και πολλαπλές προσπάθειες αυτοκτονίας (5,64%) (Castillo & Weiselberg, 2017).

1.1.4.5 Σωματικές επιπλοκές

Οι ιατρικές συνέπειες και επιπλοκές είναι και στη νευρική βουλιμία ποικίλες, και μπορούν να επηρεάσουν διάφορα συστήματα οργάνων. Αυτές σχετίζονται άμεσα με τη μέθοδο και τη συχνότητα των αντισταθμιστικών συμπεριφορών που χρησιμοποιεί ο κάθε ασθενής, ιδιαίτερα με τον εμετό και την καθαρτική κατάχρηση. Η πιο επικίνδυνη επιπλοκή στη βουλιμία είναι η ανάπτυξη ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών, η οποία μπορεί σε ακραίες περιπτώσεις να οδηγήσει σε καρδιακή αρρυθμία, κρίσεις και θάνατο. Ο αυτό-προκαλούμενος εμετός, με την απώλεια των οξέων του στομάχου, μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση και υποκαλιαιμία. Συνήθως, οι περισσότεροι ασθενείς με βουλιμία που παρουσιάζουν καθαρτικές συμπεριφορές δεν αναπτύσσουν υποκαλιαιμία και έτσι, η εύρεση κανονικών ηλεκτρολυτών στις εξετάσεις τους δεν δείχνει αν ο ασθενής ακολουθεί ή όχι τέτοιου είδους συμπεριφορές. Από την άλλη πλευρά, εκείνοι που αναπτύσσουν υποκαλιαιμία μπορεί να μη παρουσιάζουν συχνές καθαρτικές συμπεριφορές, καθώς δεν είναι γνωστό ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τους ασθενείς που αναπτύσσουν υποκαλιαιμία. Μόλις διαπιστωθεί ότι ένας συγκεκριμένος ασθενής έχει τάση να αναπτύξει υποκαλιαιμία, αυτός ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται στενά με συχνές εξετάσεις αίματος (Castillo & Weiselberg, 2017).

Άλλες μείζονες επιπλοκές του εμέτου έχουν να κάνουν με τη χρόνια έκθεση στο οξύ του στομάχου, το οποίο μπορεί να βλάψει τα δόντια και να προκαλέσει οδοντικές αλλοιώσεις, συνήθως στις στοματικές και γλωσσικές επιφάνειες. Άλλες στοματικές και οδοντικές επιπλοκές περιλαμβάνουν τον αποχρωματισμό των δοντιών, την αυξημένη οδοντιατρική ευαισθησία, τη στοματική βλεννογονίτιδα και χειλίτιδα. Ο εμετός μπορεί, επίσης, να προκαλέσει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται αίμα στον εμετό και πιο σπάνια να προκληθεί ρήξη του οισοφάγου. Μπορεί, ακόμα, η συνήθεια αυτή του ατόμου να προκαλέσει δυσπεψία και δυσφαγία, με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας κακοήθειας (American Psychiatric Association, 2013; Castillo & Weiselberg, 2017).

Όσον αφορά τις συναισθηματικές και ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν στη βουλιμία ή μπορεί να αναπτυχθούν κατά τη διάρκεια της πορείας της, μια πρόσφατη μελέτη



ανέφερε ότι οι πιο κοινές συννοσηρότητες ήταν οι διαταραχές του άγχους (53%) και οι διαταραχές της διάθεσης (43%). Σε αυτή τη μελέτη, το 80-90% των ασθενών με βουλιμία αναφέρθηκε ότι είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο διαταραχής στη διάθεση τους κατά της διάρκεια της ζωής τους, η πλειοψηφία των οποίων είχε αρκετά καταθλιπτικά επεισόδια. Η μελέτη ανέφερε, επίσης, ότι το 30% των ασθενών παρουσίασε διαταραχή υπερκινητικότητας και έλλειψης προσοχής, το 11% αντιφατική ενοχλητική διαταραχή και το 7% ψυχαναγκαστική διαταραχή (Castillo & Weiselberg, 2017).

1.1.4.6 Άτυπη νευρική βουλιμία

Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για εκείνα τα άτομα στα οποία απουσιάζει ένα ή περισσότερα από τα βασικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται στην ασθένεια, αλλά τα οποία κατά τα άλλα παρουσιάζουν μια αρκετά τυπική κλινική εικόνα. Συχνά αυτό ισχύει για άτομα με φυσιολογικό ή και υπερβολικό βάρος, αλλά με τυπικές περιόδους υπερκατανάλωσης που ακολουθούνται από αυτό-προκαλούμενο έμετο ή άλλες συμπεριφορές. Σύμφωνα με το DSM-V η άτυπη νευρική βουλιμία πληροί όλα τα κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας, εκτός από το γεγονός ότι οι ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα ή για λιγότερο από 3 μήνες (© World Health Organization, 2009; American Psychiatric Association, 2013).

1.1.5 Διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας

1.1.5.1 Ορισμός

Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) περιεγράφηκε για πρώτη φορά από τον Albert J. Stunkard το 1959. Το 1994, η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας πρωτοεμφανίστηκε ως ερευνητική κατηγορία στη προηγούμενη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV). Το 2013, μετά από αξιόπιστες μελέτες ότι είναι ανεξάρτητη διατροφική διαταραχή και ανεξάρτητη ψυχική ασθένεια που δε σχετίζεται με την ύπαρξη ή όχι παχυσαρκίας, εντάχθηκε ως μια απ' τις βασικές διατροφικές διαταραχές στην 5^η έκδοση του εγχειριδίου της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας (DSM-V) (Lewer et al., 2017).

Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια υπερφαγίας που συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 6 μήνες ή περισσότερο. Σε



αντίθεση με την νευρογενή βουλιμία, δεν πραγματοποιούνται ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές για να εξουδετερώσουν τις πιθανές επιπτώσεις αύξησης του βάρους (Heaner & Walsh, 2013). Τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής που παρουσιάζουν τα άτομα με τέτοιου είδους διαταραχή δε χαρακτηρίζονται από πείνα ή κάποια μεταβολική ανάγκη, αλλά από αισθήματα απώλειας ελέγχου και ψυχολογικής δυσφορίας (Mathes et al., 2009). Η διαταραχή της υπέρμετρης κατανάλωσης τροφής εμφανίζεται σε άτομα με φυσιολογικό βάρος, υπέρβαρα αλλά και παχύσαρκα άτομα. Παρ' όλα αυτά, η διαταραχή είναι διαφορετική από την παχυσαρκία, διότι σε σύγκριση με τα παχύσαρκα άτομα, που δεν παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες σύμφωνα με εργαστηριακές μελέτες σχετικά με τις συμπεριφορές στη διατροφή, και έχουν μεγαλύτερη λειτουργική βλάβη, χαμηλότερη ποιότητα ζωής, πιο υποκειμενική δυσφορία και μεγαλύτερη ψυχιατρική συννοσηρότητα (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.5.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με τη τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-V) της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας περιλαμβάνει τα εξής κριτήρια που αφορούν τη διάγνωση της ασθένειας και τη διαφοροποίηση της από άλλες διατροφικές διαταραχές:

- Ο ασθενής εμφανίζει επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Ένα τέτοιο επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τη τροφή που καταναλώνεται σε χρονική περίοδο 2 ωρών από το προηγούμενο γεύμα, με ποσότητα τροφής μεγαλύτερη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα κατανάλωναν σε παρόμοια χρονική περίοδο υπό παρόμοιες συνθήκες. Επίσης, το επεισόδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αίσθηση έλλειψης ελέγχου σχετικά με το φαγητό κατά τη διάρκεια του, δηλαδή το άτομο έχει την αίσθηση ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγχει τι ή πόσο τρώει.
- Τα επεισόδια που προκαλούν υπερβολική υπερφαγία σχετίζονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
 - Το άτομο τρώει πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό,
 - Τρώει μέχρι να αισθανθεί άβολα γεμάτο,
 - Τρώει μεγάλες ποσότητες τροφής ενώ δεν αισθάνεται πεινασμένο,
 - Τρώει μόνο του επειδή αισθάνεται αμηχανία από τη ποσότητα που τρώει,



- Το άτομο νιώθει αίσθημα «αηδισμού» προς τον εαυτό του, κατάθλιψη ή ενοχή μετά από κάθε επεισόδιο.
- Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη δυσφορία σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση.
- Τα επεισόδια υπερφαγίας λαμβάνουν χώρα, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.
- Η υπερφαγία δεν συσχετίζεται με την επαναλαμβανόμενη χρήση ανάρμοστης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς όπως στην νευρική βουλιμία και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της νευρικής βουλιμίας ή της νευρικής ανορεξίας (American Psychiatric Association, 2013).

Παρά το γεγονός ότι η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας είναι σχετικά μια νέα διαταραχή, σε σχέση με τη νευρική ανορεξία και τη βουλιμία, διάφορες μελέτες που εξετάζουν την αιτιολογία της κατάφεραν να εξετάσουν κάποιους παράγοντες κινδύνου. Η υπερβαρότητα ή η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, ενδεχομένως συνοδευόμενη από απρεπή σχόλια και εκφοβισμούς από συμμαθητές και μέλη της οικογένειας, κρίσιμα συμβάντα της ζωής, απογοήτευση ή συστολή, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση είναι μερικοί σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση της διαταραχής. Επιπλέον, παράγοντες που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές, όπως η περιοριστική κατανάλωση γενικά στην οικογένεια, η δυσαρέσκεια με το σώμα και το πώς βλέπει το άτομο το σχήμα του σώματός του, η διαίτα και το ιδεώδες της λεπτότητας, είναι επίσης σημαντικοί για την ανάπτυξη της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας (Lewer et al., 2017).

1.1.5.3 Προσδιορισμός σοβαρότητας της κατάστασης

Η σοβαρότητα της νόσου μπορεί να εξεταστεί, όπως και στη νευρική βουλιμία, με τη συχνότητα των επεισοδίων της υπέρμετρης κατανάλωσης τροφής που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής. Όταν τα επεισόδια εμφανίζονται 1-3 ανά εβδομάδα η σοβαρότητα της κατάσταση χαρακτηρίζεται ως ήπια. Όταν παρουσιάζονται 4-7 επεισόδια ανά εβδομάδα η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως μέτριας σοβαρότητας. Αν τα επεισόδια αυξηθούν σε 8-13 επεισόδια τη εβδομάδα ή παρουσιάζονται 14 ή περισσότερα, η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως σοβαρή ή υπερβολικά σοβαρή αντίστοιχα (American Psychiatric Association, 2013).

Όσον αφορά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων μια πρόσφατη έρευνα που έλαβε χώρα απ' το διεθνές περιοδικό των διατροφικών διαταραχών στη Βόρεια Ντακότα ασχολήθηκε με διεξαγωγή



δυο διαφορετικών μελετών. Τα αποτελέσματα της πρώτης μελέτης που διεξήγαγαν έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που ανέφεραν μια μέση διάρκεια επεισοδίου μεγαλύτερης από δύο ώρες, είχαν μεγαλύτερα συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλότερης αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μικρότερη διάρκεια. Τα αποτελέσματα της δεύτερης μελέτης έδειξαν ότι η μέση διάρκεια του επεισοδίου υπερφαγίας για τους συμμετέχοντες ήταν περίπου 42 λεπτά, αν και η διάρκεια τους κυμαινόταν από λίγα λεπτά έως πάνω από δύο ώρες. Τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού φάνηκε να είναι συνηθέστερα τις πρώτες πρωινές και βραδινές ώρες. Συνοπτικά, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διάρκεια των επεισοδίων αυτών ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ατόμων, αλλά και ότι η μέση διάρκεια του επεισοδίου είναι συνήθως λιγότερο από μία ώρα και είναι πιθανότερο να συμβεί πιο συχνά τις καθημερινές (Schreiber-Gregory et al., 2013).

1.1.5.4 Επιπολασμός και ηλικία εμφάνισης

Η επικράτηση της διαταραχής για διάστημα ενός χρόνου μεταξύ των γυναικών και των ανδρών ενηλίκων (ηλικίας 18 ετών και άνω) είναι 1,6% και 0,8% αντίστοιχα. Τα επεισόδια υπερφαγίας λόγω της διαταραχής έχουν ήδη διαπιστωθεί σε παιδιά και εφήβους, η πλήρης διάγνωση όμως της νόσου στα νεαρά άτομα είναι σχετικά σπάνια και παρουσιάζεται κυρίως σε παχύσαρκους νέους που αναζητούν θεραπεία για απώλεια βάρους. Η αναλογία των φύλων είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με τη νευρογενή βουλιμία. Η διαταραχή είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που αναζητούν θεραπεία απώλειας βάρους και συνδέεται με υψηλή ψυχολογική επιβάρυνση απ' ότι στο γενικό πληθυσμό (American Psychiatric Association, 2013). Ο επιπολασμός σε άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής είναι κατά μέσο όρο περίπου 2% σε διάφορες χώρες. Σε σύγκριση με άλλες διατροφικές διαταραχές, η αναλογία των φύλων δεν παρουσιάζει μεγάλη διαφορά. Παρ' όλα αυτά, η αναλογία εμφάνισης στα δυο φύλα είναι 2:1, με το γυναικείο φύλο να επικρατεί (Lewer et al., 2017).

Σε πρόσφατες μελέτες σε νεαρά άτομα, έχει διαπιστωθεί ότι η υπερβολική κατανάλωση τροφής είναι συχνότερη στις γυναίκες. Επιπρόσθετα, έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τη γενική επικράτηση, η υπερβολική κατανάλωση που αναφέρθηκε από τα κορίτσια εμφανίζει περισσότερα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η μεγαλύτερη αμηχανία σχετικά με τα υπερφαγικά επεισόδια και η αυξημένη απώλεια ελέγχου. Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η άμετρη κατανάλωση τροφής είναι συχνότερη στους άνδρες. Ενώ οι άντρες γενικά αναφέρουν λιγότερη



συμπτωματολογία διαταραχής σε σύγκριση με τις γυναίκες, μια πρόσφατη μελέτη με αγόρια ηλικίας 12-18 ετών αποκάλυψε σημαντικά στοιχεία της αναφερόμενης απώλειας ελέγχου για το φαγητό, καθώς και των αντικειμενικών επεισοδίων υπερφαγίας. Από τα 531 αγόρια που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα αυτό, το 6% ανέφερε τακτικά επεισόδια αντικειμενικής υπερφαγίας και το 8,3% ανέφερε τακτικά επεισόδια απώλειας ελέγχου (Reilly et al., 2017).

1.1.5.5 Σωματικές επιπλοκές

Η πιο συχνή συννοσηρότητα της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας είναι η παχυσαρκία με συναφείς ασθένειες, όπως είναι το μεταβολικό σύνδρομο και ο διαβήτης τύπου II. Υπολογίζεται ότι περίπου το 65-70% των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη διαταραχή πάσχουν, επίσης, από παχυσαρκία, που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) ως δείκτη μάζας σώματος (BMI) 30 kg/m² ή μεγαλύτερο. Όσον αφορά τα ψυχικά νοσήματα που συνυπάρχουν με τη διαταραχή, περίπου το 70-79% των ασθενών πληρούν τα κριτήρια και για άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι οι συναισθηματικές διαταραχές και οι διαταραχές άγχους, και δείχνουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονία, ακόμα και μετά την θεραπεία που ακολουθούν για την κατάθλιψη. Επισημαίνονται, επίσης, και άλλες συνιστώσες, όπως είναι η κατάχρηση ουσιών, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες, η σωματική δυσμορφική διαταραχή ή οι διαταραχές της προσωπικότητας, αλλά όχι σε τόσο μεγάλο ποσοστό (Lewer et al., 2017).

Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας συνδέεται με μια σειρά λειτουργικών συνεπειών, όπως προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής ρόλου, μειωμένη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση από την ζωή, αυξημένη ιατρική νοσηρότητα και θνησιμότητα και συναφή αυξημένη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τον δείκτη μάζας σώματος του ατόμου. Μπορεί, επίσης, να σχετίζεται με κίνδυνο για αύξηση του βάρους όταν εμφανίζεται σε άτομα με φυσιολογικό βάρος και ανάπτυξη παχυσαρκίας (American Psychiatric Association, 2013).

Τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την υπερβολική κατανάλωση φαγητού δημιουργούν ιδιαίτερες προκλήσεις για τα παιδιά και τους εφήβους. Η διαταραχή του ύπνου αναφέρεται συχνά σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα και μία μελέτη διαπίστωσε μεγαλύτερες διαταραχές στον κύκλο ύπνου-αφύπνισης μεταξύ των παχύσαρκων νέων που ανέφεραν ότι εμπλέκονται σε επεισόδια υπερφαγίας σε σύγκριση με τους παχύσαρκους νέους που δεν έπασχαν από τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Η διαταραχή προκαλεί, επίσης, στα παιδιά πρόωρη ανάπτυξη του σπλαχνικού λίπους και μπορεί να αυξήσει τα τριγλυκερίδια και να επηρεάσει άμεσα



τη γενική εικόνα του λιπιδαιμικού προφίλ του. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι τα παιδιά ηλικίας 5-12 ετών, που είχαν παρουσιάσει επεισόδια άμετρης κατανάλωσης τροφής, ήταν 5,3 φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν μεταβολικό σύνδρομο μετά από 5 χρόνια παρακολούθησης (Reilly et al., 2017).

Εκτός από τα προβλήματα υγείας για τα άτομα με διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας που παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, η διαταραχή αυτή έχει αρνητικό αντίκτυπο και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Μία μελέτη παιδιών ηλικίας 12-17 ετών διαπίστωσε ότι η υπερβολική κατανάλωση είχε γενικά αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την υγεία. Σε αυτή τη μελέτη διαπίστωσαν ότι τα συναισθηματικά και γνωστικά ελλείμματα που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση φαγητού μπορεί να σχετίζονται και με χαμηλή ποιότητα ύπνου. Μια άλλη μελέτη διερεύνησε την ποιότητα ζωής στους παχύσαρκους εφήβους, μέσω συνέντευξης και ερωτηματολογίου, και διαπίστωσε ότι ανεξάρτητα από το βάρος η υπερφαγία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής στους τομείς των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου, της εργασίας ή του σχολείου και της αυτοεκτίμησης του (Reilly et al., 2017).

1.1.6 Ερευνητικά μέσα αξιολόγησης των διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών

Για την αξιολόγηση των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, και κατ' επέκταση των κλινικών διατροφικών διαταραχών, υπάρχουν στη βιβλιογραφία πληθώρα ερωτηματολογίων, μερικά αναφέρονται σε κλινικούς πληθυσμούς και άλλα σε μη. Ορισμένα από τα πιο διαδεδομένα και έγκυρα ερωτηματολόγια είναι τα εξής: το «Disordered Eating Attitude Scale (Deas)» (Alvarenga et al., 2010) το οποίο χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των διαταραγμένων διατροφικών διαταραχών σε κλινικούς και μη πληθυσμούς. Επίσης, το «Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)» το οποίο μετράει την προσωπικότητα του ατόμου σε τρεις βιολογικές κοινωνικές διαστάσεις, οι οποίες αναφέρονται συχνά στις διατροφικές διαταραχές (Brewerton et al., 1993). Το «Adult Eating Behaviour Questionnaire» ως επέκταση του «Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)» είναι ένα ακόμα ερωτηματολόγιο σχετικό με τις διατροφικές συμπεριφορές, το οποίο μετράει τα χαρακτηριστικά προσέγγισης και αποφυγής που έχει το άτομο σχετικά με τη τροφή (Hunot et al., 2016). Ακόμα το «Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)» είναι, επίσης, ευρέως διαδεδομένο και χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αφορά κυρίως τη μέτρηση των διαταραγμένων διατροφικών στάσεων



στις γυναίκες, το οποίο απορρέει από το «Eating Disorder Examination Interview (EDE)» των Fairburn και Cooper (Mond et al., 2006). Τέλος, το «Eating Disorder Inventory (EDI)» ασχολείται με τον εντοπισμό των κλινικών διατροφικών διαταραχών και αποτελεί ένα διεθνώς χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας (Garner et al., 1983).

Στη συγκεκριμένη μελέτη αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί το «Eating Attitudes Test (EAT-26)», το οποίο είναι ίσως το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο μέτρησης των συμπτωμάτων και προβλημάτων που χαρακτηρίζουν τις διατροφικές διαταραχές και αποτελεί μια κλίμακα εκτίμησης των διαθέσεων, των στάσεων και των συμπεριφορών που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία και τη νευρογενής βουλιμία. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε για πρώτη φορά το 1979 και χρησιμοποιείται για την εκτίμηση κινδύνου ανάπτυξης ή ύπαρξης διατροφικής διαταραχής με βάση τις στάσεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του ατόμου. Εκτός όμως από την πρόγνωση, σκοπός δημιουργίας του ήταν και ο βαθμός βελτίωσης στις συγκεκριμένες διαταραχές (Garner & Garfinkel, 1979). Το EAT-26 είναι η αναθεωρημένη έκδοση της αρχικής μορφής του EAT. Το αρχικό EAT αποτελούνταν από 40 θέματα. Το EAT-26 έχει προταθεί ως αντικειμενικό όργανο μέτρησης των συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας και έχει χρησιμοποιηθεί ως μέσο ανίχνευσης αδιάγνωστων περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας σε πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Από μόνο του, ωστόσο, δεν παρέχει συγκεκριμένη διάγνωση κάποιας διατροφικής διαταραχής. Η πιο διαδεδομένη μορφή του είναι αυτή με τις 26 ερωτήσεις με έξι πιθανές απαντήσεις σε κλίμακα τύπου Likert με βαθμολογία από 0-3. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν τρεις υποκλίμακες: 1) διαίτα, 2) βουλιμία και ανησυχία για τη διατροφή και 3) στοματικός έλεγχος. Η υποκλίμακα της «διαίτας» εκτιμά τον βαθμό που τα άτομο αποφεύγει τρόφιμα παχυντικά και το κατά πόσο ασχολείται με τη σκέψη της λεπτότητας του σώματος. Η υποκλίμακα της «βουλιμίας» εκτιμά σκέψεις που επαναλαμβάνονται και δεν ελέγχονται σχετικά με την τροφή καθώς και συμπτώματα βουλιμίας που μπορεί να εμφανίζει το άτομο. Τέλος, η υποκλίμακα «στοματικός έλεγχος» αξιολογεί το βαθμό αυτό-ελέγχου σχετικά με την πρόσληψη τροφής καθώς και τη πίεση που μπορεί να δέχεται το άτομο από την οικογένεια ή τον κοινωνικό του περίγυρο ώστε να αυξήσει το σωματικό του βάρος (Garner et al., 1982; Williams, 1987). Το EAT-26 φαίνεται να χρησιμοποιείται συχνότερα σε έρευνες για τον εντοπισμό περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας, καθώς και σε ομάδες υψηλού



κινδύνου για τις διαταραχές αυτές, αλλά και για τον εντοπισμό διαταραγμένων διατροφικών συνηθειών ανάμεσα σε μαθητές, φοιτητές ή γενικότερα σε εφήβους και νέους.

Στη ελληνική έκδοση βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη από 20 χαρακτηρίζει το άτομο ως υψηλού κινδύνου για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Οι υψηλές βαθμολογίες δεν σημαίνουν απαραίτητα ότι ο ερωτώμενος έχει κάποια διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, αυτό δηλώνει ανησυχίες σχετικά με το σωματικό βάρος, το σχήμα του σώματος και το φαγητό. Αποτελέσματα χαμηλά κάτω από 20 ή από 10 δεν πρέπει, επίσης, να σημαίνουν ότι δεν εμφανίζονται κλινικά συμπτώματα διατροφικής διαταραχής ούτε κάποια τυπική διατροφική διαταραχή, διότι η άρνηση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ συχνή.

1.2 ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑ

1.2.1 Ορισμός

Η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης παθολογικής διατροφικής διαταραχής και κατάθλιψης (Lawler & Nixon, 2011). Είναι ένα φαινόμενο που προκύπτει από θέματα που σχετίζονται με ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, κοινωνικά πρότυπα και παραμορφωμένη άποψη του σώματος (Silva et al., 2018). Η δυσαρέσκεια του σώματος ορίζεται ως η αρνητική υποκειμενική αυτο-αξιολόγηση του σώματος, η οποία σχετίζεται με το μέγεθος του σώματος, το σχήμα, το μυϊκό τόνο, το βάρος και τη φυσική κατάσταση (Brechan & Kvale, 2015; Sabiston & Castonguay, 2014), καθώς και η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου ότι το σώμα του διαφέρει από το ιδανικό πρότυπο σώματος, με το οποίο γίνεται αποδεκτό από άτομα του ίδιου και του αντίθετου φύλου (Forbes et al., 2001).

Η δυσαρέσκεια του σώματος θεωρείται ότι είναι ένας σημαντικός αρνητικός συναισθηματικός παράγοντας. Τυπικά, η δυσαρέσκεια περιλαμβάνει μια αντιληπτή διαφορά μεταξύ της εικόνας του σώματος ενός ατόμου και την εικόνα ενός ιδανικού σώματος που αντιλαμβάνεται το άτομο, κάτι που προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και συνολική δυσαρέσκεια (Sabiston & Castonguay, 2014). Η έννοια της δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος, όμως, είναι ευρεία επειδή μπορεί να αναφέρεται είτε στην συνολική εικόνα του σώματος, είτε σε ένα ορισμένο μέρος του σώματος, ή ακόμα στην απουσία ή παρουσία ενός συγκεκριμένου φυσικού χαρακτηριστικού. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία, ο όρος αυτός συσχετίζεται συχνότερα με την εικόνα του σώματος, με τη μορφή



συγκρίσεων μεταξύ της πραγματικής εικόνας και της επιθυμητής εικόνας, και μπορεί να συμβεί λόγω του χαμηλού σωματικού βάρους, ιδιαίτερα μεταξύ των ανδρών ή συχνότερα του υπερβολικού σωματικού βάρους, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών (Silva et al., 2018).

1.2.2 Επιπολασμός

Η δυσαρέσκεια του σώματος αποτελεί ένα σοβαρό δημόσιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, ο επιπολασμός της οποίας κυμαίνεται από 57% έως 84% μεταξύ εφήβων κοριτσιών και από 49% έως 82% μεταξύ εφήβων αγοριών σε πολλές μελέτες (Dion et al., 2015). Γι' αυτό τον λόγο η δυσαρέσκεια του σώματος έχει λάβει αυξανόμενη προσοχή κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτό οφείλεται, εν μέρει, στην αύξηση των ποσοστών επικράτησης σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς και στις επιπτώσεις σειράς διαταραγμένων συμπεριφορών και συναισθημάτων. Μερικές απ' αυτές είναι η μείωση της αυτοεκτίμησης, της ευτυχίας, της αισιοδοξίας και της υπερηφάνειας, καθώς και η αύξηση των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, της κατάθλιψης και των αισθημάτων της ντροπής και της ενοχής που σχετίζονται με το σώμα (Sabiston & Castonguay, 2014).

1.2.3 Ηλικία και φύλο

Η δυσαρέσκεια για το σώμα μπορεί να εκδηλωθεί σε πολύ μικρή ηλικία. Τα ευρήματα διαφόρων ερευνών δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό των μικρών παιδιών εκφράζουν δυσαρέσκεια για το σώμα τους, αλλά το ποσοστό εμφάνισης στα παιδιά είναι σχετικά μικρό σε σύγκριση με την εφηβεία και την ενηλικίωση (Sabiston & Castonguay, 2014). Σε πολλές περιπτώσεις η δυσαρέσκεια για το σώμα εμφανίζεται πριν την εφηβεία σε ηλικίες 7-11 ετών. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 40-50% κοριτσιών προεφηβικής ηλικίας εκφράζουν ανησυχία σχετικά με το βάρος ή το σχήμα του σώματός τους. Το 10-20% αυτών των ατόμων αναφέρεται ότι παρουσιάζουν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν και εκ προθέσεως αισθητή απώλεια βάρους και επεισόδια απώλειας ελέγχου σχετικά με το φαγητό (Evans et al., 2013). Ωστόσο, τα κορίτσια αντιμετωπίζουν αυξημένη δυσαρέσκεια για το σώμα τους κυρίως κατά την εφηβεία. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος τους και αυτό αποδείχτηκε από την



υψηλότερη δυσαρέσκεια που παρουσιάζουν για το σώμα τους (66,1%), σε σύγκριση με τους άνδρες (52,0%) (Latiff et al., 2018; Sabiston & Castonguay, 2014).

Η εφηβεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως καθοριστική περίοδος στην ανάπτυξη διαστρεβλωμένης αντίληψης για την εικόνα του σώματος. Οι σημαντικές κοινωνικές, γνωστικές και φυσικές αλλαγές που σημειώνονται κατά την εφηβεία συμβάλλουν στην αυξημένη ανησυχία για το βάρος και το σώμα μεταξύ των εφήβων ανδρών και γυναικών (Lawler & Nixon, 2011), καθώς και στην εμφάνιση διαταραγμένων διατροφικών διαταραχών με σκοπό να αντισταθμιστεί η δυσαρέσκεια και να επιτευχθεί το εξιδανικευμένο σώμα που προωθεί η κοινωνία (Francisco et al., 2015). Οι φυσιολογικές αλλαγές που περιλαμβάνουν την αύξηση του σωματικού βάρους και του σωματικού λίπους, ωθούν τα κορίτσια μακριά από το πολιτισμικό ιδανικό πρότυπο μιας λεπτής σωματικής διάπλασης. Χαρακτηριστικά, η δυσαρέσκεια στις γυναίκες παραμένει σχετικά σταθερή και καθ' όλη τη διάρκεια της ενηλικίωσης. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, μερικές γυναίκες αναφέρουν αυξημένη δυσαρέσκεια με τις σωματικές λειτουργικές πτυχές του σώματός τους. Τα αγόρια περνούν από μια σύντομη φάση δυσαρέσκειας με την έναρξη της πρώιμης εφηβείας, αλλά οι φυσικές αλλαγές που συνδέονται με την εφηβεία τους φέρνουν πιο κοντά στο ιδανικό ανδρικό πρότυπο. Παρόμοια με τις γυναίκες, η δυσαρέσκεια υπάρχει και κατά την ενηλικίωση, ωστόσο, μερικοί άνδρες μπορεί να βιώσουν μια περίοδο δυσαρέσκειας όταν φτάσουν στη μέση ηλικία (Lawler & Nixon, 2011; Sabiston & Castonguay, 2014).

Σύγχρονες έρευνες υποδηλώνουν ότι η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος είναι μια επικρατούσα ανησυχία με περίπου το 30% των αγοριών και το 60% των κοριτσιών να αναφέρουν την επιθυμία να αλλάξουν το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός τους. Η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος έχει αυξανόμενη σημασία λόγω των επιπτώσεων που έχει ως παράγοντας κινδύνου για την έναρξη διατροφικών διαταραχών, κατάθλιψης, συναισθηματικής δυσφορίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Lawler & Nixon, 2011; Sabiston & Castonguay, 2014). Επιπλέον, οι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση για να αναπτύξουν δυσαρέσκεια του σώματος και κάποια διατροφική διαταραχή, καθώς η διαίτα ή άλλες συμπεριφορές μπορεί να προκύψουν από την επιθυμία αύξησης της αυτοεκτίμησης τους και αλλαγής του βάρους ή του σχήματος του σώματός τους (Francisco et al., 2015).

Πολλές μελέτες σχετικά με τη δυσαρέσκεια του σώματος έχουν διεξαχθεί στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και τη Μεγάλη Βρετανία. Μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με την υγεία των εφήβων το 2002 έδειξε ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα σε



εφήβους στην Ελβετία. Η έρευνα αυτή, με αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων, απέδειξε ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα αφορούσε το 40% των κοριτσιών και το 18% των αγοριών. Τα ποσοστά αυτά είναι συγκρίσιμα με αποτελέσματα από μελέτες που διεξήχθησαν σε άλλες δυτικές χώρες, όπως είναι η ΗΠΑ και η Μεγάλη Βρετανία. Παρόμοια μελέτη σε ενήλικες έδειξε ότι το 40% των γυναικών και το 22% των ανδρών ανέφεραν δυσαρέσκεια για το σώμα τους (Knauss et al., 2008).

Ένα από τα πιο σταθερά ευρήματα στη βιβλιογραφία είναι ότι οι γυναίκες είναι σημαντικά περισσότερο δυσαρεστημένες από το σώμα τους από ότι οι άνδρες, γι' αυτό και η δυσαρέσκεια αποτελεί έναν από τους πολλούς παράγοντες που συμβάλλουν στην πολύ υψηλότερη συχνότητα διατροφικών διαταραχών στις γυναίκες (Forbes et al., 2001). Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης αναφέρονται για τις γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες, σε όλη τη διάρκεια ζωής τους. Πάνω από το 90% των κοριτσιών και των γυναικών είναι δυσαρεστημένες με τουλάχιστον μία πτυχή της σωματικής τους διάπλασης, με αυξημένο σωματικό βάρος και σωματικό μέγεθος. Παρ' όλα αυτά, η δυσαρέσκεια του σώματος μεταξύ των ανδρών αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Μερικοί ερευνητές έχουν αναφέρει ότι πάνω από το 90% των ανδρών έχουν, επίσης, κάποιο βαθμό σωματικής δυσαρέσκειας. Σε αντίθεση με τα ευρήματα για τις γυναίκες, η σωματική δυσαρέσκεια των ανδρών επικεντρώνεται στην ύπαρξη ή όχι μυϊκής μάζας (Sabiston & Castonguay, 2014). Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τα ιδανικά της εικόνας του σώματος και τη δυσαρέσκεια που αναπτύσσει το κάθε φύλο. Στις γυναίκες η δυσαρέσκεια του σώματος και το πρότυπο της λεπτότητας έχουν συσχετιστεί με διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής που συσχετίζονται σημαντικά με την προσπάθεια για λεπτότητα και την περιορισμένη κατανάλωση της τροφής. Από την άλλη, στους άνδρες, η προσπάθεια για μυϊκή δύναμη είναι η κύρια πηγή ανησυχίας όσον αφορά την εικόνα του σώματος και τη δυσαρέσκεια γι' αυτό. Η μυϊκή δυσμορφία που παρατηρείται στους άνδρες και που αναφέρεται από πολλές έρευνες ως δυσμορφική διαταραχή του σώματος, χαρακτηρίζεται από την πεποίθηση ότι τα σώματά τους δεν είναι αρκετά μυώδεις. Κατά συνέπεια, υπάρχει σοβαρή δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος, η οποία στη συνέχεια οδηγεί σε ακραίες συμπεριφορές όπως ανώμαλη συμπεριφορά διατροφής, υπερβολική άσκηση και κοινωνική απομόνωση (Turel et al., 2018).

1.2.4 Αίτια και παράγοντες

Διάφοροι παράγοντες έχουν αποδειχθεί ότι συνδέονται με υποκειμενική αντίληψη της εικόνας του σώματος και με τη δυσαρέσκεια γι' αυτό. Αυτοί περιλαμβάνουν την κοινωνικοοικονομική



κατάσταση, το βάρος, την ηλικία, το φύλο, τη συμπεριφορά ελέγχου του βάρους και τις συμβουλές που λαμβάνουν τα άτομα από τα μέλη της οικογένειας και τους συνομηλίκους τους (Latiff et al., 2018). Οι κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις για την επίτευξη μιας κοινωνικά επιθυμητής σωματικής διάπλασης θεωρούνται απ' τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη δυσαρέσκειας για το σώμα (Lawler & Nixon, 2011; Presnell et al., 2004; Sabiston & Castonguay, 2014; Stice & Shaw, 2002). Η κοινωνία και οι επιρροές που υπάρχουν για το ιδανικό πρότυπο σώματος ορίζουν ως γυναικείο πρότυπο τη λεπτότητα και την έλλειψη σωματικού λίπους και ως ανδρικό την ύπαρξη έντονης μυϊκής μάζας (Sabiston & Castonguay, 2014). Η ομορφιά των γυναικών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λεπτότητα και το χαμηλό σωματικό βάρος (Lawler & Nixon, 2011). Αυτές οι επιρροές μπορεί να έχουν άμεσες ή έμμεσες πιέσεις για την επίτευξη της επιθυμητής σωματικής διάπλασης. Ειδικότερα, η ευαισθητοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, η γνώση των ιδανικών που παρουσιάζονται από τα μέσα ενημέρωσης ή ακόμα και οι παρατηρήσεις που γίνονται από την οικογένεια, τους συνεργάτες και τους φίλους για την ενθάρρυνση μιας κοινωνικά επιθυμητής σωματικής διάπλασης, αποτελούν σημαντικές πτυχές της πίεσης που μπορεί να δεχτεί ένα άτομο για να συμμορφωθεί με το ιδανικό σώμα (Sabiston & Castonguay, 2014).

Οι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η έκθεση ακόμη και μικρής διάρκειας σε εξιδανικευμένες εικόνες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη δυσαρέσκεια του σώματος και στα δύο φύλα (Sabiston & Castonguay, 2014), αν και τα κορίτσια έχει υποστηριχτεί ότι ανταποκρίνονται με μεγαλύτερη ένταση στις επιρροές του ιδανικού σώματος. Η επανειλημμένη έκθεση στις εικόνες των μέσων ενημέρωσης της εξωπραγματικά λεπτής γυναίκας και του μυώδους άνδρα, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη και τη διατήρηση της ιδανικής εικόνας του σώματος μέσω της εσωτερίκευσης των πολιτισμικών ιδανικών (Lawler & Nixon, 2011).

Το μοντέλο τριμερούς επιρροής της σωματικής δυσαρέσκειας προσδιορίζει τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τους συνομηλίκους και τους γονείς ως τις τρεις διαμορφωτικές κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις στην εικόνα του σώματος. Σε σχέση με τα μέσα ενημέρωσης και την οικογένεια, οι επιρροές των συνομηλίκων στην εικόνα του σώματος έχουν λάβει λιγότερη προσοχή στην ερευνητική βιβλιογραφία. Οι έφηβοι συμμετέχουν σε "προπόνηση εμφάνισης" με τους συνομηλίκους τους μέσω της καθημερινής εμπλοκής σε συνομιλίες σχετικά με την εμφάνιση, την εικόνα και την ελκυστικότητα. Ο χρόνος και η προσοχή που δίνονται στα θέματα της εικόνας



του σώματος ενισχύουν τη σημασία της εμφάνισης ως κεντρικό χαρακτηριστικό για τους συνομηλίκους και προάγει τη δημιουργία και την υιοθέτηση προτύπων και ιδεών εμφάνισης. Οι συνομιλίες με συνομηλίκους σχετικά με την εμφάνιση μπορεί να έχουν ιδιαίτερη επιρροή στην ανάπτυξη δυσαρέσκειας της εικόνας του σώματος, λόγω του τεράστιου χρόνου που αφιερώνουν σ' αυτό και της μεγάλης αξίας που συνδέεται με τέτοιες φιλίες. Οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δυο φύλων, όσον αφορά τη συχνότητα με την οποία άνδρες και γυναίκες συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικά με την εικόνα του σώματος με συνομηλίκους τους, έγκεινται στο γεγονός ότι τα κορίτσια είναι πιο πρόθυμα απ' ότι τα αγόρια να συζητήσουν γενικά για την εμφάνιση τους και τις ανησυχίες τους για το σωματικό τους βάρος. Τα αγόρια, ωστόσο, είναι πιο συχνό να συμμετέχουν σε πιο ειδικές συζητήσεις σχετικά με την εικόνα του σώματος, όπως είναι το θέμα της μυϊκής ενδυνάμωσής τους (Lawler & Nixon, 2011).

Η επίδραση τόσο των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των γονέων αλλά και των συνομηλίκων, προκαλείται από την εσωτερικευση των κοινωνικών ιδεωδών και την κοινωνική σύγκριση, οδηγώντας στη δυσαρέσκεια του σώματος και τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (Francisco et al., 2015). Η εσωτερικοποίηση μπορεί να συμβάλλει άμεσα στη δυσαρέσκεια του σώματος για όλους τους εφήβους, ενώ η διαφορά μεταξύ της ιδανικής και πραγματικής εικόνας του σώματος πιστεύεται ότι προκαλεί σωματική δυσφορία και δυσαρέσκεια (Stice & Shaw, 2002).

Οι αντιλήψεις σχετικά με την εικόνα του σώματος επηρεάζονται, επίσης, από τη γονική πίεση που ασκείται για συμμόρφωση με τα κοινωνικά πρότυπα. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη η πίεση που δέχονται τα παιδιά ή οι έφηβοι από τους γονείς, σχετικά με την εικόνα του σώματος, έχει ισχυρότερη επίδραση στις γυναίκες από τους άνδρες. Αυτό το εύρημα μπορεί να υποδεικνύει ότι οι άνδρες δεν επηρεάζονται τόσο από τις απόψεις των γονιών τους λόγω υψηλότερης αυτοεκτίμησης από τις γυναίκες, είτε ότι οι γονείς ασκούν λιγότερη πίεση στους άντρες ώστε να συμμορφώνονται με τα κοινωνικοπολιτισμικά ιδανικά σε σχέση με την εικόνα του σώματος (Turel et al., 2018).

Ένας ακόμα παράγοντας που εξετάζεται γενικά για τη δυσαρέσκεια του σώματος είναι ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για τη δυσαρέσκεια του σώματος (Bucchianeri et al., 2013; Knauss et al., 2008; Presnell et al., 2004), καθώς η καθορισμένη σωματική μάζα ενός ατόμου εμφανίζεται ως μια ακόμη σημαντική επιρροή (Jones et al., 2001) και θεωρείται ότι ο ΔΜΣ συσχετίζεται θετικά με τη δυσαρέσκεια του σώματος ανεξάρτητα από τις πολιτισμικές διαφορές (Turel et al., 2018). Οι έφηβοι με υψηλότερο



δείκτη μάζας σώματος διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν δυσαρέσκεια ως προς την εικόνα του σώματος τους σε σύγκριση με εφήβους με χαμηλό ή φυσιολογικό βάρος (Latiff et al., 2018), καθώς τα άτομα με υψηλότερο σωματικό βάρος παρουσιάζουν μεγαλύτερη απόκλιση από το εξιδανικευμένο πρότυπο σώματος και μπορούν να παρουσιάσουν ακραίες συμπεριφορές διατροφής σχετικά με τον έλεγχο του βάρους τους (Francisco et al., 2015). Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος στιγματίζονται στις δυτικές κοινωνίες, ενώ τα πιο μεγαλόσωμα άτομα θεωρούνται κοινωνικά ανεπιθύμητα, κάτι που ισχύει τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια. Κατά συνέπεια, έρευνες έχουν αποδείξει εμπειρικά μια θετική συσχέτιση μεταξύ των αυξημένων επιπέδων σωματικής μάζας και της σωματικής δυσαρέσκειας σε έφηβους άνδρες και γυναίκες (Lawler & Nixon, 2011).

1.2.5 Διατροφικές διαταραχές και δυσαρέσκεια για το σώμα

Το πρόβλημα της δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος έγκεινται στο ότι μπορεί να οδηγήσει σε πολλαπλά ψυχολογικά προβλήματα, όπως είναι οι διατροφικές διαταραχές και μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη (Bucchianeri et al., 2013; Dion et al., 2015; Latiff et al., 2018). Τα πολυπαραγοντικά αιτιολογικά μοντέλα των διατροφικών διαταραχών, οι εκτεταμένες μελέτες και οι μετά-αναλύσεις που συχνά γίνονται πάνω σ' αυτό το θέμα, έχουν καταδείξει τη δυσαρέσκεια του σώματος ως τον πιο συνεπή και σταθερό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς ή διατροφικής διαταραχής και στα δύο φύλα (Cruz-Sáez et al., 2018; Dakanalis et al., 2015; Stice & Shaw, 2002). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η δυσαρέσκεια του σώματος μπορεί να προβλέψει ακόμη και τη σοβαρότητα μιας διατροφικής διαταραχής (Coker & Abraham, 2014).

Η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος μπορεί να οδηγήσει τόσο σε ανώμαλες διατροφικές συνήθειες όσο και σε ανθυγιεινές συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού βάρους. Τα άτομα τα οποία έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό τους και εμφανίζουν δυσαρέσκεια γι' αυτό, τείνουν να έχουν ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής, όπως είναι η συχνή υπερφαγία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια αύξηση του σωματικού βάρους με την πάροδο του χρόνου (Latiff et al., 2018), καθώς και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα (Silva et al., 2018). Επομένως, τα άτομα τα οποία δεν ικανοποιούνται από την εικόνα του σώματός τους, τείνουν να τρώνε ακατάλληλα και να έχουν μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με όσους



είναι ικανοποιημένοι με το βάρος τους και την εικόνα του σώματός τους, οι οποίοι τείνουν να τρώνε καλύτερα και να ασκούνται περισσότερο (Silva et al., 2018).

Η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος, πιστεύεται, όπως επισημάνθηκε, ότι αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών. Η πιο ευρέως αποδεκτή άποψη είναι ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα οδηγεί το άτομο σε συνεχής άσκοπη δίαιτα, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης νευρικής βουλιμίας ή ανορεξίας (Stice & Shaw, 2002). Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι σύνθετες διατροφικές διαταραχές, στις οποίες συνυπάρχουν προβλήματα στο συμπεριφοριστικό, γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο (Fernández-Aranda et al., 1999). Και οι δύο διαταραχές διακρίνονται για τη σημασία που δίνουν οι ασθενείς στην σωματική εμφάνισή τους καθώς και για το φόβο που υπάρχει για αύξηση του σωματικού βάρους και λίπους, νιώθοντας έντονη δυσαρέσκεια με την εικόνα τους, κάτι που επιδρά και στην αυτοαξιολόγηση του ατόμου (Brechan & Kvale, 2015; Fernández-Aranda et al., 1999).

Ωστόσο, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η δυσαρέσκεια του σώματος δεν είναι απλά ένα χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών, αλλά «μπορεί να θεωρηθεί ως βασικός πρόδρομος και συνοδεία των διατροφικών διαταραχών». Η δυσαρέσκεια του σώματος είναι ένας απαραίτητος, αλλά όχι επαρκής, παράγοντας εμφάνισης διαταραχών της διατροφής. Σύμφωνα με τις γνωστικές θεωρίες συμπεριφοράς και συναισθηματικής ρύθμισης των διατροφικών διαταραχών, η αυτοεκτίμηση και τα αρνητικά συναισθήματα είναι οι πιο κοντινοί ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στις διατροφικές διαταραχές. Αυτό σημαίνει ότι η επίδραση της δυσαρέσκειας του σώματος στην διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά μπορεί να διαμεσολαβεί μέσω της αυτοεκτίμησης και των αρνητικών συναισθημάτων, όπως και η κατάθλιψη (Brechan & Kvale, 2015).

Επομένως, η σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας και διαταραχής της εικόνας του σώματος είναι καλά τεκμηριωμένη, καθώς η δυσαρέσκεια για το σώμα είναι ένας από τους πιο σχετικούς παράγοντες κινδύνου, προγνωστικούς παράγοντες και ένα απ' τα κριτήρια του DSM-V της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας για τις διατροφικές διαταραχές, καθώς και παράγοντας υποτροπής (Francisco et al., 2015; Gutiérrez-Maldonado et al., 2010). Γι' αυτό η δυσαρέσκεια του σώματος θεωρείται σημαντικός μεσολαβητής στην ανάπτυξη των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, λαμβάνοντας υπόψη και τις ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως είναι η εσωτερικοποίηση του εξιδανικευμένου κοινωνικού πρότυπου ή η αυτοεκτίμηση του ατόμου (Francisco et al., 2015).



1.2.6 Ερευνητικά μέσα αξιολόγησης της δυσαρέσκειας για το σώμα

Για την αξιολόγηση της δυσαρέσκειας για το σώμα υπάρχει πληθώρα ερωτηματολογίων για ερευνητική χρήση, με τα οποία είναι δυνατή η διαπίστωση ύπαρξης ή μη της διαταραχής αυτής. Ορισμένα από τα πιο έγκυρα και διαδεδομένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται διεθνώς από τη βιβλιογραφία είναι τα εξής: το «Body Shape Questionnaire (BSQ)» (Cooper et al., 1987), το «Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ)» (Cash et al., 2004) . Το πρώτο αξιολογεί τον βαθμό ανησυχίας για το σωματικό σχήμα ενώ το δεύτερο αξιολογεί την αρνητική εικόνα του σώματος ή την «διαταραχή της σωματικής εικόνας» η οποία έχει ως αποτέλεσμα την δυσαρέσκεια στην εικόνα του σώματος. Επίσης, το «Body Self-Image Questionnaire (BSIQ)» (Rowe et al., 1999) είναι ένα ακόμα ευρέως έγκυρο και χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογεί κατά κύριο λόγο την εικόνα του σώματος. Τέλος, ένα ακόμα διαδεδομένο ερωτηματολόγιο, το οποίο μετράει την αξιολόγηση της εικόνας του σώματος από την οπτική των εξιδανικευμένων φυσικών χαρακτηριστικών, είναι το «Body-Image Questionnaire (BIQ)» (Koleck et al., 2002)

Για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί η υποενότητα του «Eating Disorder Inventory» - Body dissatisfaction. Το EDI θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης και εφαρμόζεται διεθνώς σε πολλές μελέτες και έρευνες σχετικές με τις διατροφικές διαταραχές. Δημιουργήθηκε το 1983 από τον Garner. Ο σκοπός της δημιουργίας του ήταν η αξιολόγηση διατροφικών συμπεριφορών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, οι οποίες είναι συχνές στις διατροφικές διαταραχές. Είναι ένα «πολύπλευρο όργανο» το οποίο έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί ψυχολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις κύριες διατροφικές διαταραχές (Garner et al., 1983; Williams, 1987).

Το EDI αποτελείται από 64 ερωτήσεις και οκτώ υποκλίμακες μέτρησης: 1) Παρόρμηση για λεπτότητα, 2) Βουλμία, 3) Δυσαρέσκεια για το σώμα, 4) Ανεπάρκεια, 5) Τελειοθηρία, 6) Διαπροσωπική δυσπιστία, 7) Ευαισθητοποίηση και 8) Φόβοι ωριμότητας. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε μόνο η υποκλίμακα του ερωτηματολογίου «Δυσαρέσκεια για το σώμα». Η ενότητα αυτή αποτελείται από 9 ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert με έξι πιθανές απαντήσεις. Η δυσαρέσκεια του σώματος, στη συγκεκριμένη υποκλίμακα του EDI, αντικατοπτρίζει την πεποίθηση που έχει το άτομο ότι συγκεκριμένα μέρη του σώματος του είναι υπερβολικά μεγάλα, τα οποία συνδέονται με αλλαγές στο σώμα ή με αύξηση του λίπους κατά την εφηβεία (π.χ. γοφοί, μηροί, γλουτοί). Η δυσαρέσκεια του σώματος έχει βρεθεί ότι σχετίζεται και με άλλες διαταραχές



της εικόνας του σώματος που θεωρούνται βασικό ελάττωμα στη νευρική ανορεξία (Garner et al., 1983).

Τα αποτελέσματα του ερμηνεύονται με βάση τις υψηλότερες τιμές που προκύπτουν και οι οποίες τείνουν προς την εκτίμηση πιθανής ψυχοπαθολογίας του δείγματος. Η μεγαλύτερη τιμή που μπορεί να συγκεντρωθεί στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι 27 βαθμοί. Αυτό σημαίνει πως όσο υψηλότερες τιμές σημειωθούν τόσο υψηλότερη ψυχοπαθολογία θα υπάρχει. Σε μη κλινικό δείγμα το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο πρόβλεψης πιθανής διαταραχής, διότι βοηθάει στην εύρεση των ατόμων που ασχολούνται περισσότερο από το φυσιολογικό με το σωματικό τους βάρος και την εικόνα τους. Τα άτομα που σημειώνουν υψηλή βαθμολογία στο πιθανόν να αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής (Garner et al., 1983)



1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και η δυσαρέσκεια για το σώμα θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης των παθολογικών διατροφικών διαταραχών. Οι περισσότερες έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία εστιάζουν σε παιδιά και εφήβους, λόγω του ότι οι διαταραχές αυτές παρουσιάζονται κυρίως σε προεφηβική ή εφηβική ηλικία. Στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν λίγες έρευνες σχετικά με την εμφάνιση των διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και της δυσαρέσκειας με το σώμα σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών. Γι' αυτούς τους λόγους κρίθηκε ενδιαφέρον η συγκεκριμένη έρευνα να αναφερθεί σε ενήλικες. Σκοπός, επομένως, της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει αν και κατά πόσο οι ενήλικες πάσχουν από διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και αν αισθάνονται δυσαρεστημένοι με το σώμα τους, καθώς και το κατά πόσο αυτές οι στάσεις συσχετίζονται ή όχι μεταξύ τους.

Η έννοια των διατροφικών συμπεριφορών και στάσεων, όπως αναφέρονται στην έρευνα, αντιστοιχεί στην έντονη ανησυχία που έχει το άτομο για τη εικόνα του σώματος και το βάρος του, στο κατά πόσο ασχολείται με την ιδέα του λεπτού ή μυώδες σώματος, στο αν έχει ή όχι βουλιμικές σκέψεις και αντιλήψεις, και τέλος αν ασκεί συστηματικά αυτό-έλεγχο στη πρόσληψη της τροφής. Η δυσαρέσκεια για το σώμα αφορά την υποκειμενική λανθασμένη άποψη που έχει το άτομο για το σώμα του αλλά και για συγκεκριμένα μέρη του σώματός του, τα οποία μπορεί να συνδέονται με έντονη εναπόθεση λίπους, διαφορετικά για τον καθένα.

Η διερεύνηση της παραπάνω υπόθεσης έγινε με τη βοήθεια δύο ερωτηματολογίων εκ των οποίων το πρώτο αξιολογεί τις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές του ατόμου με τις ερωτήσεις να υπάγονται σε τρεις διαφορετικές υποκλίμακες. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για να καταγράψει το βαθμό δυσαρέσκειας που αναπτύσσει το άτομο για το σώμα του. Το δείγμα της έρευνας αποτελέσαν φοιτητές της Θεσσαλονίκης ηλικίας 18-32 ετών.



2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας αφορούσε αρχικά την συλλογή ποσοτικών δεδομένων με τη χρήση σταθμισμένων υπαρχόντων ερωτηματολογίων σχετικών με τις διατροφικές στάσεις, καθώς και με τη δυσαρέσκεια του ατόμου για το σώμα. Αποφασίστηκε η έρευνα να λάβει χώρα με ερωτηματολόγια ευρέως διαδεδομένα για το συγκεκριμένο θέμα, τα οποία θα είχαν ανεξάρτητες μεταβλητές το ένα απ' το άλλο, για να εξεταστεί και ο στόχος της έρευνας. Αυτό έγινε με τη χρήση δυο διαφορετικών ερωτηματολογίων. Η επιλογή τους έγινε με βάση το θέμα που διαπραγματεύεται και τη συχνή βιβλιογραφική τους αναφορά. Μετά από μελέτη διαπιστώθηκε πως τα πιο έγκυρα ερωτηματολόγια που υπάρχουν είναι το ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στην διατροφή Eating Attitude Test (EAT-26) και το Eating Disorder Inventory (EDI) - Body dissatisfaction του David M. Garner. Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι ευρέως διαδεδομένα και χρησιμοποιούνται σε πολλές έρευνες ανά τον κόσμο και είναι από τα βασικά εργαλεία που μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποιος για να διαπιστώσει αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα διατροφικής διαταραχής ή διαστρεβλωμένης διατροφικής συμπεριφοράς και αν υπάρχει θέμα δυσαρέσκειας του ατόμου για το σώμα του.

Μετά την επιλογή των ερωτηματολογίων, αποφασίστηκε πως το δείγμα που θα εξεταζόταν θα ήταν τυχαίο από μη κλινικό φοιτητικό πληθυσμό. Η έρευνα έλαβε χώρα στον φοιτητικό πληθυσμό της Θεσσαλονίκης για τέσσερις συνεχόμενους μήνες. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από τους φοιτητές που δέχτηκαν να συμμετέχουν μέσω του διαδικτυακού ιστότοπου Survey Monkey, ανώνυμα και με περιορισμό απάντησης του κάθε ατόμου από μια φορά.

2.2 Δείγμα

Όπως αναφέρθηκε το δείγμα που επιλέχθηκε να συμμετάσχει στην παρούσα έρευνα ήταν φοιτητικός πληθυσμός της Θεσσαλονίκης. Οι φοιτητές που επιλέχθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια, στη πλειονότητα τους φοιτήτριες, ήταν αρχικά από το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα της Θεσσαλονίκης και από όλα τα εξάμηνα της σχολής Διατροφής και Διαιτολογίας, από το τμήμα Αισθητικής και Κοσμητολογίας, το τμήμα Βιβλιοθηκονομίας και το τμήμα Εμπορίας και Διαφήμισης. Στη συνέχεια προστέθηκαν φοιτητές και από τμήματα του Πανεπιστημίου της Μακεδονίας, συγκεκριμένα από το τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του



Πανεπιστημίου, και φοιτητές από τμήματα του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης, όπως είναι το τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, το τμήμα Φιλολογίας και το τμήμα Βιολογίας. Το δείγμα συλλέχθηκε με τυχαία σειρά από όλα τα παραπάνω τμήμα, καθώς δε λήφθηκε υπόψη το τμήμα στις απαντήσεις του κάθε συμμετέχοντα.

Το τελικό δείγμα της έρευνας που προέκυψε μετά από αναμονή περίπου τεσσάρων μηνών ήταν συνολικά 355 φοιτητές. Από αυτούς τα 2 άτομα δεν δήλωσαν φύλο και οι 17 δεν δήλωσαν την ηλικία τους. Από τα υπόλοιπα 338 άτομα οι 43 ήταν άνδρες (12,2%) και οι 310 ήταν γυναίκες (87,8%). Μέση ηλικία στα 338 άτομα που δήλωσαν την ηλικία τους και απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις ήταν 21,36 έτη ($\pm 2,3$), με ηλικιακό εύρος 18-32 ετών. Στο ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test (EAT-26) απάντησαν και συμπλήρωσαν το φύλο τους 41 άνδρες και 310 γυναίκες, ενώ στο Eating Disorder Inventory – Body dissatisfaction 43 άνδρες και 307 γυναίκες.

2.3 Μέσα συλλογής των δεδομένων

Όπως αναφέρθηκε, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση του σκοπού της έρευνας ήταν το Eating Attitudes Test (EAT-26) και η υποκλίμακα του Eating Disorder Inventory (EDI) Body dissatisfaction. Η ελληνική τους έκδοση που χρησιμοποιήθηκε έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Γ. Τρίκα & Ε. Βάρσου. Αυτά μοιράστηκαν στους συμμετέχοντες φοιτητές μέσω του ιστότοπου Survey Monkey με δυνατότητα απάντησης μόνο από μία φορά για τον καθένα. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα για όλους τους συμμετέχοντες. Η στατιστική ανάλυση τους πραγματοποιήθηκε, με το στατιστικό πρόγραμμα του SPSS.

2.4 Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου ή μιας κλίμακας ορίζεται ως «ο βαθμός εσωτερικής συνάφειας και συνέπειας του εργαλείου μέτρησης». Η αξιοπιστία εκφράζει, λοιπόν, κατά «πόσο ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να παράγει αποτελέσματα απαλλαγμένα από σφάλματα μέτρησης». Ως σφάλματα μέτρησης εννοούνται «τα σφάλματα που δημιουργούνται στις απαντήσεις των ερωτηθέντων από την επίδραση του χρόνου και από την επίδραση διαφορετικών κοινωνικών ή άλλων συνθηκών». Συνήθως η εσωτερική εγκυρότητα μιας κλίμακας αξιολογείται βάσει του Συντελεστή Αξιοπιστίας Άλφα (Cronbach's Alpha) με τιμές που κυμαίνονται από 0 έως 1. Το 0 ερμηνεύεται ως έλλειψη αξιοπιστίας, το 1 ως ισχυρά αξιόπιστη κλίμακα. Τιμές μεγαλύτερες του



0,7 θεωρούνται ικανοποιητικές, για πολύ σημαντικές μελέτες όμως πρέπει οι τιμές να είναι μεγαλύτερες του 0,9. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή τόσο μεγαλύτερη είναι και η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Το Alpha του Cronbach δεν είναι στατιστική δοκιμασία, είναι ένας συντελεστής αξιοπιστίας (ή συνεκτικότητας). Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων EAT-26 και EDI (Body dissatisfaction) στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε χρήση του στατιστικού μέτρου Cronbach Alpha.

2.5 Στατιστική μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα του SPSS. Πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών των δύο ερωτηματολογίων, των υποκλιμάκων τους, καθώς και συσχέτιση με το φύλο και την ηλικία του δείγματος. Η συσχέτιση ελέγχθηκε με το συντελεστή γραμμικής συσχέτισης r του Pearson. Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson είναι ένα μέτρο της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο ποσοτικών συνεχών μεταβλητών.

Οι τιμές που παίρνει ο συντελεστής r του Pearson κυμαίνονται από -1 έως 1 . Αν το $r = \pm 1$ υπάρχει τέλεια γραμμική συσχέτιση. Αν $-0,3 \leq r < 0,3$ δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Αυτό, ωστόσο, δε σημαίνει ότι δεν υπάρχει άλλου είδους συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Επίσης, Αν $-0,5 < r \leq -0,3$ ή $0,3 \leq r < 0,5$ υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση. Αν $-0,7 < r \leq -0,5$ ή $0,5 \leq r < 0,7$ υπάρχει μέση γραμμική συσχέτιση. Αν $-0,8 < r \leq -0,7$ ή $0,7 \leq r < 0,8$ υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Τέλος, αν $-1 < r \leq -0,8$ ή $0,8 \leq r < 1$ υπάρχει πολύ ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Να σημειωθεί ότι θετικές τιμές του r δεν υποδηλώνουν πάντα μεγαλύτερο βαθμό γραμμικής συσχέτισης από το βαθμό γραμμικής συσχέτισης που υποδηλώνουν αρνητικές τιμές του r . Ο βαθμός γραμμικής συσχέτισης καθορίζεται από την απόλυτη τιμή του r και όχι από το πρόσημο του. Το πρόσημο του καθορίζει το είδος, μόνο, της συσχέτισης (θετική ή αρνητική). Μας πληροφορεί, δηλαδή, για το αν η αύξηση της μιας μεταβλητής αντιστοιχεί σε αύξηση ή σε μείωση της άλλης μεταβλητής.

Για τον σκοπό, επομένως, της έρευνας υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο EAT-26, στις υποκλίμακες του και στο Eating Disorder Inventory - Body dissatisfaction. Οι συσχετίσεις έγιναν στο σύνολο του δείγματος και ανά φύλο. Επίσης, υπολογίστηκε και η συσχέτιση των δύο ερωτηματολογίων με την ηλικία που δήλωσαν οι ερωτηθέντες.



3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών των δύο ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους και ελέγχθηκαν με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων με την ηλικία του δείγματος.

3.1 Ηλικία του δείγματος

Όσον αφορά την ηλικία του δείγματος ο μέσος όρος ήταν 21,36 ($SD = 2,3$). Το ηλικιακό εύρος ήταν 18-32 ετών. Από το σύνολο του δείγματος 17 άτομα δεν δήλωσαν την ηλικία τους. Το 77,8% του δείγματος ήταν από 18 έως 22 ετών και το 20,1% του δείγματος ήταν από 23 έως 27 ετών, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1. Οι γυναίκες που δήλωσαν την ηλικία τους αποτελούσαν το 78,2% του δείγματος με ηλικίες από 12 έως 22 ετών και το 19,7% από 23 έως 27 ετών. Οι άνδρες του δείγματος αποτελούνταν ηλικιακά το 75,6% από 18 έως 22 ετών και το 22,0% από 23 έως 27 ετών. Τα άτομα που ήταν ηλικιακά πάνω από 28 ετών αφορούσαν το 2,1% του δείγματος (2,0% και 2,4% για γυναίκες και άντρες αντίστοιχα).

Πίνακας 1. Ηλικία του δείγματος

Ηλικία σε έτη	Συνολικά Συχνότητα	Συνολικά Ποσοστό επί %	Γυναίκες Συχνότητα	Γυναίκες Ποσοστό επί %	Άνδρες Συχνότητα	Άνδρες Ποσοστό επί %
18-22	263	77,8	230	78,2	31	75,6
23-27	68	20,1	58	19,7	9	22,0
>28	7	2,1	6	2,0	1	2,4
Σύνολο	338	100	294	100	41	100



3.2 Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων

Οι συντελεστές αξιοπιστίας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, ήταν αρκετά καλοί για την υποκλίμακα του EAT-26 Δίαιτα (0,85 για τις γυναίκες και 0,74 για τους άνδρες) αλλά και στο σύνολο του EAT-26 (0,84). Αρκετά ικανοποιητική τιμή φαίνεται να υπάρχει στο ερωτηματολόγιο EDI (Body dissatisfaction), καθώς είναι 0,9 στο σύνολο όλου του δείγματος και 0,89 για τους άνδρες. Αυτές οι τιμές φανερώνουν υψηλή αξιοπιστία. Πολύ οριακές είναι οι τιμές των γυναικών και των ανδρών στην υποκλίμακα του EAT-26 Στοματικός Έλεγχος (0,63 και 0,57 αντίστοιχα) και η τιμή των γυναικών στην υποκλίμακα EAT-26 Βουλιμία αλλά και στο σύνολο του δείγματος (0,58 και 0,56 αντίστοιχα). Η τιμή των ανδρών στο EAT-26 Βουλιμία (0,42) δεν είναι αποδεκτή.

Πίνακας 2. Συντελεστές Αξιοπιστίας (Cronbach's Alpha) των EAT-26 και των υποκλιμάκων του, καθώς και του EDI (Body dissatisfaction) στα δύο φύλα και στο σύνολο του δείγματος

Υποκλίμακες	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
EAT-26 Δίαιτα	0,74	0,85	0,84
EAT-26 Βουλιμία	0,42	0,58	0,56
EAT- 26 Στοματικός Έλεγχος	0,63	0,57	0,58
EAT-26 Σύνολο	0,73	0,84	0,84
EDI- Δυσαρέσκεια με το Σώμα	0,89	0,90	0,90

3.3 Ερωτηματολόγιο Eating attitudes test-26

Οι μέσες τιμές στο ερωτηματολόγιο EAT-26 και στις υποκλίμακές του για το σύνολο του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3. Συγκεκριμένα, στην υποκλίμακα EAT-26 Δίαιτα σημειώθηκε η υψηλότερη βαθμολογία 5,7 ($\pm 6,0$), στην υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός Έλεγχος σημειώθηκε μέση βαθμολογία 3,1 ($\pm 3,1$), με την υποκλίμακα EAT-26 Βουλιμία να σημειώνει μέση βαθμολογία 2,3 ($\pm 2,4$). Στο σύνολο το EAT-26 σημείωσε μέση βαθμολογία 11,1 (8,9).



Πίνακας 3. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις του ερωτηματολογίου EAT-26 και των υποκλιμάκων του στο σύνολο του δείγματος

Υποκλίμακες	Πληθυσμός	Min	Max	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
EAT-26 Δίαιτα	355	0,0	30,0	5,7	6,0
EAT-26 Βουλιμία	355	0,0	13,0	2,3	2,4
EAT- 26 Στοματικός Έλεγχος	355	0,0	16,0	3,1	3,1
EAT-26 Σύνολο	355	0,0	53,0	11,1	8,9
Σύνολο	355	0,0	-	-	-

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4 το 54,4% του δείγματος σημείωσε βαθμολογία στο EAT-26 $<9,0$, που σημαίνει ότι ο μισός πληθυσμός του δείγματος δεν εμφανίζει κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές και έχει περιορισμένες διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Το 30,4% του πληθυσμού σημείωσε μέση βαθμολογία $10,0-19,0$, ενώ το 15,2% σημείωσε μέση βαθμολογία $15,2$. Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν ότι υπάρχει ένα μέρος του δείγματος, της τάξεως του 15,2% που κινδυνεύει από διατροφικές διαταραχές λόγω των αυξημένων διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών.

Πίνακας 4. Συχνότητα και ποσοστό επι τοις % της μέσης βαθμολογίας στο EAT-26

Μέση βαθμολογία	Συχνότητα	Ποσοστό επι %
0,00-9,00	193	54,4
10,00-19,00	108	30,4
>20	54	15,2
Σύνολο	355	100

Διαχωρίζοντας το δείγμα στα δύο φύλα παρατηρείται, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 5, ότι το ποσοστό 52,3% στις γυναίκες σημείωσε μέση βαθμολογία $<9,0$, το 30,6% σημείωσε μέση βαθμολογία $10,0-19,0$ και τέλος το 17,1% σημείωσε μέση βαθμολογία >20 . Αντίστοιχα στους



άνδρες, παρατηρείται υψηλό ποσοστό 70,7% για μέση βαθμολογία <9,0, ποσοστό 26,8% για μέση βαθμολογία 10,0-19,0 και χαμηλό ποσοστό ύψους 2,4% για μέση βαθμολογία >20,0.

Πίνακας 5. Συχνότητα και ποσοστά επι τοις % των βαθμολογιών στο EAT-26 στα δύο φύλα του δείγματος

Μέση βαθμολογία	Γυναίκες - Συχνότητα	Γυναίκες - Ποσοστό επι %	Άνδρες - Συχνότητα	Άνδρες - Ποσοστό επι %
0,00-9,00	162	52,3	29	70,7
10,00-19,00	95	30,6	11	26,8
>20	53	17,1	1	2,4
Σύνολο	310	100	41	100

3.4 Ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα

Η μέση βαθμολογία που σημειώθηκε στην υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EDI Δυσαρέσκεια για το σώμα ήταν 6,2 ($\pm 6,5$), όπως φαίνεται στον Πίνακα 6 και η μεγαλύτερη βαθμολογία που σημειώθηκε στο ερωτηματολόγιο ήταν 27,0 βαθμοί. Επίσης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7 το 76% του πληθυσμού σημείωσε μέση βαθμολογία <9,0, το 17,8% σημείωσε μέση βαθμολογία 10,0-19,0, ενώ το 6,8% του πληθυσμού σημείωσε μέση βαθμολογία >20,0.

Πίνακας 6. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις του ερωτηματολογίου EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα στο σύνολο του δείγματος

Υποκλίμακα	Πληθυσμός	Min	Max	Μέσοι όροι	Τυπικές αποκλίσεις
Δυσαρέσκεια για το σώμα	354	0,0	27,0	6,2	6,5
Σύνολο	354	-	-	-	-



Πίνακας 7. Συχνότητα και ποσοστά επι τοις % των βαθμολογιών στο EDI-Δυσaráεσκεια για το σώμα

Μέση βαθμολογία	Συχνότητα	Ποσοστό επι %
0,00-9,00	269	76,0
10,00-19,00	63	17,8
>20	22	6,2
Σύνολο	354	100

Διαχωρίζοντας το δείγμα στα δύο φύλα παρατηρείται, όπως φαίνεται στον Πίνακα 8, ποσοστό 76,2% των γυναικών σημείωσε μέση βαθμολογία <9,0, το 17,3% μέση βαθμολογία 10,0-19,0 και μόλις το 6,5% μέση βαθμολογία >20. Αντίστοιχα στους άνδρες, παρατηρείται υψηλό ποσοστό 74,4% για μέση βαθμολογία <9,0, ποσοστό 20,9% για μέση βαθμολογία 10,0-19,0 και χαμηλό ποσοστό ύψους 4,7% για μέση βαθμολογία >20,0.

Πίνακας 8 Συχνότητα και ποσοστό επι τοις % της μέσης βαθμολογίας στο EDI-Δυσaráεσκεια για το σώμα στα δύο φύλα του δείγματος

Μέση βαθμολογία	Γυναίκες - Συχνότητα	Γυναίκες - Ποσοστό επι %	Άνδρες - Συχνότητα	Άνδρες - Ποσοστό επι %
0,00-9,00	234	76,2	32	74,4
10,00-19,00	53	17,3	9	20,9
>20	20	6,5	2	4,7
Σύνολο	307	100	43	100

3.5 Σύγκριση των μέσων όρων στα δύο φύλα

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των δύο ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων του EAT-26 παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 9. Αυξημένη ήταν η βαθμολογία της υποκλίμακας του EAT-26 Δίαιτα στις γυναίκες (6,0). Μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην



υποκλίμακα της Βουλιμίας στους άντρες αλλά και στις γυναίκες (1,8 και 2,4 αντίστοιχα). Μικρή ήταν και η βαθμολογία στην υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός έλεγχος και στα δύο φύλα (2,8 στους άνδρες και 3,1 στις γυναίκες). Στο ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα παρατηρήθηκε αυξημένη βαθμολογία και στα δύο φύλα, με μέσο όρο 5,8 για τους άνδρες και 6,2 για τις γυναίκες.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα με το Anova test φαίνεται πως στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στην υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EAT-26 με τιμή $F=5,036$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$. Επίσης, και στο σύνολο του ερωτηματολογίου EAT-26 παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα με $F=4,375$ και επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$. Δεν παρατηρήθηκε, ωστόσο, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στα δύο φύλα στις υποκλίμακες EAT-26 Βουλιμία και Στοματικός έλεγχος ($F=1,181$ με $p>0,1$ και $F=1,181$ με $p>0,5$ αντίστοιχα), αλλά και στο ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($F=0,144$ με $p>0,7$).

Πίνακας 9. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις του EAT-26 και των υποκλίμακες του, καθώς και στο EDI (Body dissatisfaction) στα δύο φύλα (Άνδρες $n=41$, Γυναίκες $n=310$)

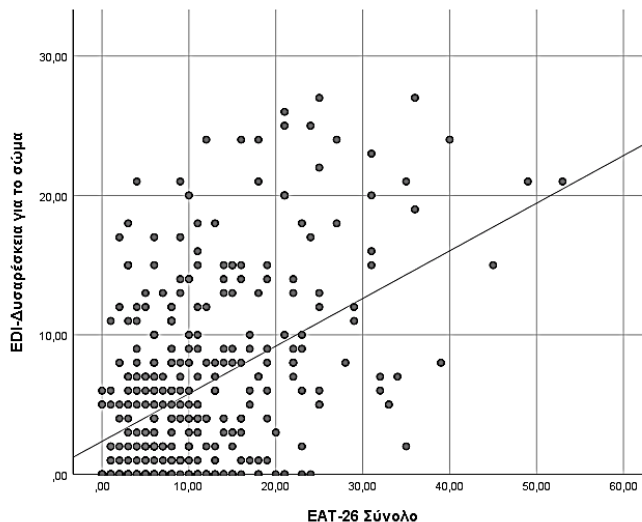
Υποκλίμακες	Άνδρες	Γυναίκες	F	Sig.
EAT-26 Δίαιτα	3,8 (4,2)	6,0 (6,1)	5,036	0,025
EAT-26 Βουλιμία	1,8 (2,0)	2,4 (2,5)	1,818	0,178
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	2,8 (3,2)	3,1 (3,1)	0,392	0,532
EAT-26-Σύνολο	8,4 (6,5)	11,5 (9,1)	4,375	0,037
EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα	5,8 (6,6)	6,2 (6,5)	0,144	0,705



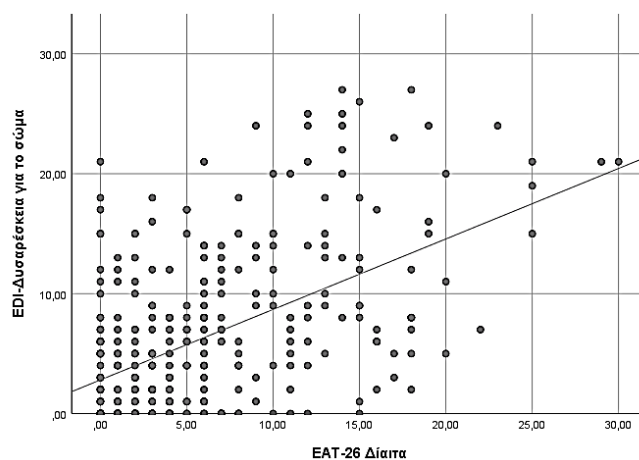
3.6 Συσχετίσεις ανάμεσα στα ερωτηματολόγια

3.6.1 Αποτελέσματα συσχετίσεων στο σύνολο του δείγματος

Σύμφωνα με τον Πίνακα 10 και τους συντελεστές συσχέτισης που προέκυψαν μετά από την ανάλυση των δεδομένων, το EAT-26 στο σύνολο του φάνηκε να έχει μια μέτρια έντασης γραμμική συσχέτιση (στατιστικά πολύ σημαντική) με το EDI (Body dissatisfaction) με τιμή $r=,464$ και σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1. Όσον αφορά την συσχέτιση των υποκλιμάκων του EAT-26, η υποκλίμακα EAT-26 Βουλμμία παρουσιάζει, επίσης, μέτρια έντασης, στατιστικά πολύ σημαντική, γραμμική συσχέτιση με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=,446$, $p < 0,01$). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η υποκλίμακα EAT-26 Δίαιτα, όπου υπάρχει μια μέτρια προς υψηλή έντασης θετική συσχέτιση, στατιστικά πολύ σημαντική, με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=,537$, $p < 0,01$), όπως φαίνεται και στο διάγραμμα διασποράς 2. Η υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός Έλεγχος δεν έδειξε να έχει καμία συσχέτιση με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=-,056$, $p=0,932$).



Διάγραμμα 1. Διασπορά των τιμών του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα και του EAT-26

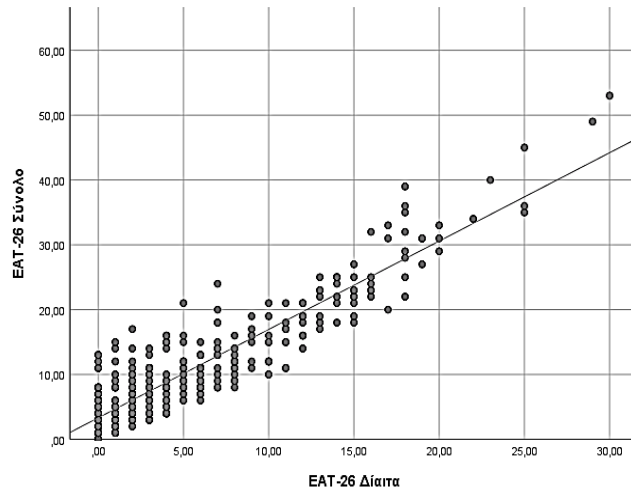


Διάγραμμα 2. Διασπορά των τιμών της υποκλίμακας EAT-26 Δίαιτα και του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα

Να αναφερθεί πως οι συσχετίσεις που υπήρξαν ανάμεσα στις υποκλίμακες του EAT-26 και στο σύνολο του ερωτηματολογίου παρουσιάζουν, επίσης, ενδιαφέρον. Η υποκλίμακα EAT-26 Δίαιτα παρουσιάζει πολύ ισχυρή γραμμική θετική συσχέτιση στατιστικά πολύ σημαντική με το σύνολο του EAT-26 ($r=,914$, $p < 0,01$), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 3. Το ίδιο παρατηρείται και με την υποκλίμακα EAT-26 Βουλμμία ($r=,710$, $p < 0,01$) όπου υπάρχει μια ισχυρής έντασης θετική



συσχέτιση στατιστικά πολύ σημαντική με το σύνολο του EAT-26, καθώς και με την υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός έλεγχος ($r=,551$, $p<0,01$) η οποία παρουσιάζει μια μέτρια προς υψηλή θετική συσχέτιση με το σύνολο του EAT-26. Ο συντελεστής συσχέτισης που παρατηρήθηκε μεταξύ των υποκλιμάκων του EAT-26 Βουλιμία και Στοματικός Έλεγχος ($r=,140$, $p<0,01$) δεν μπορεί να θεωρηθεί αποδεκτός.



Διάγραμμα 3. Διασπορά των τιμών του EAT-26 Σύνολο και της υποκλίμακας του EAT-26 Δίαιτα

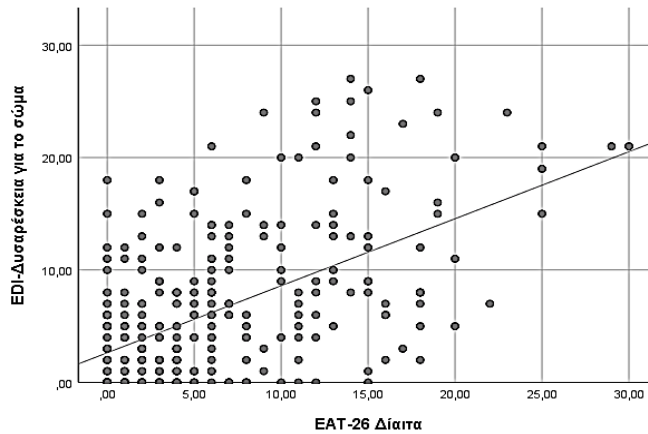
Πίνακας 10. Συσχέτιση του EAT-26, των υποκλιμάκων του και του EDI (Body dissatisfaction) στο σύνολο του δείγματος και στα δύο φύλα ($n=355$)

Υποκλίμακες	EAT-26 Δίαιτα	EAT-26 Βουλιμία	EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	EAT-26 Σύνολο	EDI- Δυσαρέσκεια για το σώμα
EAT-26 Δίαιτα	1	,576**	,245**	,914**	,537**
EAT-26 Βουλιμία		1	,140**	,710**	,446**
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος			1	,551**	-,056
EAT-26 Σύνολο				1	,464**

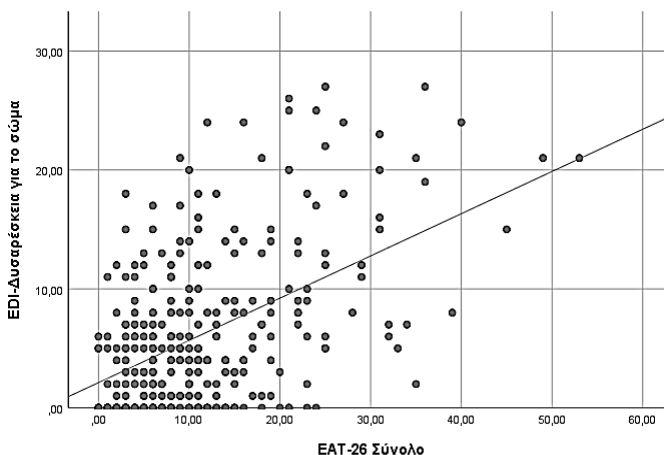
**** $p < ,01$**

3.6.2 Αποτελέσματα συσχετίσεων στις γυναίκες

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 11 τα αποτελέσματα της γραμμικής συσχέτισης, μετά από την ανάλυση των δεδομένων, είναι αρκετά ενδιαφέροντα. Αρχικά, παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική, μέτρια προς υψηλής έντασης, θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας EAT-26 Δίαιτα με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=,561$, $p<0,01$), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4. Μεταξύ της υποκλίμακας του EAT-26 Βουλιμία με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα παρατηρείται μια στατιστικά πολύ σημαντική, μέτριας έντασης, θετική συσχέτιση ($r=,484$, $p<0,01$). Όσον αφορά την υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός έλεγχος δεν υπήρξε καμία συσχέτιση με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=-,0,36$, $p>0,5$). Τέλος, μεταξύ του συνόλου των ερωτήσεων του EAT-26 και του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα παρατηρείται μια στατιστικά πολύ σημαντική, μέτριας έντασης, θετική συσχέτιση ($r=,497$, $p<0,01$), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5.



Διάγραμμα 4. Διασπορά τιμών του EAT-26 Δίαιτα και του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα στις γυναίκες



Διάγραμμα 5. Διασπορά τιμών του EAT-26 Δίαιτα και του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα στις γυναίκες

Να αναφερθεί πως οι συσχετίσεις που υπήρξαν ανάμεσα στις υποκλίμακες του EAT-26 και στο σύνολο του ερωτηματολογίου ήταν, επίσης, στατιστικά σημαντικές. Όπως παρατηρείται υπάρχει πολύ υψηλή θετική συσχέτιση, στατιστικά πολύ σημαντική, με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου με το σύνολό του, με την υψηλότερη θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας EAT-26 Δίαιτα με το EAT-26 συνολικά ($r=,918$, $p<0,01$). Το ίδιο παρατηρείται και με την υποκλίμακα EAT-26 Βουλιμία ($r=,725$, $p<0,01$) όπου υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική, υψηλής έντασης, θετική συσχέτιση με το σύνολο του EAT-26, καθώς και με την υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός έλεγχος

($r=,553, p<0,01$) η οποία παρουσιάζει μια μέτρια προς υψηλή θετική συσχέτιση με το σύνολο του EAT-26.

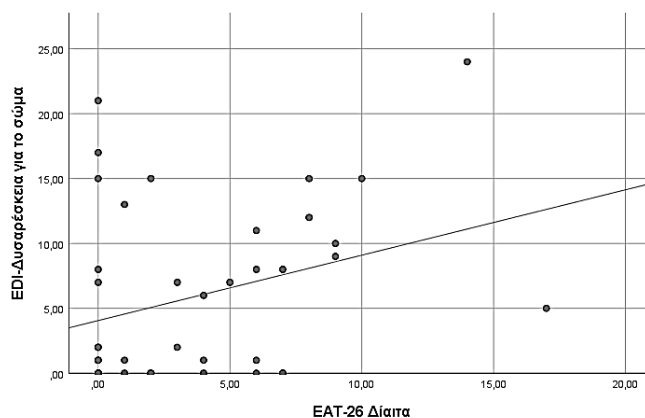
Πίνακας 11. Συσχέτιση του EAT-26, των υποκλιμάκων του και του EDI (Body dissatisfaction) στις γυναίκες ($n=310$)

Υποκλίμακες	EAT-26 Δίαιτα	EAT-26 Βουλιμία	EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	EAT-26 Σύνολο	EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα
EAT-26 Δίαιτα	1	,592**	,254**	,918**	,561**
EAT-26 Βουλιμία		1	,166**	,725**	,484**
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος			1	,553**	-,036
EAT-26 Σύνολο				1	,497**

** $p < ,01$

3.6.3 Αποτελέσματα συσχετίσεων στους άνδρες

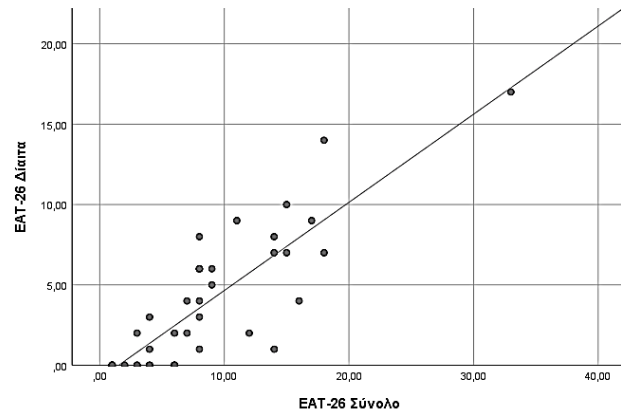
Όπως φαίνεται στον Πίνακα 12 τα αποτελέσματα της γραμμικής συσχέτισης, μετά από την ανάλυση των δεδομένων, είναι εξίσου ενδιαφέροντα. Αρχικά, παρατηρείται, μια στατιστικά σημαντική, χαμηλής έντασης, θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας του EAT-26 Δίαιτα με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=,315, p<0,05$), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 6. Επίσης, παρατηρείται μηδαμινή συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας EAT-26 Βουλιμία αλλά και του συνολικού EAT-26 με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα ($r=,166, p=0,3$ και $r=,151, p>0,3$ αντίστοιχα). Τέλος, η υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός Έλεγχος φαίνεται να έχει μια χαμηλή προς μηδαμινή αρνητική γραμμική συσχέτιση, στατιστικά μη σημαντική ($r=-,210, p>0,1$).



Διάγραμμα 6. Διασπορά τιμών του EAT-26 Δίαιτα και του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα στους άνδρες



Να αναφερθεί πως οι συσχετίσεις που υπήρξαν ανάμεσα στις υποκλίμακες του EAT-26 και στο σύνολο του ερωτηματολογίου ήταν στατιστικά σημαντικές. Όπως παρατηρείται υπάρχει έντονη προς υψηλή θετική συσχέτιση, στατιστικά πολύ σημαντική, με όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου με το σύνολό του, με την υψηλότερη θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας EAT-26 Δίαιτα με το EAT-26 συνολικά ($r=,849, p<0.01$), όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 7. Το ίδιο παρατηρείται και με την υποκλίμακα EAT-26 Βουλιμία ($r=,523, p<0,01$) όπου υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική μέτριας έντασης θετική συσχέτιση με το σύνολο του EAT-26, καθώς και με την υποκλίμακα EAT-26 Στοματικός έλεγχος ($r=,582, p<0,01$) η οποία παρουσιάζει μια μέτρια προς υψηλή θετική συσχέτιση με το σύνολο του EAT-26



Διάγραμμα 7. Διασπορά τιμών του EAT-26 Σύνολο και του EAT-26 Δίαιτα στους άνδρες

Πίνακας 12. Συσχέτιση του EAT-26, των υποκλιμάκων του και του EDI (Body dissatisfaction) στους άνδρες (n=41)

Υποκλίμακες	EAT-26 Δίαιτα	EAT-26 Βουλιμία	EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	EAT-26 Σύνολο	EDI- Δυσαρέσκεια για το σώμα
EAT-26 Δίαιτα	1	,380*	,170	,849**	,315*
EAT-26 Βουλιμία		1	-,072	,523**	,166
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος			1	,582**	-,210
EAT-26 Σύνολο				1	,151

** $p < ,01$

* $p < ,05$



3.6.4 Αποτελέσματα συσχετίσεων με την ηλικία

Οι συσχετίσεις που έγιναν μεταξύ της ηλικίας του δείγματος με τα δυο ερωτηματολόγια και τις υποκλίμακες τους δεν παρουσίασαν κανένα αποτέλεσμα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 13. Δεν παρατηρήθηκε καμία θετική ή αρνητική συσχέτιση στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 13. Συσχέτιση του EAT-26, των υποκλιμάκων του, και του EDI (Body dissatisfaction) με την ηλικίας του δείγματος

Υποκλίμακες	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
EAT-26 Δίαιτα	-,010	,048	-,013
EAT-26 Βουλιμία	,044	,112	,046
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	-,055	-,144	,025
EAT-26 Σύνολο	-,024	-,009	,012
EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα	-,100	,100	-,087



4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε απέδωσε κάποια πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα τα οποία ερμηνεύονται στο παρόν κεφάλαιο. Στην παρούσα έρευνα σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και η δυσαρέσκεια για το σώμα σε ενήλικες φοιτητές, καθώς και το κατά πόσο συσχετίζονται μεταξύ τους οι παράγοντες αυτοί. Τα παραπάνω αξιολογήθηκαν με βάση το ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test-26, τις υποκλίμακες του και την υποκλίμακα του Eating Disorder Inventory - Δυσαρέσκεια για το σώμα.

4.1 Συζήτηση αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων

Αρχικά, όσον αφορά την αξιοπιστία που σημείωσαν τα ερωτηματολόγια, με βάση τον δείκτη αξιοπιστίας Chronbach's Alpha, τα αποτελέσματα έδειξαν τόσο για το EAT-26 όσο και για την υποκλίμακα του EDI – Δυσαρέσκεια για το σώμα αρκετά υψηλή αξιοπιστία. Όσον αφορά το σύνολο του δείγματος, το EAT-26 και η υποκλίμακα EAT-26 Δίαιτα ξεπέρασαν το συμβατικό όριο 0,70 του δείκτη Alpha (0,84 και τα δύο), σημειώνοντας αυξημένη αξιοπιστία. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτήσεις είχαν μεταξύ τους υψηλή ενδοσυνέπεια, δηλαδή μετρούσαν τα ίδια χαρακτηριστικά. Στις υποκλίμακες EAT-26 Βουλιμία και EAT-26 Στοματικός Έλεγχος οι τιμές του δείκτη Alpha παρουσίασαν χαμηλή εσωτερική συνέπεια (τιμές 0,56 και 0,58 αντίστοιχα), κάτι που δηλώνει μικρή συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων τους λόγω πιθανού σφάλματος στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες. Όσον αφορά την υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EDI - Δυσαρέσκεια για το σώμα σημειώθηκαν δείκτης αξιοπιστίας 0,90, δηλώνοντας αρκετά υψηλή εσωτερική συνέπεια μεταξύ των ερωτήσεων του. Το ίδιο ισχύει και διαχωρίζοντας το δείγμα στα δύο φύλα, σημειώνοντας και οι άνδρες και οι γυναίκες αρκετά υψηλή αξιοπιστία τόσο στο σύνολο του EAT-26 όσο και στο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα (0,73 και 0,84 στο EAT-26, 0,89 και 0,90 στο EDI για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα). Οι τιμές στις υποκλίμακες EAT-26 Βουλιμία και Στοματικός Έλεγχος, τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες, δε θεωρούνται αποδεκτοί λόγω πιθανού σφάλματος.



4.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου EAT-26

Σχετικά με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων υπήρξαν ορισμένα ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Στο EAT-26 ο μέσος όρος στο σύνολο του δείγματος ήταν *11,1* (8,9), με το 54,4% να έχει μέσο όρο κάτω από 9,0 και μόλις το 15,2% να εμφανίζει μέσο όρο >20. Όσον αφορά τα δύο φύλα, οι γυναίκες σημείωσαν ποσοστό 52,3% με μέσο όρο <9,0 με το 17,1% να παρουσιάζει μέση βαθμολογία >20. Το ίδιο ισχύει και στους άνδρες, με ποσοστό 70,7% να έχει μέση βαθμολογία <9 και 2,4% βαθμολογία >20. Ωστόσο, οι μέσες τιμές αυτές δε μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους λόγω της ανισότητας που υπάρχει στο πληθυσμό των δύο φύλων στο δείγμα της έρευνας. Σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μαθητές της Αθήνας και φοιτητές του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου της Αθήνας, με άτομα ηλικίας 14-26 ετών, αναφέρθηκε ποσοστό 20,3% στις γυναίκες και 8,7% στους άνδρες με μέση βαθμολογία >20 στο EAT-26 και μέσο όρο *12,9* (7,3) και *8,7* (6,7) αντίστοιχα (Yannakouli et al., 2004). Αντίστοιχα, σε έρευνα που έγινε σε μαθητές ηλικίας 15-17 ετών, στην οποία παρατηρήθηκαν ποσοστά 18,3% (12,8% των αγοριών και 24,7% των κοριτσιών) για μέση βαθμολογία >20 στο EAT-26 (Costarelli et al., 2010). Αντίστοιχες μέσες τιμές παρατηρούνται σε πρόσφατη έρευνα σε Έλληνες μαθητές ηλικίας 13-18 ετών, όπου η μέση βαθμολογία σε γυναίκες ήταν *13,6* (8,8) και στους άνδρες *9,8* (8,1), με το 16,7% να σημειώνει μέση βαθμολογία >20 (Bilali et al., 2010). Τέλος, σε μελέτη που έλαβε χώρα σε πανεπιστήμια της Κρήτης με φοιτητές μέσης ηλικίας *20,75* (3,5) ετών, σημειώθηκε ποσοστό 20,8% για μέση βαθμολογία >20 (Koskina & Giouazolias, 2010). Τα παραπάνω ποσοστά σε σχέση με τη παρούσα έρευνα δηλώνουν μείωση των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών στους ενήλικες άνω των 18 ετών, άρα και μείωση των περιστατικών που μπορεί να εξελίσσονταν σε κάποια παθολογική διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, δε μπορούμε να αναφερθούμε σε μείωση των διατροφικών διαταραχών, διότι μόνο με το ερωτηματολόγιο EAT-26 χωρίς την αναφορά στην κλινική εικόνα των ατόμων δε μπορεί να γίνει τέτοιου είδους διάγνωση.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες του EAT-26 η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα EAT-26 Δίαιτα [*5,7* (6,0)], ακολούθησε η EAT-26 Στοματικός Έλεγχος [*3,1* (3,1)], και τέλος η υποκλίμακα EAT-26 Βουλιμία [*2,3* (2,4)]. Οι τιμές που σημειώθηκαν στην έρευνα της Γιαννακούλια ήταν στην υποκλίμακα EAT-26 Δίαιτα *7,7* (6,3) και *8,7* (6,7), στην EAT-26 Στοματικός Έλεγχος *3,6* (3,4) και *3,1* (3,1), και τέλος στην υποκλίμακα EAT-26 Βουλιμία *1,7* (2,4) και *1,6* (2,1) αντίστοιχα για γυναίκες και άντρες (Yannakouli et al., 2004). Όλα τα



παραπάνω δείχνουν μείωση, στη συγκεκριμένη έρευνα, του ποσοστού των ατόμων με συνήθειες αποφυγής παχυντικών τροφίμων και μικρή αύξηση των ατόμων με βουλιμικές σκέψεις και συμπεριφορές.

Η μέση βαθμολογία που σημειώθηκε στα δύο ερωτηματολόγια, με υψηλότερη όπως επισημάνθηκε στο σύνολο του EAT-26 και στα δύο φύλα, καθώς και στον γυναικείο πληθυσμό (8,4 στους άνδρες και 11,5 στις γυναίκες), αποδεικνύει πως υπάρχει μια γενική ανησυχία στο δείγμα σχετικά με το σωματικό βάρος, το φαγητό και την εικόνα του σώματος. Μεταξύ των δύο φύλων σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) στη βαθμολογία που παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα του EAT-26 Δίαιτα, με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία. Απ' αυτή τη διαφορά βγαίνει το συμπέρασμα πως οι γυναίκες σημειώνοντας μεγαλύτερη βαθμολογία στις ερωτήσεις της συγκεκριμένης υποκλίμακας παρουσιάζουν πιο έντονες απόψεις σχετικά με την αποφυγή παχυντικών τροφίμων και με τη σκέψη για λεπτότητα, σε σχέση με τους άνδρες. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στο σύνολο του ερωτηματολογίου EAT-26 ($p < 0,05$), όπου συμπεραίνουμε πως ανάμεσα στα δύο φύλα σημειώθηκε μεγαλύτερη βαθμολογία στις γυναίκες, οι οποίες όπως φαίνεται έχουν μεγαλύτερη γενική ανησυχία για το βάρος και τη λεπτότητα του σώματος τους απ' ότι οι άνδρες. Δε σημειώθηκε, ωστόσο, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες μεταξύ των δύο φύλων στην υποκλίμακα της Βουλιμίας και του Στοματικού ελέγχου.

4.3 Συζήτηση της υποκλίμακας Δυσαρέσκεια για το σώμα του ερωτηματολογίου EDI

Στην υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα παρατηρείται μέση βαθμολογία 6,2 (6,5), με το 76% του δείγματος να έχει σημειώσει μέση βαθμολογία $< 9,0$ και το 6,2% μέση βαθμολογία > 20 . Όσον αφορά τα δύο φύλα, οι γυναίκες σημείωσαν ποσοστό 76,2% για μέση βαθμολογία $< 9,0$ και 6,5% για μέση βαθμολογία > 20 . Αντίστοιχα, οι άντρες σημείωσαν παρόμοια ποσοστά με το 74,4% να σημειώνει βαθμολογία $< 9,0$. Οι μέσες τιμές για τα δύο φύλα ήταν μέτριες σημειώνοντας μέση βαθμολογία 5,8 (6,6) και 6,2 (6,5) για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα. Ωστόσο, δε σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των δύο φύλων, συμπεραίνοντας πως και στα δύο φύλα υπάρχει δυσαρέσκεια για το σώμα στον ίδιο βαθμό. Τα παραπάνω δηλώνουν πως η δυσαρέσκεια για το σώμα είναι ήπια και δεν εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό στη συγκεκριμένη έρευνα, αφού η μέση τιμή του ερωτηματολογίου σε σχέση με τη μέγιστη τιμή που μπορεί να σημειωθεί είναι αρκετά χαμηλή.



Σε πρόσφατη έρευνα σε προπτυχιακούς φοιτητές ηλικίας 17-27 ετών, σε μη κλινικό πληθυσμό, σε Γερμανούς και Ρουμάνους, οι μέσες τιμές που σημειώθηκαν ήταν 8,0 (7,9) και 6,4 (7,7) αντίστοιχα (Joja & Wietersheim, 2012). Συγκρίνοντάς τις με τις τιμές της παρούσας έρευνας διαπιστώνεται πως η δυσαρέσκεια για το σώμα υπάρχει σε μεγαλύτερο ποσοστό στο πληθυσμό των Γερμανών φοιτητών, απ' ότι στους Έλληνες φοιτητές και στους Ρουμάνους. Επίσης, οι τιμές αυτές είναι χαμηλές σε σχέση με τιμές που διαπιστώνονται σε μικρότερες ηλικίες, όπως σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κίνα σε σχολεία του Χονγκ Κονγκ, όπου σημειώθηκαν τιμές 10,92 (6,26) για έφηβα κορίτσια 12-13 ετών και 12,87 (7,04) για έφηβες 14-18 ετών (Leung et al., 2004). Στη συγκεκριμένη έρευνα σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες των εφήβων κοριτσιών σχετικά με τις απαντήσεις που έδωσαν. Να σημειωθεί πως δεν υπάρχει πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα που να εξετάζει τη δυσαρέσκεια για το σώμα σε φοιτητές ή εφήβους αποκλειστικά με την υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα.

4.4 Συζήτηση των συσχετίσεων των δύο ερωτηματολογίων

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκαν, παρατηρήθηκε πως η έντονη ανησυχία σχετικά με τη διατροφή και το σώμα καθώς και οι βουλιμικές σκέψεις και συμπεριφορές συσχετίζονται θετικά με τη δυσαρέσκεια που έχουν οι φοιτητές για το σώμα τους. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για το σώμα τους καθώς και το αντίστροφο. Αυτό επαληθεύτηκε και στις γυναίκες του δείγματος ξεχωριστά. Στους άνδρες, όπως παρατηρήθηκε, η μόνη συσχέτιση που επαληθεύτηκε ήταν αυτή της γενικότερης ανησυχίας για το σώμα και την εικόνα του σώματος με τη δυσαρέσκεια γι' αυτό. Δεν επαληθεύτηκε, ωστόσο, το κομμάτι των διατροφικών στάσεων που αφορά τον αυτό-έλεγχο σχετικά με την πρόσληψη της τροφής, όπου δεν υπήρξε καμία συσχέτιση και στα δύο φύλα αλλά και στο σύνολο του δείγματος. Να σημειωθεί ότι η ηλικία του δείγματος δεν έδειξε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε με τη δυσαρέσκεια για το σώμα ούτε με τις διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συνέχεια με έρευνα που έχει διεξαχθεί σε Έλληνες εφήβους 13-18 ετών, στην οποία είχαν παρατηρηθεί ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και της δυσαρέσκειας του σώματος. Σύμφωνα μ' αυτή, οι έφηβοι που δεν ήταν ικανοποιημένοι με το σώμα τους είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές (Bilali et al., 2010).



Πιο αναλυτικά, παρατηρείται πως στο σύνολο του δείγματος υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ του ερωτηματολογίου EAT-26 στο σύνολό του, και ιδιαίτερα των υποκλιμάκων Δίαιτα και Βουλιμία, με το ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα. Οι θετικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν αποδεικνύουν πως όσο αυξάνεται η βαθμολογία στο EAT-26, και ιδιαίτερα στην υποκλίμακα της Βουλιμίας και της Δίαιτας, τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία στο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα. Επομένως, όσο αυξάνονται οι ανησυχίες σχετικά με το σωματικό βάρος, το σχήμα του σώματος και το φαγητό καθώς και οι βουλιμικές σκέψεις και τα συμπτώματα, τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια που έχει το άτομο για το σώμα του. Επίσης, μπορεί να επισημανθεί πως με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων αυτών, συμπεραίνεται, ότι οι εκδήλωση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, με τη μορφή τόσο της ανησυχίας σχετικά με το φαγητό όσο και των βουλιμικών ή ανορεξικών συμπεριφορών, έχει άμεση σχέση με την εκδήλωση έντονης δυσαρέσκειας για το σώμα. Οι συσχετίσεις αυτές επιβεβαιώνονται και σε μικρότερες ηλικίες, σε εφήβους μαθητές 12-16 ετών, σε έρευνα που έγινε σε σχολεία της Βραζιλίας, όπου υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της δυσαρέσκειας του σώματος και των διάφορων αντισταθμιστικών συμπεριφορών καθώς και των συμπτωμάτων της βουλιμίας (Fortes et al., 2015). Επίσης, συμφωνία υπάρχει και με έρευνα εφήβων ηλικίας 16-19 ετών που έχει πραγματοποιηθεί σε σχολεία της Ισπανίας, όπου αποδεικνύεται η έντονη σύνδεση της δυσαρέσκεια του σώματος με τις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Ωστόσο, η συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε ότι η δυσαρέσκεια του σώματος έχει τόσο άμεσες όσο και έμμεσες επιπτώσεις στην διαταραγμένη διατροφή κυρίως μέσω της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της αρνητικής επίδρασης της στους εφήβους (Cruz-Sáez et al., 2018). Παρόμοια μελέτη σε φοιτητές Νορβηγούς (320 άτομα, κατά 65% γυναίκες), απέδειξε ότι η συσχέτιση της δυσαρέσκειας του σώματος και των διατροφικών διαταραχών δεν είναι έμμεση αλλά διαμεσολαβούμενη και μπορεί να επηρεαστεί από την αυτοεκτίμηση και τη κατάθλιψη του ατόμου (Brechan & Kvaalem, 2015).

Να επισημανθεί, επίσης, ότι στο σύνολο του δείγματος δεν υπήρξε καμία συσχέτιση με την υποκλίμακα του EAT-26 Στοματικός έλεγχος με το EDI-Δυσαρέσκεια με το σώμα, το οποίο σημαίνει πως ο αυτό-έλεγχος σχετικά με τη τροφή δεν επηρεάζει ούτε θετικά ούτε αρνητικά την δυσαρέσκεια που μπορεί να έχει το άτομο για το σώμα του, καθώς και το αντίστροφο. Η συσχέτιση αυτή έρχεται σε αντίθεση με έρευνα που έχει γίνει σε εφήβους μαθητές, όπου σημειώθηκε θετική συσχέτιση της δυσαρέσκειας του σώματος με τον αυτό-έλεγχο σχετικά με την τροφή (Fortes et al., 2015).



Στη συνέχεια, οι συσχετίσεις που σημειώθηκαν για τον γυναικείο πληθυσμό μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων είχαν, επίσης, αξιοσημείωτα αποτελέσματα. Υπήρξε, λοιπόν, έντονη θετική συσχέτιση του συνόλου του ερωτηματολογίου EAT-26 με το ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα. Αρκετά έντονη ήταν και η θετική συσχέτιση που σημειώθηκε στις υποκλίμακες EAT-26 Δίαιτα και EAT-26 Βουλιμία με το EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα. Οι συσχετίσεις αυτές που παρατηρήθηκαν για τον γυναικείο πληθυσμό του δείγματος, δηλώνουν ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία στο EAT-26, και ιδιαίτερα στην υποκλίμακα της Δίαιτας και της Βουλιμίας, τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία στο EDI-Δυσαρέσκεια με το σώμα. Επομένως, όσο αυξάνονται οι σκέψεις και τα συμπτώματα της βουλιμίας καθώς και η σκόπιμη αποφυγή ορισμένων τροφίμων, τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια που έχει το άτομο για το σώμα του. Το ίδιο ισχύει και με τη γενικότερη ανησυχία που μπορεί να υπάρχει για το σωματικό βάρος, την εικόνα του σώματος και για το φαγητό, με τη δυσαρέσκεια του ατόμου για το σώμα του. Όσο αυξάνονται, δηλαδή, οι ανησυχίες αυτές αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για το σώμα. Δεν παρατηρήθηκε, ωστόσο, καμία συσχέτιση και στις γυναίκες μεταξύ της υποκλίμακας EAT-26 Στοματικός έλεγχος με τη δυσαρέσκεια για το σώμα, κάτι που μπορεί να ερμηνευθεί ότι πιθανόν ο αυτό-έλεγχος σχετικά με τη τροφή δεν επηρεάζει τη δυσαρέσκεια που μπορεί να έχει το άτομο για το σώμα του, καθώς και το αντίστροφο. Οι θετικές αυτές συσχετίσεις έρχονται σε συμφωνία με παρόμοια μελέτη σε εφήβους όπου σημειώθηκε έντονη συσχέτιση μεταξύ της σωματικής δυσαρέσκειας και των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών κυρίως σε γυναίκες (Figueiredo et al., 2018).

Επιπλέον, οι συσχετίσεις που σημειώθηκαν για τον ανδρικό πληθυσμό μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων είχαν, επίσης, αξιοσημείωτα αποτελέσματα. Υπήρξε, λοιπόν, έντονη θετική συσχέτιση (στατιστικά σημαντική) μόνο μεταξύ της υποκλίμακας του EAT-26 Δίαιτα και του EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα. Τα αποτελέσματα αυτά δηλώνουν ότι σε δείγμα ανδρικού φύλου ηλικίας 18-32 ετών, φοιτητικού πληθυσμού, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ των συμπεριφορών αποφυγής ορισμένων τροφίμων και της εμμονής για λεπτότητα του σώματος με τη δυσαρέσκεια που μπορεί να αναπτύξει το άτομο. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται αυτές οι τάσεις και σκέψεις μπορεί να αυξηθεί και η δυσαρέσκεια για το σώμα. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτή δεν είναι τόσο ισχυρή όσο είναι αυτή που παρατηρήθηκε στο σύνολο του δείγματος. Δεν παρατηρήθηκε, ακόμα, καμία συσχέτιση μεταξύ του συνολικού EAT-26, του EAT-26 Βουλιμία και του EAT-26 Στοματικός έλεγχος με τη δυσαρέσκεια για το σώμα στους άνδρες. Να σημειωθεί πως οι συσχετίσεις αυτές δεν είναι τόσο σημαντικές όσο του συνολικού



δείγματος καθώς και των γυναικών λόγω του μικρού αριθμού των ανδρών που συμμετείχαν στην έρευνα, όπως παρατηρείται και σε άλλες έρευνες όπου οι τιμές για τους άνδρες είναι χαμηλότερες (Cruz-Sáez et al., 2018).

Όσον αφορά τις συσχετίσεις που σημειώθηκαν μεταξύ του συνόλου του EAT-26 με τις τρεις υποκλίμακες του, παρατηρήθηκε έντονη θετική συσχέτιση και στο σύνολο του δείγματος αλλά και σε κάθε φύλο ξεχωριστά. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η αποφυγή ορισμένων τροφίμων από το δείγμα καθώς και η εμμονή για λεπτότητα του σώματος, τόσο αυξάνεται και η τάση του ατόμου για διαταραγμένες συμπεριφορές και στάσεις καθώς και η γενικότερη ανησυχία για το σωματικό βάρος και το φαγητό. Επίσης, όσο αυξάνεται η τάση για βουλιμικές συμπεριφορές και σκέψεις όπως και ο αυτό-έλεγχος σχετικά με τη τροφή, τόσο μπορεί να αυξάνεται και η γενική τάση για διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές.

Οι συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ της ηλικίας και με τα δύο ερωτηματολόγια δεν παρουσίασαν κάποιο ενδιαφέρον, αφού δεν υπήρξε κάποια στατιστικά πολύ σημαντική θετική συσχέτιση. Επομένως, η ηλικία σύμφωνα με τις συσχετίσεις αυτές δεν επηρεάζει τη γενικότερη διατροφική συμπεριφορά και τη δυσαρέσκεια που έχει το άτομο για το σώμα του και στα δύο φύλα του δείγματος. Ωστόσο, έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης, έδειξε αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τις διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές, όπου απέδειξε πως όταν αυξάνεται η ηλικία μειώνονται οι διαταραγμένες συμπεριφορές που συσχετίζονται με τη διατροφή (Koskina & Giovazolias, 2010). Όσον αφορά τη δυσαρέσκεια για το σώμα και την ηλικία, έρευνες σε εφήβους έχουν αποδείξει πως η δυσαρέσκεια για το σώμα αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία, κυρίως στις γυναίκες, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα όπου δε σημειώθηκε καμία συσχέτιση (Bucchianeri et al., 2013; Dion et al., 2015).



5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αξιολογώντας, λοιπόν, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα. Αρχικά, παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών στο συγκεκριμένο δείγμα φοιτητών, σε σχέση με παλαιότερες μελέτες και με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ενήλικες και εφήβους. Ένα ποσοστό της τάξεως του 15,2% εμφάνισε διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, ίσως και παθολογικές διατροφικές διαταραχές, κάτι που δε μπορεί να δηλωθεί χωρίς την κλινική εικόνα του κάθε ατόμου. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο απ' ό,τι σε μελέτες που έχουν γίνει κατά την εφηβεία, που θεωρείται και ηλικία έναρξης των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών, όπου έχουν σημειωθεί ποσοστά 18,3% και 20,3%. Το ίδιο παρατηρήθηκε και με τη δυσαρέσκεια για το σώμα, όπου οι τιμές που σημειώθηκαν ήταν χαμηλές, συμπεραίνοντας έτσι πως κατά την ενήλικη ζωή μπορεί η δυσαρέσκεια για το σώμα να μειώνεται. Έτσι, μόλις το 6,2% διαπιστώθηκε πως πάσχει από δυσαρέσκεια για το σώμα. Να σημειωθεί, επίσης, πως οι γυναίκες του δείγματος παρουσίασαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες διαταραγμένες διατροφικές διαταραχές και δυσαρέσκεια για το σώμα. Αν και υπάρχει, λοιπόν, και στα δύο φύλα μια γενική ανησυχία σχετικά με το σωματικό βάρος, το φαγητό και την εικόνα του σώματος, οι γυναίκες υπερτερούν βαθμολογικά.

Όσον αφορά την συσχέτιση των διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών με τη δυσαρέσκεια του ατόμου για το σώμα του παρατηρήθηκε έντονη θετική συσχέτιση στο φοιτητικό πληθυσμό της Θεσσαλονίκης και αλληλεξαρτώμενη σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει έντονη θετική συσχέτιση, στο σύνολο του δείγματος, μεταξύ της ανησυχίας για την εικόνα του σώματος, το βάρος, αλλά και της ύπαρξης των αντισταθμιστικών συμπεριφορών της δίαιτας και της βουλιμίας, με τη δυσαρέσκεια που διαμορφώνουν για το σώμα τους. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η ανησυχία για το σώμα, οι περιοριστικές δίαιτες και οι αντισταθμιστικές μέθοδοι καθώς και οι βουλιμικές συμπεριφορές και σκέψεις, αυξάνεται και η δυσαρέσκεια του ατόμου για το σώμα. Αντίστροφα, και η δυσαρέσκεια με το βάρος συσχετίζεται και μπορεί να επηρεάσει τις διαστρεβλωμένες διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις. Επομένως, όσο αυξάνεται η δυσαρέσκεια για το σώμα τόσο θα αυξάνονται και οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές.

Όλα τα παραπάνω ισχύουν, όπως αναφέρθηκε, για το συνολικό δείγμα. Όσον αφορά το γυναικείο πληθυσμό του δείγματος παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της γενικής



ανησυχίας για την εικόνα τους σώματος και το βάρος, των βουλιμικών σκέψεων και των στάσεων αποφυγής παχυντικών τροφίμων με τη δυσαρέσκεια για το σώμα. Άρα, όσο αυξάνονται οι παραπάνω συμπεριφορές στις γυναίκες, τόσο αυξάνεται και η δυσαρέσκεια για το σώμα. Αντίθετα, στους άνδρες, παρατηρήθηκε συσχέτιση μόνο μεταξύ των συμπεριφορών αποφυγής παχυντικών τροφίμων με τη δυσαρέσκεια για το σώμα. Επομένως, στον ανδρικό φοιτητικό πληθυσμό του δείγματος η δυσαρέσκεια για το σώμα δεν επηρεάζεται από τις βουλιμικές σκέψεις και συμπεριφορές ούτε και από την γενική ανησυχία για το σώμα και το βάρος. Επίσης, διαπιστώθηκε στην έρευνα ότι όσον αφορά τις διατροφικές στάσεις που σχετίζονται με τον αυτό-έλεγχο δεν φάνηκε να επηρεάζει θετική ή αρνητικά την δυσαρέσκεια για το σώμα, ούτε στους άνδρες ούτε στις γυναίκες. Τέλος, η ηλικία φάνηκε να μη συσχετίζεται με τις γενικότερες διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις του δείγματος, αλλά ούτε και με τη δυσαρέσκεια για το σώμα.

Επομένως, συμπεραίνεται ότι το ποσοστό εμφάνισης των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και της δυσαρέσκειας για το σώμα είναι μικρό, στο συγκεκριμένο δείγμα των φοιτητών της Θεσσαλονίκης και ότι οι παράγοντες αυτοί συσχετίζονται έντονα μεταξύ τους. Ωστόσο, το ποσοστό του δείγματος, αν και μικρό καθόλου ασήμαντο, το οποίο εμφανίζει αρνητικές διατροφικές συμπεριφορές και δυσαρέσκεια για το σώμα είναι πολύ σημαντικό να εντοπιστεί. Αυτό διότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην εξέλιξη των στάσεων αυτών στο μέρος του πληθυσμού που εμφανίζει τέτοιου είδους συμπεριφορές. Γι' αυτό και πρέπει να εντοπιστούν νωρίς οι διαταραγμένες αυτές συμπεριφορές και να αντιμετωπιστούν, με την βοήθεια των ειδικών, πριν οδηγήσουν σε παθολογικές διατροφικές διαταραχές και σε προβλήματα πιθανόν μη αντιστρέψιμα.

5.1 Περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνας, που μπορεί να φανούν χρήσιμοι για επέκταση της σε μελλοντικές μελέτες, είναι αρκετοί. Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος που υπήρχε για να πραγματοποιηθεί η έρευνα. Οι γυναίκες ήταν πολύ περισσότερες από τους άνδρες, όπως και ήταν επιθυμητό, ωστόσο η σύγκριση θα γινόταν καλύτερη αν υπήρχε ίσος πληθυσμός και στα δύο φύλα. Επίσης, η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε νεαρούς ενήλικες φοιτητές, ενώ οι περισσότερες προγενέστερες αφορούσαν κυρίως παιδιά και εφήβους, κάτι που δυσκόλεψε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων. Ακόμα, στις συγκρίσεις των αποτελεσμάτων δεν



λήφθηκε υπόψη ο βαθμός αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων ο οποίος θα μπορούσε να επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Το ίδιο ισχύει και με το βάρος και το ύψος και κατ' επέκταση το δείκτη μάζα σώματος, όπου θα ήταν συνετό σε επόμενη μελέτη να συμπεριληφθεί και αυτός ο παράγοντας. Τέλος, η υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EDI-Δυσαρέσκεια με το σώμα δεν έχει χρησιμοποιηθεί μόνη της σε πρόσφατες έρευνες σε Έλληνες φοιτητές ή σε άλλη πληθυσμιακή ομάδα, κάτι που δυσκόλεψε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας.

5.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Σε ενδεχόμενη μελλοντική έρευνα προτείνεται η συλλογή μεγαλύτερου δείγματος ατόμων μόνο γυναικείου πληθυσμού και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας. Επίσης, προτείνεται σε μελλοντικές έρευνες η χρήση του ΔΜΣ καθώς και η χρήση κάποιου άλλου ερωτηματολογίου σχετικό με τη δυσαρέσκεια για το σώμα που να υπάρχει βιβλιογραφικά σε περισσότερες έρευνες στην Ελλάδα. Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον η εκπόνηση μελέτης σχετικά με τον επιπολασμό των παθολογικών διατροφικών διαταραχών στον φοιτητικό πληθυσμό της Θεσσαλονίκης, όπου ήδη έχει αναφερθεί η ύπαρξη διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών. Τέλος, θα ήταν ενδιαφέρουσα η εκπόνηση μιας έρευνας σχετικά με τους παράγοντες που μεσολαβούν στη συσχέτιση των διατροφικών στάσεων με τη δυσαρέσκεια για το σώμα.



6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- © World Health Organization. (2009). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (5th ed., pp. 176–180). Geneva: World Health Organization.
- Alvarenga, Koritar, Pisciolaro, Mancini, Cordás, & Scagliusi. (2014). Physiology & Behavior Eating attitudes of anorexia nervosa , bulimia nervosa , binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients : differences and similarities. *Physiology & Behavior*, *131*, 99–104.
- Alvarenga, M. dos S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2010). Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (Deas). *Perceptual and Motor Skills*, *110*(2), 379–395.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington.
- Becker, K. R., Stojek, M. M., Clifton, A., & Miller, J. D. (2018). Disordered eating in college sorority women : A social network analysis of a subset of members from a single sorority chapter. *Appetite*, *128*, 180–187.
- Bilali, A., Galanis, P., Velonakis, E., & Katostaras, T. (2010). Factors associated with abnormal eating attitudes among greek adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *42*(5), 292–298.
- Brechan, I., & Kvaem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, *17*, 49–58.
- Brewerton, T. D., Hand, L. D., & Bishop, E. R. J. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *The International Journal of Eating Disorders*, *14*(2), 213–218.
- Bryant-Waugh, R. (2006). Recent developments in anorexia nervosa. *Child and Adolescent Mental Health*, *11*(2), 76–81.
- Bucchianeri, M., Arikian, A., Hannan, P., & Eisenberg, M. (2013). Body Dissatisfaction from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Body Image*, *10*(1), 1–15.
- Bulik, C. M., Brownley, K. A., Shapiro, J. R., & Berkman, N. D. (2012). Anorexia Nervosa. In P.



- Sturmeijer & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology* (pp. 575–594). John Wiley & Sons, Inc.
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image, 1*(4), 363–372.
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47*(4), 85–94.
- Coker, E., & Abraham, S. (2014). Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Eating Behaviors, 15*(3), 453–459.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, J., & Fairburn, C. J. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*(4), 485–494.
- Costarelli, V., Antonopoulou, K., & Mavrovounioti, C. (2010). Psychosocial Characteristics in Relation to Disordered Eating Attitudes in Greek Adolescents. *European Eating Disorders Review, 19*, 322–330.
- Costarelli, V., Demerzi, M., & Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 22*(3), 239–245.
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Wlodarczyk, A., & Echeburúa, E. (2018). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of Health Psychology, 00*(0), 1–11.
- Dakanalis, A., Favagrossa, L., Clerici, M., Prunas, A., Colmegna, F., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: A latent structural equation modeling analysis of moderating variables in 18-to-28-year-old males. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 149*(1), 85–112.
- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., ... Touchette, É. (2015). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*. Taylor & Francis.
- Evans, E. H., Tovée, M. J., Boothroyd, L. G., & Drewett, R. F. (2013). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11-year-old girls: Testing a sociocultural model. *Body Image, 10*(1), 8–15.
- Fernández-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.
- Figueiredo, R. A. de O., Simola-Ström, S., Isomaa, R., & Weiderpass, E. (2018). Body dissatisfaction and disordered eating symptoms in Finnish preadolescents. *Eating Disorders*, 00(00), 1–18.
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1224–1237.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., & Accurso, E. C. (2016). A Naturalistic Examination of Social Comparisons and Disordered Eating Thoughts, Urges, and Behaviors in College Women. *International Journal of Eating Disorders*, 49(2), 141–150.
- Forbes, G. B., Adams-curtis, L. E., Rade, B., & Jaberg, P. (2001). Body Dissatisfaction in Women and Men: The Role of Gender-Typing and Self-Esteem. *Sex Roles*, 44(7/8), 461–484.
- Fortes, L. de S., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2015). Disordered eating, body dissatisfaction, perfectionism, and mood state in female adolescents. *Revista de Nutricao*, 28(4), 371–383.
- Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R., & Raich, R. M. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence*, 41, 7–16.
- Garner, D. M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279.
- Garner, D. M., & Keiper, C. D. (2010). Anorexia and Bulimia. In J. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology Competencies* (pp. 1429–1458). Springer.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Caqueo-Urizar, A., & Moreno, E. (2010). Body Image in Eating Disorders: The Influence of Exposure to Virtual-Reality Environments. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(5), 521–531.
- Hadjigeorgiou, C., Solea, A., Estechea, S., Keski-rahkonen, A., Michels, N., Russo, P., ... Danner,



- U. (2018). Disordered eating in three different age groups in Cyprus : a comparative cross-sectional study. *Public Health, 162*, 104–110.
- Heaner, M. K., & Walsh, B. T. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. *Appetite, 71*, 445–448.
- Hirst, R. B., Beard, C. L., Colby, K. A., Quittner, Z., Mills, B. M., & Lavender, J. M. (2017). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 83*, 678–690.
- Hoste, R. R., Labuschagne, Z., & Le Grange, D. (2012). Adolescent bulimia nervosa. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 391–397.
- Hunot, C., Fildes, A., Croker, H., Llewellyn, C. H., Wardle, J., & Beeken, R. J. (2016). Appetitive traits and relationships with BMI in adults: Development of the Adult Eating Behaviour Questionnaire. *Appetite, 105*, 356–363.
- Ivanova, M. R., Bakova, D., Semerdjieva, M., Torniova, B., Tilov, B., & Raikova, E. (2017). Disordered Eating Attitudes and Behaviors : Gender Differences in Journal of Women ' s Health Care Disordered Eating Attitudes and Behaviors : Gender Differences in Adolescence and Young Adulthood. *Women ' s Health Care 2017, 6*(3), 1–8.
- Joja, O., & Wietersheim, V. J. (2012). A cross-cultural comparison between EDI results of Romanian and German students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 33*, 1037–1041.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association or Its Licensors, 165*(5), 547–552.
- Kavazidou, E., Proios, M., Liolios, I., Nimatoudis, I., Tsatsoulis, A., Fachantidou-tsiligioglou, A., & Doganis, G. (2012). Relationship between eating and social behaviours in a normal population. *Graduate Journal of Sport, Exercise & Physical Education Research, 1*, 31–46.
- Knauss, C., Paxton, S. J., & Alsaker, F. D. (2008). Body Dissatisfaction in Adolescent Boys and Girls : Objectified Body Consciousness , Internalization of the Media Body Ideal and Perceived Pressure from Media. *Sex Roles, 59*(9–10), 633–643.
- Knez, R., Munjas, R., Mladen, P., Kirincic, E., & Petrovec, M. (2006). Disordered eating attitudes among elementary school population. *Journal of Adolescent Health 38, 38*, 628–630.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson, F., & Quintard, B. (2002). The Body-Image



- Questionnaire (BIQ): An Extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 189–196.
- Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 144(5), 449–471.
- Latiff, A. A., Muhamad, J., & Rahman, R. A. (2018). Body image dissatisfaction and its determinants among young primary-school adolescents. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(1), 34–41.
- Lawler, M., & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls : The Effects of Body Mass , Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59–71.
- Leung, F., Wang, J., & Tang, C. W. Y. (2004). Psychometric properties and normative data of the Eating Disorder Inventory among 12 to 18 year old Chinese girls in Hong Kong. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 59–66.
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(12), 1–24.
- Lundahl, A., Wahlstrom, L. C., Christ, C. C., & Stoltenberg, S. F. (2015). Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eating Behaviors*, 18, 120–124.
- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X., & Bulik, C. M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite*, 52(3), 545–553.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 53–62.
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84.
- Ortega-Luyando, M., Alvarez-Rayón, G., Garner, D. M., Amaya-Hernández, A., Bautista-Díaz, M. L., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 51–63.
- Pace, U., D’Urso, G., & Zappulla, C. (2018). Negative eating attitudes and behaviors among adolescents: The role of parental control and perceived peer support. *Appetite*, 121, 77–82.



- Pereira, R. F., & Alvarenga, M. (2007). Disordered Eating : Identifying , Treating , Preventing , and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectrum*, 20(3), 141–148.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389–401.
- Reilly, E. E., Anderson, L. M., Ehrlich, L., Gorrell, S., Anderson, D. A., & Shapiro, J. R. (2017). Binge Eating Disorder Erin. In S. Goldstein & M. DeVries (Eds.), *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents* (pp. 353–374). Springer International Publishing AG.
- Rocks, T., Pelly, F., Slater, G., & Martin, L. A. (2017). Eating attitudes and behaviours of students enrolled in undergraduate nutrition and dietetics degrees. *Nutrition and Dietetics*, 74(4), 381–387.
- Rowe, D. A., Benson, J., & Baumgartner, T. A. (1999). Development of the Body Self-Image Questionnaire. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 3(4), 223–247.
- Sabiston, C. M., & Castonguay, A. L. (2014). Body dissatisfaction. In R. Eklund & G. Tenenbaum (Eds.), *Encyclopedia of Sport and Exercise Psychology* (pp. 78–80). Sage Publications.
- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21 st century New answers to old questions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 30–37.
- Schreiber-Gregory, D. N., Lavender, J. M., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Peterson, C. B., ... Mitchell, J. E. (2013). Examining duration of binge eating episodes in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 810–814.
- Silber, T. J. (2012). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In C. J. Hawkey, J. Bosch, J. E. Richte, G. Garcia-Tsao, & F. K. L. Chan (Eds.), *Textbook of Clinical Gastroenterology and Hepatology* (2nd ed., pp. 61–67). Blackwell Publishing Ltd.
- Silva, P. de O. da, Miguez Nery Guimarães, J., Härter Griep, R., Caetano Prates Melo, E., Maria Alvim Matos, S., del Carmem Molina, M., ... de Jesus Mendes da Fonseca, M. (2018). Association between Body Image Dissatisfaction and Self-Rated Health, as Mediated by Physical Activity and Eating Habits: Structural Equation Modelling in ELSA-Brasil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 790.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985–993.



- Treasure, J., Cardi, V., & Kan, C. (2012). Eating in Eating Disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*, 42–49.
- Turel, T., Jameson, M., Gitimu, P., Rowlands, Z., Mincher, J., & Pohle-Krauza, R. (2018). Disordered eating: Influence of body image, sociocultural attitudes, appearance anxiety and depression - a focus on college males and a gender comparison. *Cogent Psychology, 5*(1), 1–22.
- Vaz, F. J. (1998). Outcome of Bulimia Nervosa : Prognostic Indicators. *Journal of Psychosomatic Research, 45*(5), 391–400.
- Wal, J. S. Vander, & Thomas, N. (2004). Predictors of body image dissatisfaction and disturbed eating attitudes and behaviors in African American and Hispanic girls. *Eating Behaviors, 5*, 291–301.
- Williams, R. L. (1987). Use of the eating attitudes test and eating disorder inventory in adolescents. *Journal of Adolescent Health Care, 8*(3), 266–272.
- Yannakoulia, M., Matalas, A., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., & Passos, M. (2004). Disordered eating attitudes : An emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating Weight Disorders, 9*(2), 126–133.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa : aetiology , assessment , and treatment. *The Lancet Psychiatry, 0366*(15), 1–13.



7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

7.1 Ερωτηματολόγιο Eating attitudes test (EAT-26)

(Μετάφραση: Γ. Τρίκκας & Ε. Βάρσου)

Όνοματεπώνυμο Ηλικία

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν βάζοντας ένα X στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Οι περισσότερες από τις προτάσεις αυτές έχουν σχέση με το φαγητό ή τη διατροφή αν και συμπεριλαμβάνονται και άλλου τύπου προτάσεις. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές. Ευχαριστώ.

		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
1	Με τρομοκρατεί η σκέψη ότι μπορεί να είμαι βαρύτερη/ος από το κανονικό						
2	Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω						
3	Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού						
4	Μου συμβαίνει να τρώω κατά κόρον, οπότε αισθάνομαι ότι δεν θα μπορέσω να σταματήσω						
5	Όταν τρώω, κόβω την τροφή μου σε μικρά κομματάκια						
6	Έχω πλήρη επίγνωση για το πόσες θερμίδες περιέχουν οι τροφές που τρώω						
7	Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι κλπ)						
8	Πιστεύω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο						
9	Κάνω εμετό μετά το φαγητό						
10	Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχη/ος αφού έχω φάει						
11	Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατη/ος						
12	Σκέφτομαι όταν γυμνάζομαι ότι καίω θερμίδες						
13	Οι άλλοι νομίζουν ότι είμαι πολύ λεπτή/ος						
14	Με απασχολεί πολύ η σκέψη ότι έχω περίσσιο βάρος στο σώμα μου						
15	Κάνω περισσότερη ώρα από τους άλλους να φάω το φαγητό μου						
16	Αποφεύγω τις τροφές που περιέχουν ζάχαρη						
17	Τρώω διαιτητικές τροφές (ή τροφές δίαιτας)						
18	Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου						
19	Ασκώ έλεγχο στον εαυτό μου γύρω από το φαγητό						
20	Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω						



21	Αφιερώνω υπερβολικό χρόνο και σκέψη στο φαγητό						
22	Αισθάνομαι δυσάρεστα όταν φάω γλυκά						
23	Κάνω συστηματικά δίαιτα						
24	Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι						
25	Ευχαριστιέμαι να δοκιμάζω νέα πλούσια φαγητά						
26	Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό						

7.2 Ερωτηματολόγιο EDI-Δυσαρέσκεια για το σώμα

(Μετάφραση: Γ. Τρίκκας & Ε. Βάρσου)

Όνοματεπώνυμο Ηλικία

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται στη σχέση με το σώμα σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά και ειλικρινά σε κάθε ερώτηση, βάζοντας ένα X στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές. Ευχαριστώ.

		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
1	Πιστεύω ότι το στομάχι μου είναι πολύ μεγάλο						
2	Νομίζω ότι οι μηροί μου είναι υπερβολικά παχείς						
3	Νομίζω ότι το στομάχι μου έχει κανονικό μέγεθος						
4	Νοιώθω ικανοποιημένη/ος με το σχήμα του σώματος μου						
5	Μου αρέσει το σχήμα που έχουν οι γλουτοί μου						
6	Νομίζω ότι η περιφέρεια μου είναι υπερβολικά παχιά						
7	Νομίζω ότι οι μηροί μου έχουν το κανονικό μέγεθος						
8	Νομίζω ότι οι γλουτοί μου είναι πολύ μεγάλοι						
9	Νομίζω ότι η περιφέρεια μου έχει κανονικό μέγεθος						