

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000200011





610  
ΜΟΡ  
2000

257.....200.4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

Ψυχιατρική Κλινική

Διευθυντής : Καθηγητής Α. Ζαχαράκης

A  
288

ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΔΙΑΤΡΑΧΕΩΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

(Επιδημιολογική έρευνα σε μεσογειακά λαογραφικά κέντρα

Νομού Ιωννίνων)

Θωμάς Ζαχαράκης

Διάτριος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2000



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας**

**Ψυχιατρική Κλινική**

**Διευθυντής : Καθηγητής Α. Λιάκος**

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

**(Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο  
Νομό Ιωαννίνων)**

**Φώτης Μωρόγιαννης  
Ψυχίατρος**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

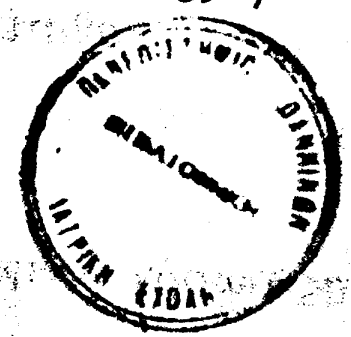
**- ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2000 -**



15

ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ  
ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ

ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ  
150/9001  
ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ



ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ

ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΗΓΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ



Νόμιμη κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος : «Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα» (Ν. 5343/32 άρθρο 202 παράγραφος 2).



## Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Αρης Λιάκος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν. Ιωαννίνων  
(Επιβλέπων Καθηγητής)
2. Σταυρούλα Γιαννίτση Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής  
Παν. Ιωαννίνων
3. Τάκης Παπαϊωάννου Καθηγητής Στατιστικής και Ασφαλιστικής  
Επιστήμης Παν. Πειραιώς.



## Η ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Αρης Λιάκος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν. Ιωαννίνων
2. Σταυρούλα Γιαννίτση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Παν. Ιωαννίνων
3. Τάκης Παπαιωάννου, Καθηγητής Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης Παν. Πειραιώς
4. Στέφανος Γερουλάνος, Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής Παν. Ιωαννίνων.
5. Ιωάννης Ιωαννίδης, Αν. Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας Παν. Ιωαννίνων.
6. Δημήτρης Δαμίγος, Επικ. Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας Παν. Ιωαννίνων.
7. Νικηφόρος Αγγελόπουλος, Αναπλ. Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας Παν. Θεσσαλίας.





**Στους γονείς μου**

**Στην γυναίκα μου Πηνελόπη**

**Στα παιδιά μου  
Αθανάσιο-Καίσαρα  
και Αφροδίτη-Κωνσταντίνα**

***Χάσαμε την σοφία για χάρη της γνώσης,  
Χάσαμε την γνώση για χάρη της πληροφορίας.***

**T.S.Eliot**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### 1. Εισαγωγή

#### 2. Γενικά περί των Διαταραχών Διατροφής

##### 2.1 Ψυχογενής Ανορεξία:

- Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια
- Αιτιολογία
- Κλινική εικόνα
- Διαφορική διάγνωση
- Θεραπεία
  - Αποκατάσταση του βάρους
  - Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών
  - Φαρμακευτική αντιμετώπιση
  - Οικογενειακή παρέμβαση
  - Ψυχοθεραπεία
  - Μακροπρόθεσμοι στόχοι
- Πρόγνωση

##### 2.2 Ψυχογενής Βουλιμία:

- Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια
- Αιτιολογία
- Κλινική εικόνα
- Διαφορική διάγνωση
- Επιπλοκές και Πορεία
- Θεραπεία
- Πρόγνωση

##### 2.3 Συμπερασματικά σχόλια

#### 3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση της επιδημιολογίας των διαταραχών διατροφής

- Έρευνες από Αρχαία Παραπομπών και από Αρχαία Νοσοκομείων
- Έρευνες με Ερωτηματολόγια και Συνεντεύξεις



- Έρευνες σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου
- Έρευνες σε μαθητικό-σπουδαστικό πληθυσμό
- Σχέση Παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και Ψυχοπαθολογίας
- Πίνακες Επιδημιολογικών δεδομένων
- Συμπερασματικά σχόλια

#### 4. Σκοπός της παρούσης ερευνητικής εργασίας

### **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **1. Υλικό και μέθοδος**

##### 1α. Το Δείγμα

- Μέθοδος δειγματοληψίας

##### 1β. Τα Ερωτηματολόγια

- Το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT-26) (Περιγραφή, Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά)
- Το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimia Investigatory Test, Edinburg, BITE) (Περιγραφή, Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά)
- Το Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας (Symptom-Check List-90 Revised, SCL-90R) (Περιγραφή, Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά)

##### 1γ. Η μεθοδολογία της έρευνας

##### 1δ. Η στατιστική μεθοδολογία

#### **2. Αποτελέσματα**

- Δημογραφικά στοιχεία
- Σωματομετρικά στοιχεία
- Συνήθειες και συμπεριφορές διατροφής
- Σωματική άσκηση
- Ιστορικό εμμηνορρυσίας
- Εκτίμηση των Συμπεριφορών Διατροφής με το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26)
- Εκτίμηση των Συμπεριφορών Διατροφής με το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (BITE)



- Εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας με το Ερωτηματολόγιο SCL-90R (Symptom Checklist-90 Revised)
- Η επικράτηση των διαταραχών διατροφής στους μαθητές και τις μαθήτριες του δείγματός μας
- Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών
- Συζήτηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων
- Συμπεράσματα
- Περίληψη
- Περίληψη στην Αγγλική
- Βιβλιογραφία
- Παράρτημα



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, αποτελούν ένα ιδιαίτερα εκτεταμένο ερευνητικό και κλινικό πεδίο στην σύγχρονη ψυχιατρική. Τόσο η Ψυχογενής Ανορεξία(ΨΑ), που είναι περισσότερο γνωστή, όσο και η νεώτερη «αδελφή της» Ψυχογενής Βουλιμία(ΨΒ) είναι κλινικές οντότητες που συναντώνται σε άτομα εφηβικής ή μετεφηβικής ηλικίας, κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες και παρουσιάζουν ιδιαίτερα σημαντικές δυσκολίες ως προς την διερεύνηση και κατανόηση της αιτιολογίας των αλλά κυρίως ως προς την θεραπευτική αντιμετώπιση. Παρ'ότι τα τελευταία 30 χρόνια υπάρχει εκτεταμένη έρευνα για τις διαταραχές αυτές τόσο σε βιολογικό, όσο και σε κλινικό επίπεδο, η αιτιολογία και η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών απέχουν πολύ από το να είναι αποτελεσματικές. Από τις επιδημιολογικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα τους αυξάνει προοδευτικά παγκοσμίως και ότι οι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες συχνά ευοδώνουν την ανάπτυξη ανορεκτικών ή βουλιμικών συμπεριφορών. Στάθερά, πιστεύεται ότι η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από τις διαταραχές αυτές έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ότι κάποιας μορφής ψυχοπαθολογία είτε προηγείται, είτε συνυπάρχει, είτε ακολουθεί τις συγκεκριμένες κλινικές εικόνες της ΨΑ και της ΨΒ, αλλά και τις υποκλινικές μορφές τους. Έτσι λοιπόν, η διερεύνηση της συχνότητας των παραπάνω συνδρόμων και η ερευνητική προσπάθεια στην κατανόηση της ανάπτυξης μιας διαταραχής διατροφής μέσω της μελέτης της συσχέτισης παραγόντων που επηρεάζουν, νομιμοποιεί μια ερευνητική προσπάθεια, σ'αυτή την κατεύθυνση.

Ο σκοπός, λοιπόν της παρούσης έρευνας, είναι σύμφωνα με τους παραπάνω λόγους διπλός. Αφ'ενός αφορά στην εκτίμηση της συχνότητας των συνδρόμων αυτών σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας στον Νομό Ιωαννίνων και αφ'ετέρου στην προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν και ιδιαιτέρως την διακρίβωση της συμβολής της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας και των ειδικών μορφών της στην εμφάνιση αυτών των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής σε ένα δείγμα εφήβων.



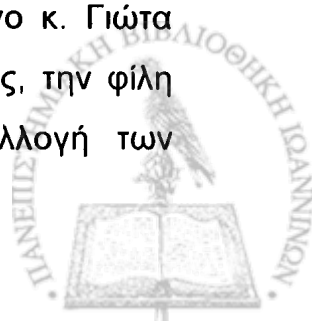
Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, που αποτελεί ένα ταξίδι από την ματαίωση μέχρι την αισιοδοξία, από το Λονδίνο και την συνάντηση με τον κορυφαίο καθηγητή A.Crisp, έως τις σοβαρές αλλά συχνά απέλπιδες προσπάθειες θεραπείας ασθενών με ΨΑ και ΨΒ, στην ψυχιατρική κλινική του Π.Π.Γ.Ν.Ι., στο ιατρείο μου που εργάστηκα επί πενταετία, όσο και στο ΚΨΥ - που ελπίζω να δημιουργήσουμε μια καλλίτερη θεραπευτική αντιμετώπιση, καταβλήθηκε κόπος, κόπος πολύς, δικαίως ή αδικώς, δεν μπορώ να κρίνω, πιστεύω όμως πάντοτε προς την σωστή κατεύθυνση, από εμένα, αλλά και από άλλους που βοήθησαν, ώστε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

Θα ήθελα κατ'αρχήν να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον καθηγητή μου κ. Άρη Λιάκο, για την εμπιστοσύνη του να με συστήσει στον καθηγητή A. Crisp, για την τόλμη του να μου επιτρέψει να ασχολούμαι με την θεραπευτική αντιμετώπιση των ανορεκτικών ασθενών που νοσηλεύονταν στην κλινική που διευθύνει, κατά το διάστημα 1989-1994, όσο και κυρίως γιατί μου ανέθεσε την πραγμάτωση και συγγραφή της παρούσης διατριβής. Τον ευχαριστώ, επίσης για την συνεργασία μας και τις οδηγίες του κατά την συγγραφή της μονογραφίας για τις διαταραχές διατροφής, που δημοσιεύτηκε στο βιβλίο «Εφηβεία» με επιμέλεια του καθ. Παιδοψυχιατρικής κ. Ι. Τσιάντη, και που αποτελεί τον σκελετό του γενικού μέρους.

Ευχαριστώ τα μέγιστα τον καθηγητή Στατιστικής και Επιχειρησιακής Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τώρα καθηγητή του Πανεπιστημίου Πειραιώς κ. Τάκη Παπαιωάννου για την αφειδώλευτη δαπάνη χρόνου και την αμέριστη καθοδήγηση και διδασκαλία που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια της συλλογής, της επεξεργασίας των δεδομένων και της στατιστικής ανάλυσης.

Ευχαριστίες προς την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής κ. Σταυρούλα Γιαννίτση για τις φιλικές συμβουλές και την γενικότερη υποστήριξη και βοήθεια που μου παρείχε.

Ευχαριστώ, επίσης την πρώην συνεργάτιδά μου, ψυχολόγο κ. Γιώτα Σιούλα για την υπομονή της στην συγγραφή του γενικού μέρους, την φίλη μου, Χημικό κ. Ντίνα Βάκκα για την βοήθεια της στην συλλογή των



δεδομένων από τα ερωτηματολόγια, την ψυχολόγο κ. Άννα Μπουραϊμή για την βοήθεια στην ολοκλήρωση της συγγραφής και τα χρήσιμα σχόλιά της, την εκπαιδευόμενη μεταπτυχιακή Ψυχολόγο κ. Δήμητρα Φαρμάκη, τον στατιστικό κ. Χαράλαμπο Τσοϊρίδη για τις επεξηγήσεις του, και την γραμματέα της Ψυχιατρικής κ. Κατερίνα Μπόλη για την γενικότερη διευκόλυνση που μου παρείχε.

Επίσης πρέπει να ευχαριστήσω το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο για την χορήγηση της άδειας ώστε να διεξαχθεί η έρευνα, την διεύθυνση δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Νομαρχίας Ιωαννίνων και τον κ. Μιχάλη Παντούλα προσωπικά, για τα στοιχεία που μου προσέφερε, ώστε να σχεδιαστεί η δειγματοληψία, τους καθηγητές των σχολείων που βοήθησαν στην επιτήρηση και τους μαθητές που δέχθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

Φυσικά, ευχαριστίες «άλλης τάξεως» απευθύνω στην γυναίκα μου Πηνελόπη Μαρνέλη, που με ενθάρρυνε και μου συμπαραστάθηκε όλο το διάστημα της διεξαγωγής και συγγραφής αυτής της έρευνας.



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa), η Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa), οι άτυπες μορφές των και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Binge - Eating Disorder) αποτελούν τις ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής (Eating Disorders) που κατατάσσονται στην κατηγορία F50 του ICD-10 της ΠΟΥ (Στεφανής και συν, 1993) και στην κατηγορία 307.1 του DSM-IV της APA (APA, 1994). Προσβάλλουν σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία, κατά κανόνα χρόνια πορεία με υποτροπές, υψηλή θνησιμότητα και δύσκολη θεραπευτική αντιμετώπιση.

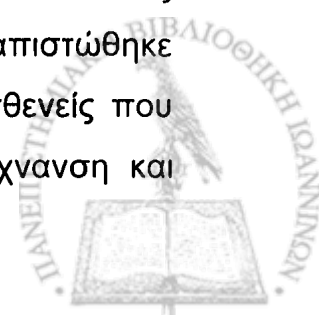
Σύμφωνα με τον A. Crisp ( 1997) η ονομασία των, είναι παραπλανητική, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχές που αφορούν πρωταρχικά τη διατροφή, δηλαδή διαταραχές του μεταβολισμού των τροφών, ούτε πρόκειται για ιδιοτροπίες των ανθρώπων που θέλουν να είναι λεπτόσωμοι. Αντιθέτως, αποτελούν σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπου η ασιτία και η υπερφαγία αποτελούν τα συμπτώματα, που οφείλονται σε υποκείμενες ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Εκφράζουν δηλαδή ασυνείδητα, έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής που υιοθετεί το άτομο όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δυσεπίλυτα και για τα οποία δε διαθέτει επαρκή προετοιμασία. Η εστίαση στο φαγητό, η υπερφαγία ή η άρνηση πρόσληψης τροφής αποκλείουν την επεξεργασία επώδυνων συναισθημάτων, των οποίων η έκφραση και η διαχείριση με οποιοδήποτε άλλο τρόπο βιώνεται από το υποκείμενο ως ανέφικτη. Έτσι, οι διαταραχές διατροφής αναπαριστούν μια διαδικασία αποφυγής της εφηβείας, της ψυχολογικής ωρίμανσης και της σεξουαλικής απαρτίωσης, μια «φυγή» από τη διαδικασία της ανάπτυξης. Στην αρχή, φαίνεται ότι αποτελούν «λύση», μέσω του ελέγχου αυτών των αναπτυξιακών γεγονότων, αλλά σταδιακά, η διαταραχή επεκτείνεται, καλύπτει και σταματά ολόκληρη τη ζωή, την ίδια τη ζωή.

Επειδή οι διαταραχές διατροφής επιδρούν καταστροφικά στη ζωή της οικογένειας και αντιμετωπίζονται δύσκολα, σημασία έχει η έγκαιρη ανίχνευση

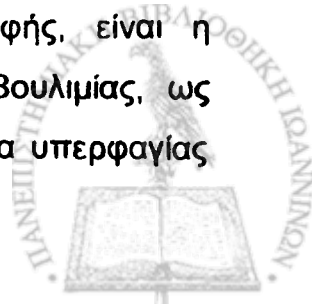


(από οικογενειακούς ιατρούς, καθηγητές, φίλους) των περιπτώσεων και η παραπομπή για θεραπεία, καθώς φαίνεται ότι με την πάροδο του χρόνου η συχνότητα τους αυξάνεται στις γυναίκες 15-24 ετών (Hoek 1993).

Ως προς την ιστορία των Διαταραχών Διατροφής, η Ψυχογενής Ανορεξία, σύμφωνα με τα στοιχεία της εργασίας του Silverman (Silverman 1995), περιγράφεται ως νόσος το 1873, από τον William Gull στην Αγγλία και τον Charles Lasague στην Γαλλία. Οι ερευνητές αυτοί περιέγραψαν κλινικές περιπτώσεις που παρουσίαζαν άρνηση λήψης τροφής, απώλεια βάρους έως απίσχνανση, αμηνόρροια και έντονη σωματική άσκηση. Στις πρώτες αυτές περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας είχε τονιστεί, η «νευρογενής» αιτιολογία καθώς και κάποιες παράμετροι, που αφορούσαν την οικογένεια των πασχόντων. Ο Gull μάλιστα εισήγαγε την ονομασία Anorexia Nervosa. Προηγούμενες περιγραφές της ΨΑ ανιχνεύονται στους μεσαιωνικούς χρόνους και αφορούν ασκητές θρησκευτικών δογμάτων που υπέβαλαν εαυτούς σε ασιτία και λιμοκτονία, ωστόσο υπήρξαν προηγούμενες περιγραφές κλινικών περιπτώσεων που μοιάζουν με το σημερινό σύνδρομο τόσο από τον Habermas, που περιέγραψε μία περίπτωση ανορεκτικής γυναίκας το 895 μ.Χ. αλλά κυρίως από τον Richard Morton ο οποίος περιέγραψε το 1694, δύο περιπτώσεις (ένα κορίτσι 18 ετών και ένα αγόρι 16 ετών) που παρουσίαζαν άρνηση λήψης τροφής, σοβαρή απίσχνανση και λιμοκτονία και ταυτοχρόνως άρνηση οιασδήποτε βοήθειας και θεραπείας. Στις αρχές του 20ού αιώνα, η ψυχογενής ανορεξία αποδόθηκε σε ψυχολογικά αίτια, από ερευνητές και κλινικούς όπως οι Charcot, Dubois, Fenwick και Janet. Πολύ σύντομα όμως η ανακάλυψη και περιγραφή του συνδρόμου της Υποφυσιακής ανεπάρκειας από τον Simmonds, το 1914, που εισήγαγε μια οργανική εξήγηση για την αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας, επέφερε ανατροπή των μέχρι τότε δεδομένων και οδήγησε σε διαφωνίες και αντιπαλότητες που διήρκεσαν περίπου 30 χρόνια. Η ψυχογενής αιτιολογία της διαταραχής επανήλθε μετά το 1930, από τις περιγραφές των Ryle, Sheldon, Berkman και Venables, όπου διαπιστώθηκε ότι οι νευροενδοκρινικές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς που παρουσιάζουν άρνηση λήψης τροφής, απώλεια βάρους, απίσχνανση και



αμηνόρροια, είναι δευτεροπαθείς και ότι η αιτία του συνδρόμου είναι κάποιος ψυχογενής παράγων, που δεν μπορεί να διευκρινισθεί. Ταυτοχρόνως την ίδια περίοδο, αμφισβητείται η αυτόνομη κλινική οντότητα της ψυχογενούς ανορεξίας και θεωρείται ότι αποτελεί μέρος ή σύμπτωμα άλλων διαταραχών, όπως της υστερίας, της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας. Κατά την μεταπολεμική περίοδο, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, μια περίοδο της Ψυχιατρικής που χαρακτηρίζεται από την επικυριαρχία των Φροϋδικών ψυχαναλυτικών απόψεων, η ψυχογενής ανορεξία θεωρήθηκε ότι οφείλεται σε ασυνείδητες φαντασιώσεις στοματικής εγκυμοσύνης, ως αποστροφή προς την σεξουαλικότητα και ως έκφραση σαδιστικών επιθυμιών. Κατά τις επόμενες δεκαετίες το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην φαινομενολογία της διαταραχής, στη μελέτη της κλινικής εικόνας και της πορείας των συμπτωμάτων καθώς και στην μελέτη της οικογένειας των αρρώστων. Οι περιγραφές της Hilde Bruch (νοσηρή και ακατανίκητη τάση για λεπτότητα, διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος), του Arthur Crisp (φοβική αποφυγή της ανάπτυξης και φόβος φυσιολογικού βάρους), του Gerald Russell (νοσηρός φόβος πάχυνσης) και του Minnichin (οικογενειακή δυσλειτουργία), προσέφεραν εκτός από τις επιστημονικές αιτιολογικές προσεγγίσεις για την ψυχογενή ανορεξία, την εισαγωγή των πρώτων διαγνωστικών κριτηρίων, την οργάνωση ειδικών μονάδων για την θεραπεία των αρρώστων και δημοσίευσαν πολλές μελέτες παρακολούθησης. Έτσι, σταδιακά, περιγράφηκαν τόσο οι υποκατηγορίες του συνδρόμου, όπως η διαταραχή με βουλιμική συμπτωματολογία καθώς και κάποια χαρακτηριστικά των οικογενειών των αρρώστων (ακαμψία, σύγχυση ρόλων, ανεπίλυτες συγκρούσεις, εμπλοκή, υπερπροστασία). Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι σύμφωνα με την πειραματική έρευνα του Keys και συν (1950), στις ΗΠΑ, περιγράφηκε η ψυχοπαθολογία και η κλινική σημειολογία της ασιτίας, ενισχύοντας έτσι την άποψη, ότι η αιτία της ενδοκρινικής διαταραχής οφείλεται στην ασιτία και όχι το αντίθετο. Φυσικά θα πρέπει να τονισθεί ότι σημαντική εξέλιξη στην έρευνα των διαταραχών διατροφής, είναι η περιγραφή από τον Russell, το 1979, της Ψυχογενούς Βουλιμίας, ως διακριτής κλινικής οντότητας (με χαρακτηριστικά, τα επεισόδια υπερφαγίας



με απώλεια του ελέγχου, τις αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών με εμέτους και χρήση καθαρτικών και έναν νοσηρό φόβο πάχυνσης σε γυναίκες, κατά κανόνα, φυσιολογικού βάρους). Έκτοτε, αρχίζει η περίοδος όπου οι Ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής (Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία) αναγνωρίζονται καθολικά ως διακριτές κλινικές οντότητες, καταγράφονται στα ταξινομητικά συστήματα DSM και ICD με συγκεκριμένα και πιο σαφή κριτήρια για την διάγνωση τους, ως προς δε την αιτιολογία, φαίνεται να κυριαρχεί η άποψη περί πολυπαραγοντικής αιτιολογίας (Garner 1993),(βλ. γενικό μέρος). Από την άλλη πλευρά η επιδημιολογική έρευνα άρχισε να διερευνά τη συχνότητα των διαταραχών αυτών καθώς και την ανίχνευση των παραγόντων που εμπλέκονται στην αιτιολογία τους.

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά οι δυο κύριες διαταραχές διατροφής, δηλαδή η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία.



## Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa)

### Ορισμός και Διαγνωστικά Κριτήρια

Το κεντρικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατανίκητη τάση για απίσχναση μέσω προκλητής ασιτίας και ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο (*Bruch 1982, Russell 1979*).

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται συνειδητά από τον ίδιο τον πάσχοντα (*Λιάκος 1973*). Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω πολλών τεχνικών όπως με τη δίαιτα, την αποφυγή «παχυντικών» τροφών, τους προκλητούς έμετους μετά το γεύμα, τη χρήση καθαρτικών, την υπερβολική και εντατική γυμναστική, τη χρήση διουρητικών φαρμάκων καθώς και την χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (*Beumont 1995*).

Κατά τον *Crisp (Crisp 1995,1997)* η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής δια της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι - μέσω της ασιτίας- πορεία προς τον θάνατο. Συμβολίζει τη λύση που υιοθετεί το υποκείμενο για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που συναντά και οι οποίες φαίνονται δισεπίλυτες. Αναπαριστά την έκφραση των συγκρούσεων ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο. Οι ανορεκτικοί τρομοκρατούνται με την ιδέα ότι θα χάσουν τον έλεγχο, εξ αυτού δε του φόβου, το φαγητό και η απώλεια βάρους εκλαμβάνουν πολύ μεγάλη σημασία. Αυτό δείχνει, ότι υπάρχει μια περιοχή της ζωής τους, την οποία νοιώθουν ικανοί να την ελέγχουν, έτσι ώστε με την επιτυχία τους να χάνουν βάρος, συγκαλύπτουν το βαθιά ριζωμένο φόβο τους για την αποτυχία. Η στάση ζωής των ανορεκτικών περιλαμβάνει έλλειψη αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλές προσδοκίες και τελειοθηρία. Η ψυχογενής ανορεξία σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί μια ηλίθια εμμονή για αδυνάτισμα ή μια πλανημένη προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά, αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση.



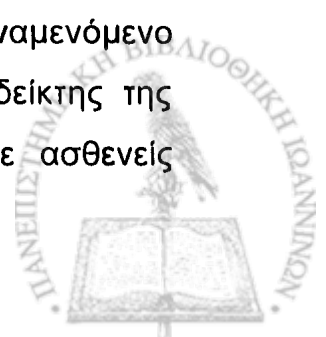
### Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM-IV, είναι τα κάτωθι (APA, 1994):

- A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Δηλαδή το άτομο διατηρεί ή προσπαθεί να διατηρήσει ένα βάρος σώματος το οποίο είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο. Κατά τη διάρκεια δε της περιόδου ανάπτυξης το άτομο δεν αποκτά το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του αλλά παραμένει σ' ένα βάρος που είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο.
- B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει και αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματος του. Το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης εξαιτίας του εξαιρετικά χαμηλού βάρους. Υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα το βάρος και το σχήμα του σώματός του, όταν αξιολογεί τον εαυτό του.
- Δ. Σε γυναίκες εμμηνορρυσιακής ηλικίας, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περιόδοί της έρχονται μόνο μετά χορήγηση ορμονών (π.χ. οιστρογόνων).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, κατά ICD-10 είναι τα κάτωθι (Στεφανής και συν. 1993) :

- (α) Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απωλείας, είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quetelet\* είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς



προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

- (β) Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα : αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή / και διουρητικών.
- (γ) Παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδραρκεί ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
- (δ) Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμο-υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλούμενη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. (Προφανής εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, συνηθέστατα υπό τη μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού.) Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
- (ε) Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.

Δείκτης σωματικής μάζας Quetelet =  $\frac{\text{Βάρος (kg)}}{[\text{Ύψος (m)}]^2}$  (να χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16ετών)



Ειδικά στο DSM-IV περιγράφονται δυο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

- *Περιοριστικός Τύπος* (Αμιγής Ψυχογενής Ανορεξία): Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο δεν παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές αποβολής των τροφών (προκλητοί έμετοι, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών)
- *Βουλιμικός Τύπος ή Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος* (Βουλιμική Ψυχογενής Ανορεξία): Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου της Διαταραχής το άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας και χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών).

### Αιτιολογία

Κατά τον Garner,(1993), η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική (βλέπε Πίνακα *Το Πολυπαραγοντικό μοντέλο παθογένειας της Ψυχογενούς Ανορεξίας*) και ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων αναπαριστά έναν τελικό παθογενετικό δρόμο που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσιακοί (Ατόμικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες), ως Εκλυτικοί (Δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της αστίας και άλλοι) (Garner 1993).

Από τους προδιαθεσιακούς παράγοντες, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, θεωρείται ότι κυμαίνεται στον ετερογενή πληθυσμό των ασθενών αυτών. Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν κατανοηθεί σαφώς, εκτός της δίαιτας που είναι σταθερά, ένα πρώιμο γεγονός (Hsu 1990). Ίσως η πλέον σημαντική πρόοδος τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει από την κατανόηση του





γεγονότος ότι η ασιτία καθ' αυτή διαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών της (*Garner 1997*).

### *Προδιαθεσικοί Παράγοντες*

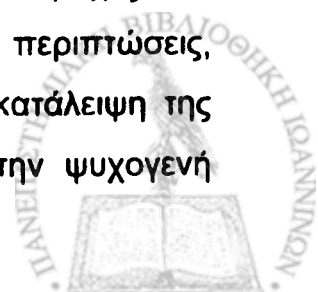
#### α. Ατομικοί (Βιολογικοί και Ψυχολογικοί)

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η προνοσηρά προσωπικότητας των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από πυρηνική συναισθηματική αστάθεια και ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση (στερεότυπες παραμορφωτικέςπίστεις, λογικά σφάλματα, παθολογική αντίληψη της εικόνας του σώματος) (*Bruch 1982, Garner και συν. 1997*).

Στο ατομικό αναμνηστικό των ανορεκτικών καταγράφονται, ιστορικό ψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα (η ευαλωσία) από την παιδική ηλικία (ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές (*Rastam 1992*) καθώς και μια τάση για πρόωμη ωρίμανση (τάση για παχυσαρκία, υψηλό ανάστημα) (*Crisp 1980*).

Ως προς τη γενετική προδιάθεση για νόσηση από ψυχογενή ανορεξία, οι ενδείξεις προέρχονται από μελέτες σε διδύμους όπου υπάρχει βαθμός συμφωνίας πάνω από 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και κάτω από 10% για τους διζυγωτικούς (*Treasure και Holland 1995*). Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός παράγων που μπορεί να συνεισφέρει μέσω μιας ειδικής ευαλωτότητας, ή μπορεί να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πολύ πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία (*Kaye 1995*).

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων που είναι οι πλέον σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία (*Garfinkel και Garner 1982*). Οι διαταραχές που παρατηρούνται σε διάφορα συστήματα, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δευτεροπαθείς λόγω της ασιτίας. Παρ' όλα αυτά, η εγκατάλειψη της θεωρίας περί πρωτοπαθούς βιολογικής ευαλωτότητας για την ψυχογενή



ανορεξία φαίνεται πρόωρη (Garner 1993). Η αμηνόρροια αναπτύσσεται σε αρκετές ασθενείς πριν από την απώλεια σημαντικού βάρους καθώς και, ο μη συμβατός με την ηλικία, τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών επιμένει σε αρκετές ασθενείς παρ' ότι έχουν ανακτήσει το βάρος τους (Garner 1993). Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει μια ιδιαίτερη διαταραχή στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (Kaye 1995).

Ως προς τη συννοσηρότητα άλλων ψυχιατρικών διαταραχών αναφέρεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης, προ της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης αλλά και μετά την ύφεση, με δια βίου επικράτηση της Μείζονος Κατάθλιψης σε ποσοστό 68%. Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται συχνά με δια βίου επικράτηση 65%, η κοινωνική φοβία που είναι επίσης συχνή με δια βίου επικράτηση 34%, καθώς και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τόσο κατά την ενεργό φάση, όσο και μετά την αποκατάσταση του βάρους, με δια βίου επικράτηση 26% (Halmi και συν. 1991). Οι διαταραχές προσωπικότητας στους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία, παρατηρούνται στο 23-80%, και οι μεν ασθενείς του Αμιγούς ή Περιοριστικού Τύπου, παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας της Ενότητας Γ (Αποφευκτική, Εξαρτημένη, Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική, Παθητική - Επιθετική) με προεξάρχουσα την Αποφευκτική (33%), οι δε ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία Βουλιμικού Τύπου παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας της Ενότητας Β (Δραματική, Ναρκισσιστική, Αντικοινωνική, Οριακή) με προεξάρχουσα την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (40%) (Herzog και συν. 1992).

Σχετικά με την φαινομενολογία της ΨΑ οι ανορεκτικές φαίνονται -από πρώτη ματιά και εκτίμηση, άτομα αποτελεσματικά, αποφασιστικά, γεμάτα σιγουριά. Πιο προσεκτική προσέγγιση αποδεικνύει ότι είναι έντρομες με την ιδέα ότι, αυτό που κάνουν, δε θα είναι και αρκούτως καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την ηττιδιώκουν. Θέλουν να είναι άριστες σ' όλα όσα κάνουν. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τη θεώρησή τους οσαδήποτε και αν



κάνουν, ποτέ δεν είναι αρκετά. Βλέπουν τους άλλους πιο χαρισματικούς, πιο έξυπνους, πιο αποδεκτούς και πιστεύουν ότι τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους συμμερίζονται τις απόψεις τους. Θέτουν για τους εαυτούς τους μέτρα και σταθμά πιο πέρα από τα συνήθη, που είναι πολύ μακριά από τα εφικτά. Έτσι δεν είναι ποτέ ευτυχισμένες και βλέπουν τους εαυτούς τους αποτυχημένους.

Σύμφωνα με τις περιγραφές του P. Slade (Slade, 1995) που παρουσιάζεται στον σχετικό πίνακα (βλ. πίνακα, το μοντέλο της ΨΑ), η τυπική περίπτωση του ατόμου που πιθανόν να νοσήσει από ψυχογενή ανορεξία είναι το εσωστρεφές και ευσυνειδητό παιδί με καλή συμπεριφορά που ποτέ δε θα δημιουργήσει προβλήματα στο σπίτι ή στο σχολείο. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι έχει υψηλή νοημοσύνη και ενδιαφέρεται υπερβολικά και σχολαστικά για την εξωτερική του εμφάνιση. Τα πιο χαρακτηριστικά και σταθερά στοιχεία της προσωπικότητάς του είναι η τελειοθρία και η ψυχαναγκαστικότητα. Και όταν αυτά τα χαρακτηριστικά εμπλέκονται με μια γενική έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή ή όταν το άτομο συναντιέται με τα γεγονότα ζωής χωρίς επαρκή προετοιμασία, τότε η ψυχογενής ανορεξία γίνεται μια «βιώσιμη εναλλακτική λύση».

Η ανορεκτική ασθενής, επικεντρώνοντας την προσοχή της σε μια προσπάθεια να μην παχύνει ή μάλλον να γίνει πιο λεπτή, αποφεύγει να προσέξει το συνολικό εαυτό της, τις σχέσεις της με τους άλλους, τα συναισθήματά της και τα όρια των δυνατοτήτων της. Τότε, η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως «λύση», ως ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων μέσω της αποφυγής της ανάπτυξης. Άλλοι καταφεύγουν στο αλκοόλ, άλλοι χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Φαίνεται ότι όλες αυτές οι συμπεριφορές που υιοθετούνται ως «λύσεις» από τα νεαρά συνήθως άτομα, συνδέονται με την έλλειψη αποδοχής του εαυτού των, όπως πράγματι είναι, αλλά και με την εξάντληση των δυνατοτήτων και των ορίων των (Bruch 1982, Crisp 1997).



## β. Οικογενειακοί

Κάποιες από τις πλέον πρώιμες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας δίνουν έμφαση στον παθογενετικό ρόλο της οικογένειας. Οι μητέρες έχουν περιγραφεί ως κυριαρχικές, αδιάκριτες και αμφιθυμικές, ενώ οι πατέρες έχουν περιγραφεί ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί (Yager 1982). Η διαταραχή, κάποιες φορές φαίνεται να υπηρετεί έναν ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Ειδικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες αυτές, όπως παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία, και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων (Minuchin και συν 1978). Η παθολογία της οικογένειας, μπορεί θαυμάσια να είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, παρά αίτιο. Παρ' όλα αυτά, οι διαταραχές διατροφής έχουν μία οικογενειακή κατανομή. Μελέτες της δια βίου επίπτωσης διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία δείχνουν ότι οι γυναίκες - πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών - έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής (Halmi και συν. 1991, Strober και συν. 1990).

Παρ' ότι καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμη και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και περιόδους πολλών δυσκολιών. Αν και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ένοχη την οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία ενός μέλους της, πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι κάποιοι παράγοντες που προέρχονται από την οικογένεια μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

«Όταν ήταν μικρή, ήταν ένα υπερβολικά ήσυχο παιδί, που δεν αντιμιλούσε, δεν έκανε φασαρία, που σπάνια θύμωνε, λιγότερο από τα αδέρφια της», λένε οι γονείς για το παιδί τους. Όταν θυμάται τα παιδικά του χρόνια, το ίδιο το παιδί, λέει ότι προσπαθούσε να κάνει, αυτό που οι άλλοι σκέπτονταν ότι ήθελε να κάνει. Προσπαθούσε να είναι το «καλό» και το «χαρούμενο» παιδί. Έτσι προσπαθούσε να παρουσιάζεται, ανεξάρτητα αν αυτό ανταποκρινόταν στα πραγματικά του συναισθήματα.



Οι γονείς των ανορεκτικών περιγράφονται, ως εξαιρετικά απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραβλέπουν όμως ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να συνοδεύονται από επαρκή αγάπη και στήριξη για τα παιδιά ως άτομα. Το ανορεκτικό παιδί δεν ξέρει, δεν έχει ακούσει και δεν έχει αισθανθεί ότι αγαπιέται ως άτομο, ως άνθρωπος. Νοιώθει ότι αποκτά αξία, μόνο μέσα από τα επιτεύγματά του αλλά δεν αισθάνεται την πραγματική και ουσιαστική φροντίδα των γονέων του. Κάποτε όλα αυτά κορυφώνονται και τότε το ανορεκτικό παιδί νοιώθει την ανάγκη να παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του: το ίδιο του το σώμα, γίνεται το σπουδαιότερο «επίτευγμά» του (Dare, Crowther 1995).

Άλλοι ερευνητές θεωρούν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα συμβιβασμού μεταξύ ισχυρών αλλά αντίρροπων αναγκών τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Πολλοί ανορεκτικοί ανήκουν σε πολύ κλειστές οικογένειες, που επιδιώκουν να κρατούν τα παιδιά, ασφυκτικά κοντά τους. Το παιδί που θα παρουσιάσει ψυχογενή ανορεξία, θέλει να χαράξει τη δική του πορεία και να αποδείξει ότι αξίζει έξω από την οικογένεια αλλά ταυτόχρονα νοιώθει απροετοίμαστο και ανέτοιμο για κάτι τέτοιο, γεγονός που το οδηγεί σε αναζήτηση προστασίας και φροντίδας πάλι από την οικογένεια. Ασυνείδητα, τη λύση αυτή του διλήμματος, αντιπροσωπεύουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Με τον απόλυτο και άκαμπτο έλεγχο των αναγκών του σώματος, δίνει ένα σαφές μήνυμα ότι αυτό και μόνο είναι υπεύθυνο για τη ζωή του, ενώ ταυτόχρονα, ως άρρωστο παιδί, δηλαδή μέσω της αρρώστιας φανερώνει με έκδηλο τρόπο τα αισθήματα της ένδειας και της εξάρτησης που νοιώθει (Yager 1982, Bruch 1982).

#### γ. Κοινωνικο-πολιτιστικοί Παράγοντες

Η αναγνώριση ότι οι κοινωνικο-πολιτιστικές πιέσεις για δίαιτα στις γυναίκες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας είναι μία εντελώς πρόσφατη διαπίστωση. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, ενδημική στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών επιφέρει αυστηρές περιοριστικού

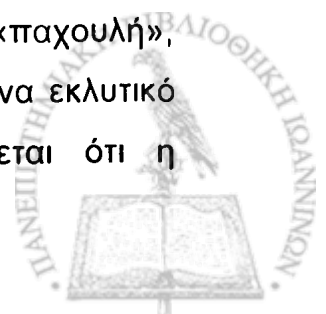


τύπου δίαιτες που αυξάνουν την ευαλωτότητα για διαταραχές διατροφής (Hsu 1990). Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα. Τα δεδομένα από την έρευνα της Θεσσαλονίκης (Σίμος, 1996), καθώς και αυτό που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, δείχνουν ότι 25% των μαθητριών Λυκείου σε Ιωάννινα και Θεσσαλονίκη, έχουν παθολογικές τιμές στο ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής, EAT-26. Μια έντονη ανησυχία περί την εξωτερική εμφάνιση φαίνεται να χρονολογείται πριν από την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας (Rastam 1992). Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που εμπεριέχει την αξία της λεπτότητας ως συνείδηση (Mumford και συν. 1991). Το στίγμα της παχυσαρκίας και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της θεωρούνται ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής. Υπάρχει ένδειξη ότι η ψυχογενής ανορεξία καθ' εαυτή έχει αναπτύξει μία ιδιαίτερα θετική αποδοχή και ότι τα συμπτώματά της θεωρούνται από την κοινή γνώμη συνήθη, και καθόλου παθολογικά, γεγονός που σχετίζεται με την προεξάρχουσα και αυξανόμενη αξία που αποδίδεται στο λεπτό και αδύνατο σώμα των γυναικών, στις κοινωνίες των αναπτυγμένων χωρών.

Άλλοι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η ελειοθηρία, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής (Katzman 1997).

### *Εκλυτικοί Παράγοντες*

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η περιοριστική δίαιτα μπορεί να προκαλέσει ψυχογενή ανορεξία σ' αυτούς που έχουν ευαλωτότητα (Hsu 1990). Η δίαιτα υποκινείται είτε εξαιτίας του ότι μια έφηβη αισθάνεται συνήθως «παχουλή», είτε λόγω σχολίων από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα εκλυτικό αίτιο σε κάποιες περιπτώσεις (Rastam 1992). Υποστηρίζεται ότι η



ψυχογενής ανορεξία έχει έναν εποχιακό τύπο εκδήλωσης, αντίστοιχο μ' αυτό των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών (Nielsen 1992). Όσον αφορά τις δεξιότητες στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων φαίνεται ότι είναι ανεπαρκείς στους ανορεκτικούς, καθόσον η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως απάντηση σε νέες εμπειρίες όπως η εφηβεία, η εγκατάλειψη του σπιτιού, η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο. Επίσης δυσμενή γεγονότα ζωής έχουν αναγνωρισθεί ως δυνητικά εκλυτικά αίτια, ειδικά σε ασθενείς με όψιμη έναρξη (Mynors-Wallis και συν. 1992).

#### *Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)*

Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις της αστίας έχουν σαφώς διακριβωθεί και από τα κλινικά ευρήματα αλλά και από πειραματικές συνθήκες (Keys και συν., 1950, Hsu 1990, Gamer 1997). Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον τα συμπτώματα που παλαιότερα εθεωρούντο ότι αντανάκλουν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, αναγνωρίζονται τώρα, ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξαρτήτως του αιτίου της αστίας και δεύτερον ότι η αστία καθεαυτή οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα που εν συνεχεία παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαιώνιση της διαταραχής (Garfinkel και Gamer 1982). Έτσι, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε δίαιτα με σκοπό την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η αστία προκαλεί περαιτέρω αποδιοργάνωση της διάθεσης. Η αστία αυξάνει την υπερενασχόληση με τις τροφές καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψής τους ακόμη περισσότερο επιτακτικό και αναγκαίο. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής (Stacher και συν. 1992). Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλούν μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feed-back), σταθεροποίηση στα οικογενειακά και ψυχολογικά συστήματα ή

μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες εκτρέποντάς την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές (*Vandereyken 1990*).

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κεντρικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι ανορεκτικοί φοβούνται ότι είναι ή ότι θα γίνουν παχείς. Στη ζωή τους, κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι θερμίδες, το φαγητό, η αποφυγή τροφών έτσι ώστε να γίνονται συν τω χρόνω, μυστικοπαθείς και κοινωνικά απομονωμένοι. Μπορεί να παρουσιάσουν υπερδραστηριότητα και έντονη ανησυχία, ενώ η εμμηνορρυσία διακόπτεται στις γυναίκες. Πολλοί ανορεκτικοί υποφέρουν από τα συμπτώματα της ασιτίας, όπως σοβαρή δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους, ζαλάδες, πρήξιμο στο στομάχι, στο πρόσωπο και τους αστραγάλους. Συνήθης είναι η ανάδυση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του σώματος και η τριχόπτωση στο τριχωτό της κεφαλής. Οι συνέπειες της ελαττωμένης κυκλοφορίας στην περιφέρεια του σώματος, εκδηλώνονται με έντονη ευαισθησία στο κρύο και την ξηρασία καθώς και αποχρωματισμένο δέρμα.

Η διαταραγμένη αντίληψη των ανορεκτικών για τον εαυτό τους και τη ζωή τους έχει σαν αποτέλεσμα τη δυσκολία να δεχθούν βοήθεια. Εάν όμως επιλυθούν οι υποκείμενες συναισθηματικές δυσκολίες και αποκατασταθεί το πρόγραμμα διατροφής, η ανάκαμψη αρχίζει σύντομα και ολοκληρώνεται σταδιακά. Το ανθρώπινο σώμα διαθέτει τεράστια αποθέματα αντοχής και οι φυσιολογικές λειτουργίες του αποκαθίστανται, με ελάχιστα ή καθόλου στίγματα του παρελθόντος.

Τα συμπτώματα της διαταραχής συνοψίζονται ως ακολούθως (*EDA, 1995*):

1. Σοβαρή απώλεια βάρους (βάρος  $\leq$  85% Φ.Β.)
2. Παραμορφωμένη αντίληψη για το βάρος και το σχήμα του σώματος.
3. Υπερβολική σωματική άσκηση.
4. Προκλητοί έμετοι - Χρήση καθαρικών ή διουρητικών.





5. Κοινωνική απομόνωση - Απομάκρυνση από φίλους.
6. Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού.
7. Δυσκολίες στον ύπνο.
8. Αμηνόρροια ( $\geq 3$  κύκλους) για τις γυναίκες  
Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας για τους άνδρες.
9. Φτωχή περιφερική κυκλοφορία.
10. Χνουδωτή τρίχωση του σώματος.
11. Τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα.
12. Χαμηλή αυτοεκτίμηση.

### *Παθολογικά Ευρήματα και Σημεία*

Οι ασθενείς είναι εξαιρετικά λεπτοί και βρίσκονται σε κατάσταση αστίας. Σημεία αφυδάτωσης, διόγκωσης των σιαλογόνων αδένων, ρωγμές της αδαμαντίνης των δοντιών και περιοδοντίτιδα, χνουδωτή τρίχωση του προσώπου και της ράχης και σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας (κρύα και λευκά άκρα) είναι παρόντα. Διατηρείται όμως η τρίχωση της μασχάλης και του εφηβαίου (*Crisp και συν. 1980*).

- Αιματολογικά: Λευκοπενία, Θρομβοκυτοπενία
- Μεταβολικά: Μεταβολική αλκάλωση, υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία, αύξηση αμυλάσης ορού, υπογλυκαιμία, μείωση Zn πλάσματος, υπερχοληστεριναιμία, και φυσιολογικά επίπεδα πρωτεϊνών και αλβουμίνης πλάσματος.
- Ορμόνες: Μείωση T3, αύξηση αυξητικής ορμόνης, αύξηση κορτιζόλης, μείωση γοναδοτροπινών, μείωση τεστοστερόνης (στους άνδρες), ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.
- Ούρα: Σημεία αφυδάτωσης, μείωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης.
- ΗΚΓ: Βραδυκαρδία, αρρυθμίες, παράταση Q-T διαστήματος, πτώση του ST διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των T-κυμάτων, U κύμα (*Beumont 1995, Treasure και Szmukler 1995*).



## Διαφορική Διάγνωση

Εκτός της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που είναι σχετικά εύκολη, πρέπει να αποκλείονται επίσης α) τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα, β) οι όγκοι του εγκεφάλου, γ) οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων), δ) το AIDS, ε) ο υποθυρεοδισμός και στ) η κροταφική επιληψία.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της, η πορεία και η σοβαρότητά της πρέπει να εξηγηθεί στην πάσχουσα και την οικογένειά της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει α) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, β) ατομική ψυχοθεραπεία και γ) οικογενειακή θεραπεία.

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της αστίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή.



Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν:

- 1) την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
- 2) την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών.
- 3) τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.
- 4) την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστευων και πεποιθήσεων.
- 5) την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής.
- 6) την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιότητας.
- 7) την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής (Hsu 1990, Beumont και συν. 1993, APA 1993, Crisp 1997).

#### A. Αποκατάσταση του βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώιμος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία.

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Σα βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα

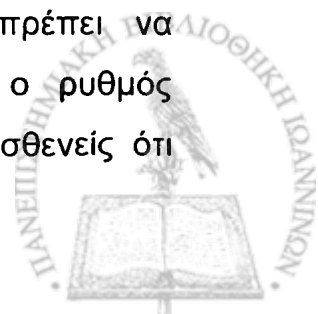
και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και φρούτα, των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται. Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal /την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της (Hsu 1990).

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kg, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 - 19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων (Touyz και Beumont 1997, Crisp και συν. 1994).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή (APA 1993).

Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος, απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση του βάρους. Η απόφαση για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αντί για παθολογική ή παιδιατρική, εξαρτάται από την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και από τις επιδεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Κατά τη γνώμη μας πρέπει να γίνεται σε ψυχιατρικές κλινικές και απαιτεί έμπειρο και ειδικευμένο προσωπικό.

Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι



μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών, στις οποίες εκπαιδεύονται. Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο. Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,5 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 Kg/εβδ. για εξωτερικούς ασθενείς ή ασθενείς ημέρας) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, απαγόρευση προνομίων εκτός μονάδας, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση του βάρους) (Hsu 1990, APA 1993).

Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο ολοκληρώνεται όταν η φυσική τους κατάσταση είναι ιατρικά σταθεροποιημένη, όταν το βάρος-στόχος έχει αποκατασταθεί, όταν η συμπεριφορά διατροφής έχει ικανοποιητικά διορθωθεί, και όταν έχει γίνει αρκετή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στη διαταραχή.

#### B. Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων.

Ενίοτε, ένεκα της ασιτίας, των εμέτων και των καθαρτικών, παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο.

Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του



ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής (Beumont και συν. 1993).

### Γ. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Παρ' ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή λοιπόν η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής, είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αστίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία (25% των πασχόντων).

Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπυλίνη, χλωριμιπραμίνη- σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους) τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη -κατά την ενδοноσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδοноσοκομειακή νοσηλεία, η πιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικόμορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι: 1) οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή. 2) τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση



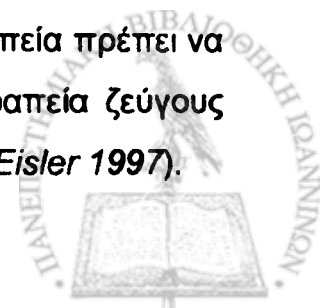
υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη. 3) μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους. 4) τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους. 5) Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο (*Garfinkel και Walsh 1997*).

#### Δ. Οικογενειακή παρέμβαση

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατόν με τους δυο γονείς τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας) θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση, απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος της οικογένειας δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία. Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή (*Dare και Eisler 1997*).

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς (*Dare και Eisler 1997*).



Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια ώστε να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

### Ε. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του.

Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της εναισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις.

Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp 1997) ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής (EDA, 1995).

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές (Crisp 1995, Bruch 1982), ψυχαναλυτικές (Goodsitt 1997), γνωσιακές (Garner και συν. 1997), συστημικές (Minuchin και συν. 1978, Palazzoli 1978), κοινωνικοπολιτισμικές (Striegel-Moore 1993) και φεμινιστικές θεωρίες (Orbach 1986), από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με ή χωρίς, άλλη επιτυχία.





Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζει να φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές (*Crisp και συν 1991*).

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάσει αφ' ενός στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφ' ετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό (*Hsu 1990*).

#### ΣΤ. Μακροπρόθεσμοι Στόχοι και Πρόγνωση

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλο το διάστημα της θεραπείας. Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση μ' έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο σημασία, όσο η εμπειρία του και οι ικανότητές του (*G. Waller 1997*).

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας τα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών, για



τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ότι: περίπου το 44% των ασθενών είχε καλή έκβαση (το βάρος επανήλθε στο προτεινόμενο βάρος και αποκαταστάθηκε η εμμηνορυσία), στο 24% περίπου τα αποτελέσματα ήταν φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφτασε το προτεινόμενο, και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική), στο 28%, περίπου, υπήρχαν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και λιγότεροι από 5% είχαν πεθάνει (πρώιμη θνησιμότητα) (Hsu 1990). Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν (καλή έκβαση 43%, βελτίωση 36%, χρόνια πορεία 20%, θνησιμότητα 5%) από εντελώς πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (68 μελέτες - 3104 ασθενείς) (Steinhausen 1995).

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο (Hsu 1990).

Η θνησιμότητα, οφειλόμενη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία, (1-5%) αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια (Theander 1995). Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% (Crisp και συν. 1992) και 17% (Ratnasurya και συν. 1991). Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών (Halmi και συν. 1991). Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών ( 25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές (Garfinkel and Walsh, 1997).



## Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa)

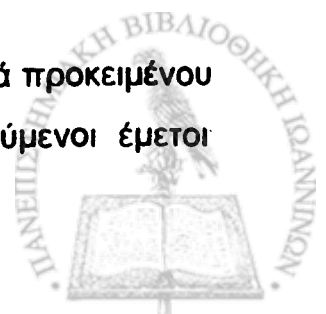
### Ορισμός - Διαγνωστικά Κριτήρια

Πρόκειται για σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, από υπερβολική ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους, από ένα νοσηρό φόβο πάχυνσης που οδηγεί το άτομο να υιοθετεί παράδοξους τρόπους μείωσης του σωματικού βάρους, όπως αποφυγή «παχυντικών τροφών», προκλητούς έμετους, χρήση καθαρτικών, χρήση ανορεξιογόνων φαρμάκων, θυρεοειδικών ορμονών και διουρητικών. Οι ασθενείς έχουν κατά κανόνα φυσιολογικό βάρος και οι γυναίκες κανονική εμμηνορροσία.

Πρόκειται για μια νέα νόσο, που περιεγράφη από τον G. Russell το 1979 (Russell 1979). Προέρχεται από τη σύνθετη ελληνική λέξη βουλιμία που σημαίνει ακατανίκητη πείνα (βου: βόδι ή ταύρος, και λιμός που σημαίνει μεγάλη πείνα και έχει τουλάχιστον δυο σημασίες: πείνα, τόσο μεγάλη όσο ενός ταύρου ή ενός βοδιού ή πείνα, τόσο μεγάλη ώστε να καταβροχθίσει κάποιος ένα βόδι) (Perry-Jones B και Perry-Jones WL 1991).

### Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV (APA 1994)

- A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:
- (1) την κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις
  - (2) την αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην υπερφαγία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει)
- B. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι



κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

- Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα 3 μηνών.
- Δ. Η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Προσδιορίζονται δύο τύποι της ΨΒ:

**Καθαρτικός Τύπος:**

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

**Μη Καθαρτικός Τύπος:**

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες μη φυσιολογικές, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10

(Στεφανής και συν. 1993).

- (α) Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για λήψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.
- (β) Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών, εναλλασσόμενες περίοδοι αποχής από τη λήψη τροφής, χρήση φαρμάκων, όπως ανορεκτικών, θυροειδικών

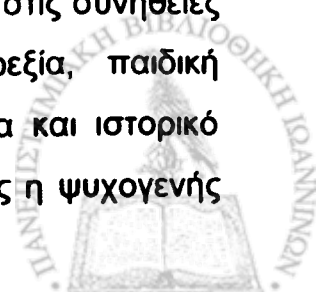


σκευασμάτων ή διουρητικών. (Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη).

- (γ) Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο και αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή να είχε προσλάβει ελάσσονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή / και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μήνες μέχρι μερικά χρόνια. Σύμφωνα με το ICD-10 δεν περιγράφονται οι δυο υπότυποι, όπως στο DSM-IV.

Για την κατανόηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, επειδή πρόκειται για νέα νόσο, αξίζει να καταγραφούν τα παρακάτω αποσαφηνιστικά σχόλια. Πρόκειται όπως αναφέρθηκε ήδη, για μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερφαγία και αντιρροπιστική αποβολή των τροφών που προσλαμβάνονται. Ο ασθενής, χωρίς να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, καταναλώνει εξαιρετικά μεγάλες ποσότητες τροφών και εν συνεχεία προσπαθεί να αντισταθμίσει τη συμπεριφορά του, είτε μέσω προκλητών εμέτων ή λήψεως φαρμάκων (καθαρτικών ή διουρητικών) ή μέσω αποχής από το φαγητό. Είναι μια οργανωμένη συμπεριφορά -ένας τρόπος ζωής που καθορίζει πλήρως την καθημερινότητα του ατόμου -ενός ατόμου, που σχεδόν κάθε μέρα και σε διάφορη έκταση, καταναλώνεται στα ψώνια, τις τροφές, το μαγείρεμα, την υπερφαγία και τελικώς την αποβολή των τροφών που θα φάει.

Είναι ένα διακριτό κλινικό σύνδρομο που αρχίζει συνήθως μεταξύ 15-20 ετών, και συχνά εμφανίζεται σε άτομα που είχαν προβλήματα στις συνήθειες διατροφής και το βάρος τους, όπως, ψυχογενή ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του βάρους. Σε πολλές περιπτώσεις η ψυχογενής



βουλιμία αρχίζει με δίαιτα, που γίνεται μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός (διακοπή σχέσης) ή καινούργιο συμβάν (έναρξη πρωταθλητισμού) ή οποιαδήποτε κατάσταση που παροτρύνει το άτομο να ασχοληθεί με το σχήμα του σώματός του και τη σχέση του με τον αυτοέλεγχο, ενώ ταυτόχρονα παρέχει δημοσιότητα και υπόσχεται σπουδαία επιτεύγματα. Δεν είναι τυχαίο, ότι στις ηλικίες που παρουσιάζεται η ψυχογενής βουλιμία επισυμβαίνουν παράλληλα, η μετάβαση από το Λύκειο στην επόμενη βαθμίδα αλλά και η μετάβαση από την οικογένεια στην ανεξάρτητη ζωή.

Αυτοί που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, παγιδεύονται σ' έναν φαύλο κύκλο συμπεριφορών που ενισχύεται από τα συναισθήματά τους, την ενοχή, τη ντροπή, την αηδία και την απέχθεια για τον εαυτό τους. Αισθάνονται υπερβολικά μεγάλη ενοχή για τη βουλιμική συμπεριφορά τους, ώστε να αποφεύγουν την κοινωνική ζωή για να μην αποκαλυφθούν, παρ' ότι είναι ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα (*Polivy και Herman 1993*).

Η ντροπή και η απομόνωση που νοιώθουν, ενισχύει αισθήματα ανεπάρκειας και έλλειψης ελκυστικότητας. Όπως αναφέρθηκε, πρόκειται για ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα που παρουσιάζουν έναν κοινωνικό εαυτό, με αυτοπεποίθηση, επιτυχία και ευτυχία, γι' αυτό η υποκείμενη διαταραχή διαδράμει απαρατήρητη για χρόνια. Το δυσάρεστο γεγονός είναι ότι νοιώθουν απόγνωση, δεν είναι πραγματικά ευτυχισμένοι, έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να παρουσιάζουν σοβαρή κατάθλιψη. Ωστόσο, διατηρούν το σωματικό βάρος τους σε φυσιολογικά όρια, ανεξάρτητα αν έχει προηγηθεί ψυχογενής ανορεξία, και τρώνε φυσιολογικά όταν είναι με άλλους (*Fairburn 1995*).

Για την κατανόηση του επεισοδίου υπερφαγίας (Binge Eating) περιγράφεται ότι, υπερφαγία επισυμβαίνει όταν η συμπεριφορά διατροφής είναι εντελώς εκτός ελέγχου. Τεράστιες ποσότητες τροφών καταναλώνονται με μανία, έτσι ώστε οι τροφές να τρώγονται μισομαγειρεμένες ή κατευθείαν από το ψυγείο. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας, περιέχει σχεδόν αποκλειστικά τροφές υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας. Πρόκειται συνήθως για υδατάνθρακες και λίπη. Οι τροφές είναι συνήθως γλυκά, σοκολάτες, μπισκότα, ψωμί, μέλι, βούτυρο και τυρί. Υπάρχουν φυσικά και πολλά άλλα



προϊόντα τα οποία έχουν εκ των προτέρων συλλεχθεί μετά από μια ειδική αποστολή στα καταστήματα, με το μυαλό και την έννοια στην κατανάλωσή τους.

Οι βουλιμικοί απεχθάνονται και νοιώθουν αηδία για τον φαύλο κύκλο υπερφαγίας-αποβολής τροφών που έχουν παγιδευτεί. Η αντιρροπιστική αποβολή και απομάκρυνση των τροφών, αποτελεί μια "καθαρή συμπεριφορά" και εκλαμβάνεται από τους ίδιους ως αυτό -επιβεβλημένη τιμωρία για το χάσμα που χωρίζει την εικόνα του κοινωνικού εαυτού από τον ιδιωτικό εαυτό, αυτόν τον εαυτό, τον ήδη απεγνωσμένο και καθημαγμένο από αισθήματα ενοχής, που θεωρεί το υποκείμενο με ακόμη μεγαλύτερη αποστροφή. Πολλοί πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία, αναφέρουν ότι αυτή η συμπεριφορά τους - η υπερφαγία- είναι κάτι που προέρχεται από κάποια κρυμμένη πλευρά της προσωπικότητάς τους, μια αχαλίνωτη τάση γι' αυτό, και ότι τους καθορίζει εντελώς, ώστε εκείνη τη στιγμή να βρίσκονται εντελώς εκτός ελέγχου. Είναι τόσο ισχυρός και ακατανίκητος αυτός ο καταναγκασμός για υπερφαγία, ώστε κάποιες φορές, δεν είναι κυριολεκτικά τίποτα δυνατόν, να τον σταματήσει. Το αποτέλεσμα είναι να θεωρείται από τους ίδιους ότι αυτός ο φαύλος κύκλος, είναι αδύνατον να καταπολεμηθεί, ακόμη και όταν δηλώνεται η αποφασιστικότητα του πάσχοντος να αλλάξει συμπεριφορά (Russell 1979, Fairburn 1995, Polivy και Herman 1993).

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

### Αιτιολογία της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Στην αιτιολογία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, βάσει του πολυπαραγοντικού μοντέλου, περιγράφεται η διαπλοκή Προδιαθεσικών παραγόντων (Ατομικών, Οικογενειακών, Κοινωνικο-Πολιτιστικών), Εκλυτικών παραγόντων και Επιβαρυντικών παραγόντων.

#### *Προδιαθεσικοί παράγοντες*

α. Ατομικοί (Βιολογικοί και ψυχολογικοί)



Σε κάποιες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επεισοδίων υπερφαγίας και αντιροπιαστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών και της δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την κλινική ανταπόκριση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς βουλιμίας στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικά και σεροτονεργικά) (Pirke 1995).

Έχει βρεθεί επίσης ότι τα επίπεδα των ενδορφινών στο αίμα είναι αυξημένα σε ορισμένους ασθενείς που κάνουν έμετους. Πιθανόν το αίσθημα της ικανοποίησης που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί μετά τον έμετο, να οφείλεται στη διαμεσολάβηση των ενδορφινών (Kaplan, Sadock, Grebb 1994).

Άλλες αλλαγές στα νευροενδοκρινικά συστήματα που έχουν βρεθεί στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία μοιάζουν με αυτές που βρίσκονται στους πάσχοντες από συναισθηματικές διαταραχές (καθυστερημένη απάντηση της TSH στην πρόκληση με TRH στο 80% των ασθενών, ανωμαλία καταστολής κορτιζόλης στη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη - θετική δοκιμασία DST- στο 67% των ασθενών) (Gwirtsman και συν. 1989).

Δίδυμοι ασθενών με βουλιμία, επίσης εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά βουλιμίας με υψηλότερη επίπτωση στους μονοζυγωτικούς (βαθμός συμφωνίας 23-100%) απ' ό,τι στους διζυγωτικούς διδύμους (βαθμός συμφωνίας 0-33%) (Treasure, Holland 1995). Τα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά βουλιμίας σε γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού είναι αντιφατικά (Kendler και συν. 1991).

Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχει αναφερθεί στο 20-50% των ασθενών με βουλιμία (Fallon και Wonderlich 1997).

Τα στοιχεία προσωπικότητας που κυριαρχούν στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η παρορμητικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ επιπλέον μέσω μελετών σε βουλιμικούς ασθενείς με τη χρήση του MMPI, περιγράφεται ένα προφίλ προσωπικότητας με μικρό έλεγχο των ενορμήσεων, χρόνια κατάθλιψη, συμπεριφορές εκδραμάτισης και ελάχιστη αντοχή στη ματαίωση (Wonderlich 1995).





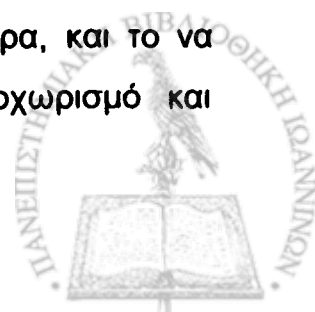
Ως προς τη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας σε βουλιμικούς ασθενείς, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 21-77% και ο τύπος που κυριαρχεί είναι η ενότητα Β (Δραματικά άτομα με έντονα συναισθήματα και ασταθή στις διαπροσωπικές σχέσεις) σύμφωνα με το DSM-IV. Η συχνότερη διαταραχή προσωπικότητας στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η οριακή διαταραχή (2-47%) και η μελέτη της σχέσης των δυο διαταραχών προκαλεί ένα συνεχές ερευνητικό ενδιαφέρον ( *Wonderlich 1995*).

Στους βουλιμικούς ασθενείς παρατηρούνται διασχιστικά συμπτώματα, σεξουαλικές παρεκκλίσεις και παρορμητικές συμπεριφορές (υπερβολική σπατάλη χρημάτων, κλοπές καταστημάτων, σεξουαλικές εκδραματίσεις, αυτοακρωτηριασμοί), και απόπειρες αυτοκτονίας (*Mitchell και συν. 1985*).

Ως προς τη συνυπάρχουσα ψυχιατρική νοσηρότητα (συννοσηρότητα) σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, έχουν αναφερθεί αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (46%), αγχωδών διαταραχών (43%), εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (49%) και διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (12%) (*Steere και συν. 1990, Halmi και συν. 1991*).

Δυσκολίες ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εφηβείας είναι κυρίαρχες και στους βουλιμικούς ασθενείς όπως και στους ανορεκτικούς. Οι βουλιμικοί όμως είναι περισσότερο εξωστρεφείς, επιθετικοί και παρορμητικοί (*Russel, 1979*). Επειδή βιώνουν τα συμπτώματά τους περισσότερο μη-σύντονα απ' ό τι οι ανορεκτικοί, προσέρχονται πιο εύκολα και αναζητούν βοήθεια (*Treasure, Ward 1997*).

Ως προς την ψυχοδυναμική συγκρότηση, οι βουλιμικοί φαίνεται να υστερούν ως προς τον υπερεγωτικό έλεγχο και την ισχύ του εγώ, σε σχέση με τους ανορεκτικούς. Ιστορικό δυσκολιών αποχωρισμού και απουσίας μεταβατικού αντικειμένου είναι διακριτά στοιχεία της βουλιμικής ψυχοσυγκρότησης. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς αυτοί χρησιμοποιούν το ίδιο τους το σώμα ως μεταβατικό αντικείμενο. Ο αγώνας για τον αποχωρισμό από το μητρικό πρόσωπο μεταφέρεται ως αμφιθυμία για το φαγητό. Το να τρως αντιπροσωπεύει τις ανάγκες συγχώνευσης με τη μητέρα, και το να αποβάλλεις τις τροφές την ασυνείδητη επιθυμία για αποχωρισμό και αυτονομία (*Dare and Crowther 1995*).



### Οικογενειακοί και Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Οι οικογένειες των βουλιμικών διαφέρουν από των ανορεκτικών. Είναι λιγότερο κλειστές με περισσότερο συγκρουσιακές σχέσεις. Επίσης, οι οικογένειες βουλιμικών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα κατάχρησης ουσιών (κυρίως αλκοολισμού), συναισθηματικών διαταραχών και παχυσαρκίας. Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, όπως και οι ανορεκτικοί, έχουν υψηλούς στόχους και μεγάλη ευαισθησία στις πολιτιστικές πιέσεις ως προς τη λεπτότητα του σώματος (*Mitchell και συν. 1985, Fairburn και συν. 1997*).



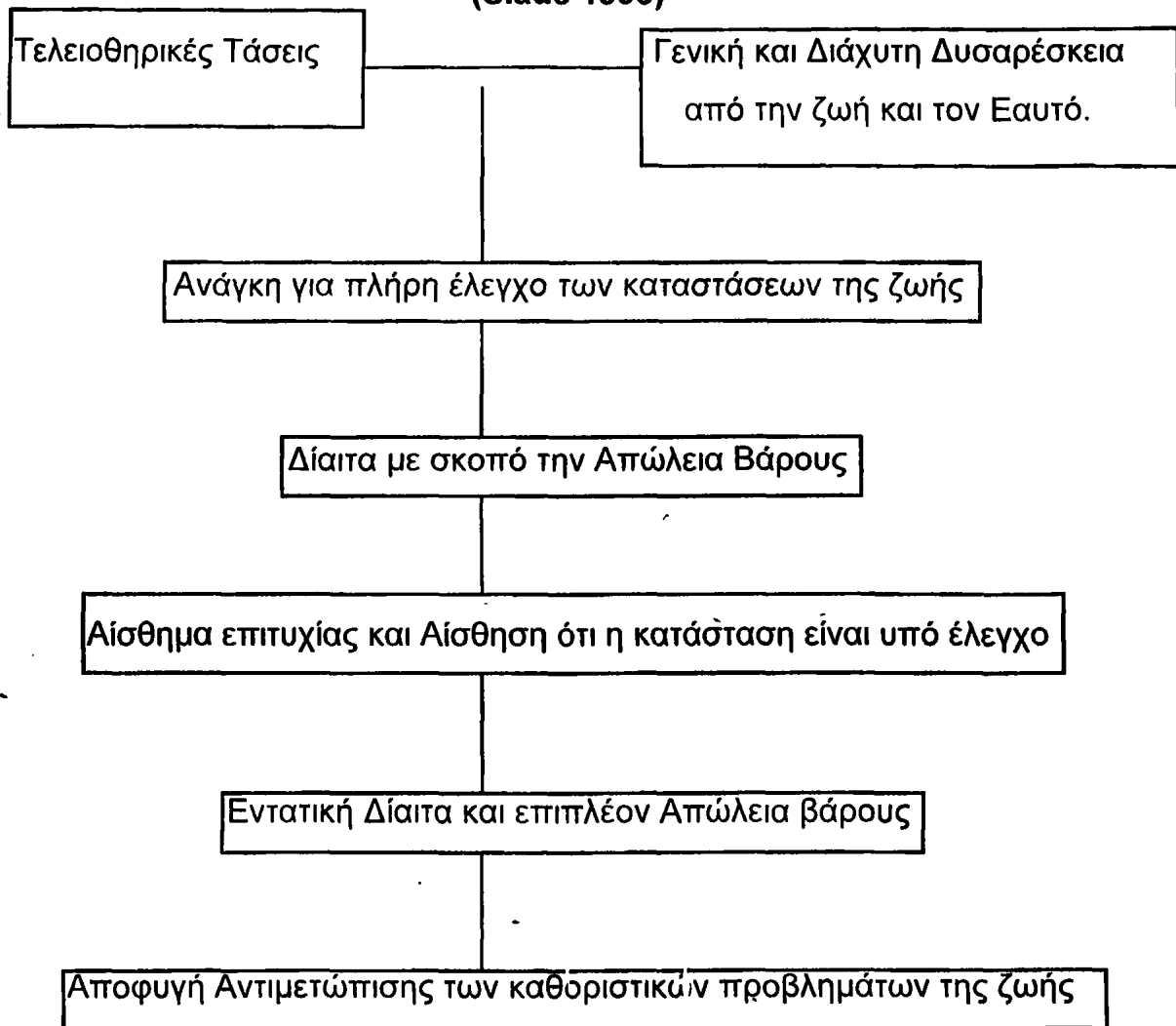
## Εκλυτικοί Παράγοντες και Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο (Fairburn 1997A) η χαμηλή αυτοεκτίμηση προκαλεί μια ιδεατή υπεραπασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος που οδηγεί σε περιοριστική δίαιτα. Η δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα τα επεισόδια υπερφαγίας που βεβαίως προκαλούν είσοδο σε φαύλο κύκλο, με εκ των υστέρων συμπεριφορά αποβολής τροφών (προκλητούς έμετους, καθαρικά ή καταναγκαστική γυμναστική), αίσθηση απώλειας του ελέγχου και ενίσχυση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, με συνεχή αναπαραγωγή καθημερινώς του ίδιου και πανομοιότυπου φαύλου κύκλου (βλέπε πίνακα: Το γνωσιακό μοντέλο που εξηγεί τον φαύλο κύκλο στην Ψυχογενή Βουλιμία). Οι βουλιμικοί ασθενείς, παρ' ότι έχουν συνήθως φυσιολογικό βάρος, λόγω του χαοτικού τρόπου διατροφής των, βρίσκονται σε κατάσταση, ισοδύναμου αστίας, γεγονός που λειτουργεί, όπως και στην ψυχογενή ανορεξία, ως επιβαρυντικός παράγων, που δαιωνίζει και συντηρεί τη διαταραχή.

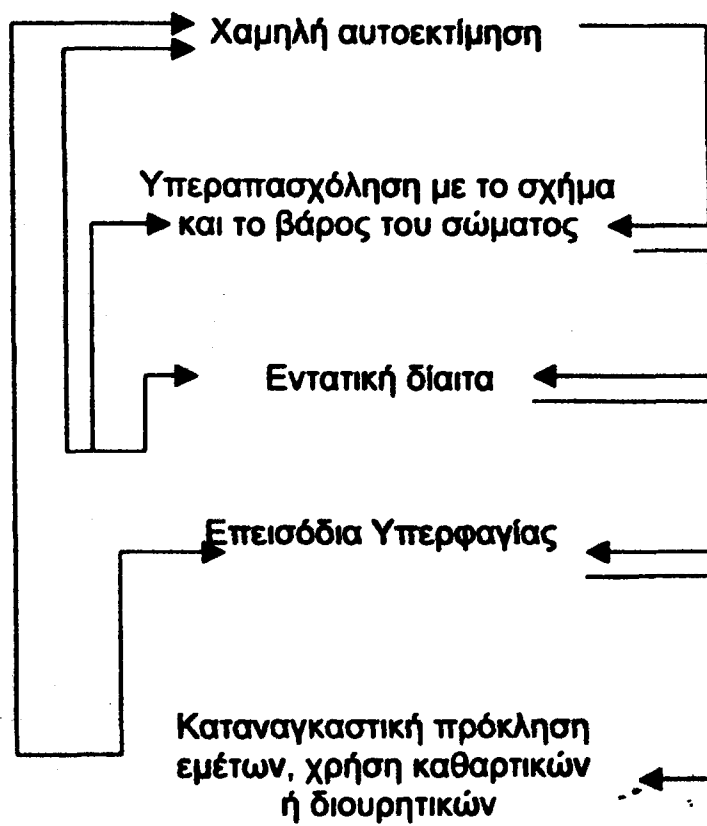
Σύμφωνα με μια εντελώς πρόσφατη άποψη, η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα της ταυτόχρονης δράσης των παραγόντων κινδύνου για νόσηση από ψυχιατρική διαταραχή γενικά, και των παραγόντων κινδύνου για έναρξη δίαιτας. Στο ιστορικό των ασθενών παρατηρείται αρνητική εκτίμηση εαυτού, πριν από την εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας καθώς και συγκρουσιακές γονεϊκές σχέσεις στην οικογένεια (Fairburn και συν. 1997).



Το αιτιολογικό μοντέλο της Ψυχογενούς Ανορεξίας  
(Slade 1995)



**Το γνωσιακό μοντέλο για την Ψυχογενή Βουλιμία  
(Fairburn 1997)**



## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα, τα σημεία και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία (EDA 1995) είναι τα κάτωθι :

1. Επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας.
2. Αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτο-προκαλούμενων εμέτων, περιοριστικής διαίτας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλακτικών της όρεξης, χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.
3. Συχνή εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά από τα γεύματα, με σκοπό την απομάκρυνση των προσληφθεισών τροφών.
4. Διαταραχές εμμηνορρυσίας
5. Ιστορικό μεγάλης διακύμανσης του σωματικού βάρους.
6. Αφυδάτωση - Λέπτυνση και κακή υγεία του δέρματος
7. Βλάβες της αδαμαντίνης των δοντιών και σημάδια στα δάκτυλα (σημείο του Russel) λόγω των προκλητών εμέτων.
8. Ληθαργικότητας
9. Αίσθημα ενοχής και αυτομομφής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς.
10. Παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση.
11. Συμπεριφορές συγκάλυψης, απόκρυψης και εξαπάτησης (μυστικοπάθεια, ψευδολογία).
12. Χρόνιο άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη.
13. Εκδραματίσεις (σεξουαλικές, αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, κλοπές).

Όταν στη συμπεριφορά αντιρρόπησης, κυριαρχούν οι αυτο-προκαλούμενοι έμετοι, προσβάλλονται σοβαρά τα δόντια και τα ούλα. Σχισμές και ρωγμές της σκληρής ουσίας των δοντιών και προοδευτικά τερηδονισμός, ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και απόπτωση των δοντιών είναι η κατάληξη (Milosevic A και συν. 1997).

Σ' αυτούς που χρησιμοποιούν καθαρτικά ή διουρητικά μπορεί να παρουσιασθούν σημεία σοβαρών ίσως και μοιραίων επιπλοκών, με



σημαντικότερη την αποδιοργάνωση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας των υγρών του σώματος, που, ως γνωστόν, επηρεάζει σοβαρά την καρδιακή και νεφρική λειτουργία (Διαταραχή ισορροπίας ύδατος-ηλεκτρολυτών) και εκδηλώνεται με κόπωση, πλήρη εξάντληση, ακόμη -σε σοβαρές περιπτώσεις- και κώμα ή θάνατο (Mitchell και συν. 1987).

### Διαφορική Διάγνωση

Η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας εκτός της διαφορικής διάγνωσης με τις ψυχιατρικές νόσους θα πρέπει να περιλαμβάνει την Επιληψία -τύπου Επιληπτικών Ισοδύναμων, τους Όγκους του ΚΝΣ, το Σύνδρομο Kliver-Bucy και το Σύνδρομο Kleine- Levin, καθώς και την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Η διαφορική διάγνωση των νευρολογικών νόσων θα στηριχθεί στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο. Στο Σύνδρομο Kliver-Bucy, παρατηρείται έκπτωση της μνήμης για ανάκληση πρόσφατων γεγονότων, οπτική αγνωσία, καταναγκαστικές λειχίες και δαγκώματα των χειλέων, έλεγχος των αντικειμένων με το στόμα, ανικανότητα του ατόμου να αδιαφορεί για κάποια ερεθίσματα, απαλλαγή από το αίσθημα του φόβου, αύξηση της σεξουαλικής ορμής και υπερφαγία. Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνιο σύνδρομο, οφειλόμενο σε βλάβη της μέσης και κάτω κροταφικής έλικας και του ιπποκάμπειου σχηματισμού. Το σύνδρομο Kleine-Levin χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερυπνίας που διαρκούν για 2 ή 3 εβδομάδες και από επεισόδια υπερφαγίας. Αρχίζει στην εφηβεία και είναι πιο συχνό στους άνδρες. Οι ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας αλλά και τα λοιπά χαρακτηριστικά της διαταραχής (Kaplan, Sadock, Grebb 1994).

### Επιπλοκές και Πορεία.

Οι φυσικές επιπλοκές της βουλιμικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές (κυρίως υποκαλιαιμική, υποχλωραιμική αλκάλωση σε ασθενείς που κάνουν έμετο), διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών, υπομαγνησισαιμία, γαστρικό και οισοφαγικό ερεθισμό και αιμορραγία, σοβαρές εντερικές ανωμαλίες λόγω της κατάχρησης υπακτικών,



φθορά της οδοντικής αδαμαντίνης, διόγκωση των παρωτίδων και συνοδό υπεραμυλασαιμία.

Σύνδρομο Mallory-Waiss συμβαίνει σπάνια. Κατάχρηση ιπεκακουάνας για πρόκληση έμετου μπορεί να προκαλέσει μυοκαρδιοπάθειες (με ξαφνικό θάνατο) ή περιφερική μυϊκή αδυναμία (*Mitchell και συν. 1987*). Βραδυκαρδία στην ανάπαυση, υπόταση και ελαττωμένος ρυθμός μεταβολισμού παρατηρούνται σε μερικούς βουλιμικούς ασθενείς και μπορεί να αντανakλούν μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του θυροειδικού άξονα (*Obarzanek και συν. 1991*).

Επιπρόσθετα, παρόλο που οι βουλιμικοί ασθενείς μπορεί να είναι μέσα στα πλαίσια του φυσιολογικού βάρους, λόγω της χαοτικής διατροφής των μπορεί να εμφανίζουν βιολογικά και ψυχολογικά ισοδύναμα ασιτίας. Έτσι η οριστική ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να είναι δύσκολο να ολοκληρωθεί προτού η διατροφή και το βάρος σταθεροποιηθούν.

Η πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας περιλαμβάνει περιόδους κατά τις οποίες εμφανίζονται εξάρσεις με επεισόδια υπερφαγίας και απώλεια του ελέγχου οι οποίες ακολουθούνται από μεγάλες περιόδους νηστείας και ασιτίας. Η ασιλία και η λιμοκτονία ως καταστάσεις, προκαλούν μια ακατανίκητη και επίμονη επιθυμία για φαγητό η οποία γίνεται ακαταμάχητη και αξεπέραστη ώστε να οδηγήσει σε εκ νέου απώλεια του ελέγχου με αποτέλεσμα, τα επεισόδια υπερφαγίας. Μετά το επεισόδιο υπερφαγίας, οι βουλιμικοί καταφεύγουν στη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων, κάνουν έμετους με πρόκληση, ώστε να αποβάλουν τις τροφές που έφαγαν. Πολλοί ασθενείς έχουν προηγούμενο ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας και πιστεύουν ότι λύνουν το δίλημμα, τρώγοντας αυτά που θέλουν αλλά και ταυτόχρονα μένοντας λεπτοί.

Στην αρχή, η ψυχογενής βουλιμία, φαίνεται ότι προσφέρει στήριξη στα άτομα εκείνα που είναι δυσαρεστημένα από τη ζωή τους και ανικανοποίητα από αυτό που είναι. Πρόκειται για εξαιρετικά άστοχη και επιφανειακή "λύση" και "απάντηση", καθόσον γρήγορα ανακαλύπτουν ότι έχουν παγιδευτεί σ' έναν εξαιρετικά επικίνδυνο φαύλο κύκλο που ενισχύει και ενισχύεται από την αυτο-υποτίμηση και τον ευτελισμό, την ντροπή και την ενοχή. Παρ' ότι





κάποιοι βουλιμικοί ασθενείς δεν αναφέρουν ποτέ ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, εμφανίζουν παρ' όλα αυτά τις παθολογικές ανησυχίες των ανορεκτικών γύρω από το σχήμα και το βάρος του σώματος, έλεγχο και απώλεια του ελέγχου καθώς και μια πρωταρχική ανάγκη να εκλαμβάνουν τα ελαττώματά τους ως ενδείξεις δυνάμεως και ισχύος. Τέλος, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών που παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, από πολύ υψηλό σε πολύ χαμηλό, έτσι ώστε να θυμούμεθα ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να αλληλοδιαδέχονται η μια την άλλη (Garfinkel και Garner 1982).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Οι στόχοι της θεραπείας της ΨΒ περιγράφονται παρακάτω (Hsu 1990, APA 1993, Garner και Needleman 1997):

1. Εγκατάσταση κανονικού προγράμματος διατροφής και διακοπής του φαύλου κύκλου Υπερφαγίας-Εμέτων.
2. Τροποποίηση Σκέψεων, Πίστεων και Συναισθημάτων που συντηρούν την Βουλιμική συμπεριφορά βάσει του γνωσιακού μοντέλου.
3. Θεραπεία των Ιατρικών Επιπλοκών της Βουλιμίας.
4. Αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που είναι συνήθη στη Βουλιμία.
5. Ψυχολογική προσέγγιση
  - Ατομική ή Ομαδική ψυχοθεραπεία:
    - α) Γνωσιακή-συμπεριφορική (θεραπεία εκλογής)
    - β) Διαπροσωπική
    - γ) Ψυχοδυναμική
  - Οικογενειακή θεραπεία
6. Φάρμακα
7. Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου, χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεως, εξάρσεως.



Η νοσοκομειακή θεραπεία γενικά, δεν είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς που πάσχουν από μη επιπλεγμένη ψυχογενή βουλιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα ως εξωτερικοί ασθενείς ή σε νοσοκομεία ημέρας. Η νοσηλεία στο νοσοκομείο θα πρέπει να γίνεται όταν: α) υπάρχει μεγάλη διακύμανση του βάρους, β) υπάρχει αστάθεια στην ισορροπία ύδατος-ηλεκτρολυτών, γ) παρατηρείται αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική πρόθεση, δ) συνυπάρχει σοβαρή κατάχρηση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών φαρμάκων, ε) υπάρχουν επικίνδυνα για τη ζωή ιατρικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν έξω από το νοσοκομείο, στ) υπάρχει κύηση 1<sup>ου</sup> τριμήνου, λόγω κινδύνου αποβολής. ζ) Επίσης η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για τους ασθενείς των οποίων η διαταραχή διατροφής είναι εξ ολοκλήρου εκτός ελέγχου, και οι οποίοι δεν έχουν καμία ουσιαστική πρόοδο κατά τη διάρκεια μιας αρκετά μεγάλης περιόδου εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης (APA 1993).

Η θεραπεία Διαιτητικής αποκατάστασης έχει ως σκοπό να εκπαιδεύσει τον ασθενή με Ψυχογενή Βουλιμία ώστε (Hsu 1990):

- α. Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει κανονικά γεύματα, να αυξήσει την ποικιλία των τροφών που τρώει, να μειώσει την ταχύτητα πρόσληψης των τροφών και να αρχίσει να τρώει τις απαγορευμένες τροφές με κανονικό τρόπο).
- β. Να αντιληφθεί τη συσχέτιση υποθρεψίας και υπέρφαγίας
- γ. Να κατανοήσει τις καταστρεπτικές επιπτώσεις των εμέτων και της χρήσης καθαρτικών
- δ. Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα σε τακτικότητα και συχνότητα
- ε. Να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής σύντομο με το πρόγραμμα διατροφής, και να κατανοήσει τη συσχέτισή των (ισοζύγιο πρόσληψης - κατανάλωσης ενέργειας).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές είναι: η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (Wilson GT και συν. 1997), οι ψυχοδυναμικές θεραπείες και η ψυχανάλυση (Goodsitt 1997, Tobin 1993), η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Fairburn 1997B), η θεραπεία βάσει του μοντέλου απεξάρτησης (Vandereycken 1990), η οικογενειακή



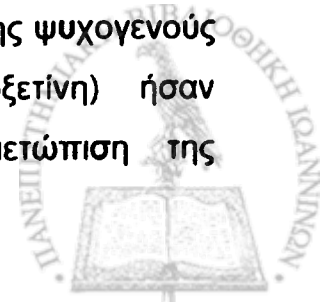
θεραπεία όταν ενδείκνυται (*Schwartz και συν. 1985*) και η ομαδική ψυχοθεραπεία όλων των κατευθύνσεων (*Polivy και Federoff 1997*).

Πρόσφατες έρευνες δίνουν έμφαση στην αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας που περιγράφεται ως θεραπεία εκλογής καθώς και στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (*Fairburn 1997 A, B*).

Η ψυχοθεραπευτική εργασία πρέπει να επικεντρωθεί σε κοινά θέματα όπως η ανάπτυξη, η διαμόρφωση της προσωπικότητας, η απαρτίωση της ταυτότητας του φύλου και της σεξουαλικότητας, οι σεξουαλικές δυσκολίες, η έκφραση του συναισθήματος, η οικογενειακή δυσλειτουργία, οι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων. Ασθενείς με συνυπάρχουσα ψυχογενή ανορεξία και /ή συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας συνήθως απαιτούν παρατεταμένη θεραπεία (*Gamer 1993, Dennis και Sansone 1997*).

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται απαραίτητη σε εφήβους που ζουν ακόμα με τους γονείς τους, αλλά και σε μεγαλύτερους ασθενείς με συνεχιζόμενες συγκρουσιακές σχέσεις με τους γονείς τους και σε ασθενείς με συζυγικά προβλήματα (*Schwartz και συν. 1985*).

Σχετικά με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, έχει γίνει πρόσφατα γνωστό ότι, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα περιορίζουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κατάθλιψης, και γι' αυτό είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ως μέρος του αρχικού θεραπευτικού προγράμματος σε πολλούς ασθενείς δεν πρέπει όμως να αποτελούν το μοναδικό θεραπευτικό μέσο. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς που έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Συνήθως διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να δοκιμαστούν διαδοχικά προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (ιμιπραμίνη, δεσιπραμίνη, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) ήσαν αντίστοιχες εκείνων που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της

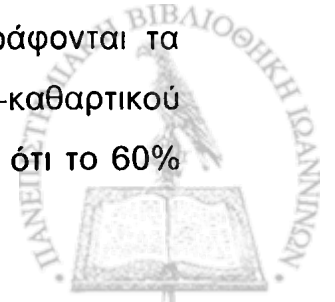


κατάθλιψης, αν και στην περίπτωση της φλουοξετίνης απαιτούνται υψηλότερες δόσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη (60 mg/ημερ.) (*Garfinkel και Walsh 1997*).

### Πρόγνωση

Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, λίγα είναι γνωστά για τη φυσική ιστορία ή τη μακροπρόθεσμη έκβασή της. Τα ποσοστά των ασθενών που έχουν λάβει βραχυπρόθεσμη ψυχοκοινωνική ή φαρμακευτική θεραπεία και έχουν κάποια ανταπόκριση κυμαίνονται κατά πολύ, π.χ. αναφέρεται ότι κάποιοι ασθενείς είχαν 50-90% ελάττωση των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών, με έναν μέσο όρο βελτίωσης 70% περίπου. Αυτοί που αντιμετωπίστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς διατηρούν τα καλά αποτελέσματα πάνω από 6 χρόνια, αν και μερικά συμπτώματα συχνά επιμένουν (*Hsu 1990*). Ασθενείς με καλύτερη γενική κατάσταση και με ηπιότερα συμπτώματα στην αρχή της θεραπείας, και που αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς, έχουν συχνά καλύτερη πρόγνωση από αυτούς με κακή γενική κατάσταση και σοβαρά συμπτώματα. Αντίθετα, βουλιμικοί ασθενείς που νοσηλεύτηκαν, 3 χρόνια μετά, περίπου 27% είχαν καλά αποτελέσματα (εμφάνιση συμπτωμάτων λιγότερο από μια φορά το μήνα), 40% έχουν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και 33% έχουν φτωχά αποτελέσματα (καθημερινά επεισόδια υπερφαγίας και έμετοι ή συνέχιση κατάχρησης καθαρτικών-διουρητικών) (*Swift και συν. 1987*). Είναι επίσης γνωστό ότι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν καθάρτικά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών ιατρικών προβλημάτων (*Russell 1979*). Πολύ λίγα είναι γνωστά για την πρόγνωση της ανθεκτικής και της παρορμητικής (multi-impulsive) ψυχογενούς βουλιμίας (*Lacey 1993*). Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 1-2 χρόνων βουλιμικοί ασθενείς που δεν έλαβαν καμιά θεραπεία, αναφέρουν μέτρια αυτόματη βελτίωση με ελάττωση περίπου 25-30% των επεισοδίων υπερφαγίας και της χρήσης καθαρτικών.

Γενικά από τα μέχρι σήμερα δεδομένα για την έκβαση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, σύμφωνα με τη μελέτη του Fichter, όπου καταγράφονται τα δεδομένα παρακολούθησης ασθενών με ψυχογενή βουλιμία -καθαρτικού τύπου, 6 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, φαίνεται ότι το 60%

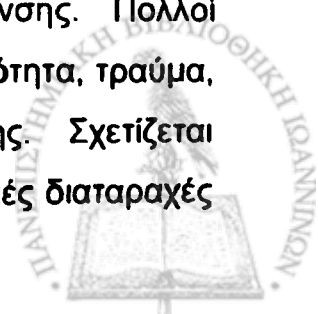


έχουν καλή έκβαση, 30% ενδιάμεση και 10% των ασθενών έχουν κακή έκβαση. Η θνησιμότητα ήταν 1,1%, και το ποσοστό ασθενών με ψυχογενή ανορεξία 3,7% (Fichter και συν. 1997).

## Συμπεράσματα

Η ψυχογενής ανορεξία είναι διαταραχή που προσβάλλει κυρίως νεαρές γυναίκες, φαίνεται ότι αυξάνει σε συχνότητα τελευταία, έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία (γενετικοί, βιολογικοί, ατομικοί, οικογενειακοί, φύλο, τραύμα, προσωπικότητα, κοινωνία, πολιτισμός), χαρακτηριστική κλινική εικόνα με προεξάρχουσα ασιτία, αμηνόρροια, φόβο πάχυνσης, άρνηση νόσου και βοήθειας. Έχει συχνά χρόνια πορεία, δύσκολη αντιμετώπιση, ενώ ένα ποσοστό (25%) έχει κακή έκβαση με υψηλή θνησιμότητα. Επειδή δεν έχει διαπιστωθεί εντελώς η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής, δεν υπάρχει σαφής και συγκεκριμένη θεραπεία εκλογής. Η αντιμετώπιση της ασιτίας και η αποκατάσταση του βάρους ενδονοσοκομειακά ή σε μερική νοσηλεία ή εξωτερικά όταν υπάρχει κίνητρο, είναι θέμα γενικής αποδοχής. Δεν υπάρχει ειδική φαρμακευτική αντιμετώπιση. Παρά τη μεγάλη εξειδίκευση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (ατομικές ή ομαδικές με ψυχοδυναμικό προσανατολισμό, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, γνωσιακή-συμπεριφορική και οικογενειακή θεραπεία) τα αποτελέσματα είναι ποικίλα. Υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη βιβλιογραφία σε σχέση με όλες τις πλευρές της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η ψυχογενής βουλιμία, είναι νεώτερη νόσος και συχνότερη από την ανορεξία με χαρακτηριστικά επεισόδια υπερφαγίας, αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών και φόβο πάχυνσης. Πολλοί παράγοντες (βιολογικοί, γενετικοί, προσωπικότητα, συννοσηρότητα, τραύμα, οικογένεια, πολιτισμός) εμπλέκονται στην αιτιολογία της. Σχετίζεται περισσότερο με ψυχοπαθολογία, κυρίως με τις συναισθηματικές διαταραχές



και τις διαταραχές προσωπικότητας. Συνυπάρχει με την ψυχογενή ανορεξία αλλά και με την παχυσαρκία αλλά κυρίως αφορά γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Έχει χρόνια πορεία, πιθανόν καλύτερη έκβαση, καθόσον μόνο το 1/5 των ασθενών έχει κακή έκβαση, και φαίνεται να ανταποκρίνεται καλύτερα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πιστεύεται ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στη φαρμακευτική αγωγή (αντικαταθλιπτικά και SSRI) καθώς και στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν καλύτερα σχεδιασθεί και προσφάτως αξιολογηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά τους, ιδιαίτερα δε η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική θεραπεία. Δεν υπάρχει ειδική πρόληψη. Συγκεντρώνει όπως και η μελέτη της ψυχογενούς ανορεξίας μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Ο σκοπός των ιατρικών επιδημιολογικών ερευνών είναι να αποφέρουν στατιστικά στοιχεία για μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή στοιχεία που αφορούν την κατανομή (Distribution), την επικράτηση (Prevalence), την επίπτωση (Incidence) και τη διάρκεια (Duration), νόσησης ενός πληθυσμού από τη συγκεκριμένη νόσο, την διερεύνηση παραγόντων που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της νόσου ή διαταραχής καθώς και την οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου. Οι πλέον συχνά χρησιμοποιούμενοι παράμετροι για την εκτίμηση της συχνότητας μιας νόσου είναι η επίπτωση (Incidence) και η επικράτηση (Prevalence). Ο όρος επίπτωση (Incidence) αναφέρεται στον αριθμό των νέων περιπτώσεων της νόσου που παρουσιάζονται σε έναν δεδομένο πληθυσμό, εντός ενός συγκεκριμένου χρονικού ορίου (συνήθως εντός ενός έτους), συχνά δε αναφέρεται ως αριθμός, ανά 100.000 κατοίκους, η δε επικράτηση (Prevalence) (επιπολασμός για τα λοιμώδη) αναφέρεται στον αριθμό όλων των περιπτώσεων (παλαιών και νέων) της νόσου, σε έναν δεδομένο πληθυσμό, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Στην περίπτωση της επιδημιολογικής έρευνας των διαταραχών διατροφής, το πρωταρχικό ενδιαφέρον εστιάζεται στον προσδιορισμό της επίπτωσης (Incidence) και της επικράτησης (Prevalence) των διαταραχών αυτών, σε διάφορους πληθυσμούς και στη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των, (Hsu 1990) αλλά και στον τρόπο καθορισμού της «περίπτωσης» («case») δηλαδή τον ορισμό, βάσει κάποιων κριτηρίων, του πάσχοντος από διαταραχή διατροφής καθώς επίσης στον καθορισμό των παραγόντων που εμπλέκονται αιτιολογικά στην εμφάνιση μιας Διαταραχής Διατροφής, όπως οι κοινωνικοπολιτιστικοί και δημογραφικοί παράγοντες, και η σχέση ψυχοπαθολογίας και εμφάνισης παθολογικής Συμπεριφοράς Διατροφής.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει ανασκόπηση των μέχρι τώρα δεδομένων της βιβλιογραφίας σχετικά με την επιδημιολογία των ψυχιατρικών Διαταραχών Διατροφής, βάσει των στοιχείων που προέρχονται από Αρχεία Παραπομπών και Αρχεία Νοσοκομείων, από έρευνες με ερωτηματολόγια και

συνεντεύξεις και από έρευνες σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Επίσης σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθεί η σχέση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας σε μη κλινικά δείγματα εφήβων.

Ως προς το μεθοδολογικό πρόβλημα του καθορισμού κριτηρίων για την ανίχνευση των πασχόντων από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, η επιδημιολογική έρευνα προσκρούει σε διάφορες δυσκολίες επειδή τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται κάθε φορά, είναι διαφορετικά, αναλόγως του σκοπού της έρευνας. Επί παραδείγματι, εάν χρησιμοποιηθούν κλινικά κριτήρια, όπως αυτά ορίζονται από τις εκδόσεις του DSM της APA (DSM - III, DSM - III-R, DSM - IV) ή του ICD-10 του WHO, για τον εντοπισμό των πασχόντων από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, είναι βέβαιο ότι θα αποκλεισθούν οι υποκλινικές (subclinical) περιπτώσεις και οι άτυπες περιπτώσεις που αποτελούν ένα μέρος του συνδρόμου (partial Syndrome) των διαταραχών αυτών. Σ' αυτή την περίπτωση η επιδημιολογική έρευνα θα είναι ελλιπής ως προς την έκταση της νοσηρότητας, του υπό μελέτη πληθυσμού.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι στις περισσότερες έρευνες, τα χρησιμοποιούμενα κριτήρια για τον καθορισμό των πασχόντων από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, είναι ποσοτικές παράμετροι, όπως το εκατοστιαίο ποσοστό απώλειας βάρους, η χρονική διάρκεια της αμηνόρροιας, ο αριθμός των επεισοδίων υπερφαγίας και των εμέτων ανά εβδομάδα, με αποτέλεσμα ο καθορισμός της «περίπτωσης» (case) και της «μη περίπτωσης» (non-case), να γίνεται βάσει μιας κατώτερης οριακής τιμής των ποσοτικών μεταβλητών (cut-off point), που συχνά εξαρτάται και διαφοροποιείται, από τους σκοπούς των ερευνητών. Επί παραδείγματι, εάν η επιδημιολογική έρευνα έχει σκοπό τον υπολογισμό των νοσοκομειακών κλινών που απαιτούνται για τη θεραπεία των διαταραχών διατροφής είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν «αυστηρά» (strict) κριτήρια για τον καθορισμό των «περιπτώσεων» των πασχόντων σ' έναν δεδομένο πληθυσμό. Εάν όμως, ο σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των κοινωνικοπολιτιστικών επιδράσεων στη νοσηρότητα από διαταραχές διατροφής ενός





πληθυσμού, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται «ευρέα» κριτήρια καθορισμού των «περιπτώσεων» άποψη που έχει υποστηριχθεί από πολλούς ερευνητές (Szmukler 1985) καθώς επίσης ότι και οι δύο προσεγγίσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται εκλεκτικά και κατά περίπτωση.

(i) Ένα άλλο εμπόδιο που αντιμετωπίζει η επιδημιολογική έρευνα των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής, είναι το γεγονός ότι απαιτείται μεγάλος αριθμός ατόμων εκ των, προς μελέτη, πληθυσμών, επειδή οι διαταραχές αυτές είναι σχετικά σπάνιες (Hsu 1990). Αυτό το γεγονός δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες, προκειμένου για έρευνες όπου ο καθορισμός των «περιπτώσεων» γίνεται μέσω κλινικής συνέντευξης και αυστηρών κριτηρίων, καθόσον είναι εξαιρετικά δύσκολο να εξασφαλιστούν, τόσοι πολλοί και τόσο εξειδικευμένοι ερευνητές. Η δυσκολία αυτή, σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ξεπερνιέται με την υιοθέτηση της απογραφής ή καταγραφής των περιπτώσεων από τα Αρχεία των Νοσοκομείων (Γενικών και Ειδικών) και των «παραπομπών» (hospital record study and case-register study) και με τη χρήση της επιδημιολογικής έρευνας των δύο σταδίων. Το πρώτο στάδιο της επιδημιολογικής έρευνας αυτού του τύπου χρησιμοποιείται στην παρούσα διατριβή (βλ. κεφ. Υλικό και Μέθοδος).

Στις επόμενες σελίδες αυτού του κεφαλαίου γίνεται εκτενής ανασκόπηση των επιδημιολογικών ερευνών που έχουν δημοσιευτεί στη βιβλιογραφία και παρατίθενται τα δεδομένα (από διάφορες πηγές) της επικράτησης και της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας και επισημαίνονται διάφοροι παράγοντες που συμμετέχουν στην ανάπτυξη των διαταραχών αυτών, έτσι ώστε να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων της δικής μας έρευνας με τα αποτελέσματα που υπάρχουν στη βιβλιογραφία.



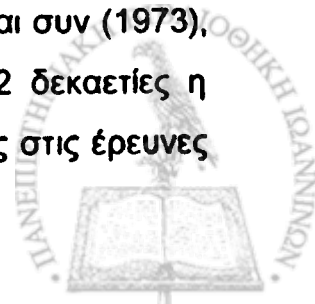
## Για την Ψυχογενή Ανορεξία

Σ' αυτές τις έρευνες ο ορισμός της περίπτωσης, δηλ. ο καθορισμός των πασχόντων από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής γίνεται με βάση τα κριτήρια των κλινικών γιατρών, που συχνά, τα κριτήρια αυτά είναι διαφορετικά επειδή οι έρευνες είναι αναδρομικές, προ της ενοποίησης των κριτηρίων από τα ταξινομητικά συστήματα. Υπάρχει επομένως δυσκολία στη σύγκριση των αποτελεσμάτων στις έρευνες αυτής της κατηγορίας. (Οι πιο σημαντικές μελέτες παρατίθενται στο σχετικό πίνακα). Μόνο σε λίγες μελέτες (*Lucas και συν 1991, Theander 1970, Willi, Grossman 1983*) έχουν χρησιμοποιηθεί κοινά κριτήρια, όπως η απώλεια βάρους, η άρνηση λήψης τροφής και η αμηνόρροια. Για να καταφανεί περαιτέρω η ασυμφωνία ως προς τα χρησιμοποιηθέντα κριτήρια για τον καθορισμό της περίπτωσης ο *Szmukler και συν (1986)* σε μια μελέτη των παραπεμφθέντων ασθενών για εξέταση και θεραπεία εξαιτίας διαταραχών διατροφής στην περιοχή του Άμπερντην της Σκωτίας, βρήκε ότι εκ των ασθενών που παραπέμφθηκαν, μόνο το 23% εκπληρούσε και τα 3 κριτήρια του *Russell* για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το 57% εκπληρούσε τα 2, το 15% μόνο το 1 και το 5% κανένα. Φαίνεται ότι, σύμφωνα με την άποψη του *Szmukler*, τα στοιχεία από τα Αρχεία παραπομπών, δεν μπορεί να αποτελέσουν υλικό για αξιόπιστες επιδημιολογικές έρευνες. Άλλος λόγος που επισημαίνει επίσης τη μειωμένη εγκυρότητα των στοιχείων από τα Αρχεία Παραπομπών είναι ότι περιλαμβάνονται μόνο οι ασθενείς που παραπέμπονται στο ψυχιατρικό σύστημα περίθαλψης, ενώ κάποιοι άλλοι αποκλείονται, π.χ. οι *Jones και συν (1980)* και *Szmukler και συν (1986)* έδειξαν ότι στις απογραφικές μελέτες παραπομπών τόσο του *Monroe County* της Ν. Υόρκης όσο και της Σκωτίας, αντιστοίχως, δεν περιελήφθη ένα ποσοστό 13% των περιπτώσεων, που έπασχαν από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, στην κάθε περιοχή. Επομένως, χρειάζονται επιπλέον στοιχεία για να αποκτήσουν οι έρευνες αυτού του είδους, πληρότητα. Θα πρέπει να προστεθούν στοιχεία από τα Αρχεία των Νοσοκομείων, που έγινε η παραπομπή, και μάλιστα όλων των κλινικών. Παρόλα ταύτα, δεδομένης της ιδιαίτερης φύσης των διαταραχών



διατροφής, δηλαδή εξαιτίας του γεγονότος ότι οι πάσχοντες απ' αυτές κάνουν ιδιαίτερες προσπάθειες απόκρυψής των, κάποιες περιπτώσεις θα μένουν εκτός των δημόσιων υπηρεσιών Υγείας, αλλά και γενικώς εκτός κάθε ιατρικής φροντίδας. Επίσης, όλες οι έρευνες αυτής της κατηγορίας που έχουν δημοσιευθεί, αναφέρονται μόνο στις παραπομπές ασθενών από Ψυχογενή Ανορεξία και όχι για Ψυχογενή Βουλιμία, επειδή ακριβώς περιγράφηκε ως διακριτή κλινική οντότητα μετά το 1979. Μόνο η έρευνα του Lucas και συν (1988) θεωρείται πλήρης. Κι αυτό, διότι αφενός η Mayo Clinic, όπως αναφέρεται στην παραπάνω εργασία, διαθέτει τους ιατρικούς φακέλους όλων των κατοίκων της περιοχής του Rochester της Minnesota, το δε χρονικό διάστημα στο οποίο έγινε απογραφή των φακέλων ήταν εξαιρετικά μεγάλο, από το 1935 έως το 1979, και τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τη διακρίβωση των περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας, ήταν βασικά ίδια με τα κριτήρια του DSM-III-R. Οι ερευνητές μελέτησαν τους φακέλους όλων των ασθενών με διάγνωση Ψυχογενή Ανορεξία, αλλά και ένα αναλογικό δείγμα φακέλων, ασθενών με διαγνώσεις όπως, απώλεια βάρους, ενδοκρινική δυσλειτουργία, και παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές διατροφής. Παρότι κάποια συμπεράσματα των ερευνητών είναι ανοιχτά για συζήτηση, η έρευνα είναι εξαιρετικά σημαντική και όπως αναφέρθηκε ήδη έχει ιδιαίτερα πλεονεκτήματα, που θα αναφερθούν στη συνέχεια.

Όλες οι έρευνες, αυτής της κατηγορίας, δείχνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία προσβάλλει κυρίως νέες γυναίκες, ηλικίας περίπου 18 ετών, και ότι η επίπτωσή της, έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών. Δεν υπάρχει, επομένως αύξηση της επίπτωσης σε γυναίκες άλλων ηλικιών, ή στους άνδρες, αλλά και στους μη καυκάσιους π.χ. στους μαύρους, και τους Ασιάτες. Επίσης στις ίδιες έρευνες φαίνεται ότι η Ψυχογενής Ανορεξία επικρατεί στις γυναίκες των ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώνεται στις έρευνες που έγιναν στη βορειοανατολική Σκωτία και την Ν. Υόρκη από τους Kendell και συν (1973), κατά τη δεκαετία του 1960, επιβεβαιώθηκε όμως περίπου 2 δεκαετίες η συσχέτιση μεταξύ Ψυχογενούς Ανορεξίας και κοινωνικής τάξης στις έρευνες



που έγιναν στις ίδιες περιοχές αργότερα από τους Jones και συν (1980) και Szmukler και συν (1985) (βλέπε παρακάτω). Παρόλα αυτά, το θέμα αυτής της συσχέτισης εξακολουθεί να παραμένει ανοικτό, καθόσον στην έρευνα των Jones και συν (1980) (Monroe County) η συσχέτιση δεν αφορά τις νεώτερες ασθενείς από Ψυχογενή Ανορεξία, ενώ στην έρευνα των Szmukler και συν (1986) (Σκωτία) βρέθηκε ένα μικρό ποσοστό ασθενών από την κοινωνική τάξη III (Μεσαία στρώματα).

Όπως είπαμε πριν, θα αναφερθούμε πρώτα στην έρευνα του Lucas και συν (1991) της Mayo Clinic, από το Rochester της Μιννεάπολης καθόσον οι τιμές επίπτωσης για την Ψυχογενή Ανορεξία είναι αρκετά μεγαλύτερες των άλλων ερευνών, λόγω της πολύ καλής μεθοδολογίας ορισμού των περιπτώσεων. Η ετήσια επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 8,2/100.000, 13,5 για τις γυναίκες και 1,6 για τους άνδρες, και ειδικότερα στις γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών, 56,7/100.000, με επικράτηση σημείου (την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 1980) της Ψυχογενούς Ανορεξίας, γι' αυτή την ομάδα ηλικιών (15-19 ετών), 1 προς 332 (περίπου 0,3%). Σε αντίθεση επίσης με τα ευρήματα των άλλων επιδημιολογικών μελετών, στην έρευνα του Lucas (1988), για μεν την περίοδο 1935-1979 αλλά και μέχρι το 1984 (Lucas και συν 1991) δε βρέθηκε αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε όλες τις ηλικίες των γυναικών ή στους άνδρες, αλλά μόνο μια σημαντική αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων (1935-1984) στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών.

Η αξιολόγηση της αλλαγής του αριθμού των ανορεκτικών ατόμων, που νοσηλεύθηκαν για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια 30 χρόνων (1930-1960) σε μια περιοχή της Νότιας Σουηδίας έδειξε πως ενώ η συνολική επίπτωση της νόσου ήταν 0,24/100.000, υπήρχε μία προοδευτική αύξηση των νοσηλειών με την άνοδο της επίπτωσης στο 0,45/ 100.000 τη δεκαετία 1951-1960 (Theander, 1970).

Οι Kendel, και συν (1973) αξιολογώντας και συγκρίνοντας τα ψυχιατρικά αρχεία τριών διαφορετικών περιοχών (Βορειοανατολική Σκωτία, Camberweell /Λονδίνο και Monroe County/ Νέα Υόρκη) βρήκε τιμές επίπτωσης που



κυμαίνονταν από 0,37/ 100.000 έως 1,6/ 100.000, με τις τιμές σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών να κυμαίνονται από 0,8-10,8/ 100.000.

Οι Crisp και συν (1976) μελετώντας την επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε μία ομάδα 12391 κοριτσιών σχολικής ηλικίας από 9 σχολεία του Λονδίνου (7 ιδιωτικά και 2 δημόσια), τόσο με βάση πληροφορίες από το σχολείο (συνεντεύξεις με μαθητές και καθηγητές), όσο και από τα ιατρικά τους αρχεία, βρήκε 1 σοβαρή μορφή Ψυχογενούς Ανορεξίας σε κάθε 200 κορίτσια ηλικίας άνω των 16 ετών, καθώς και μια μεγαλύτερη συχνότητα της διαταραχής σε ιδιωτικά σχολεία (1:100), ενδεικτική της συνεισφοράς ενός κοινωνικού παράγοντα στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Οι Jones και συν (1980) συνεκτιμώντας τόσο τα ψυχιατρικά, όσο και τα μη ψυχιατρικά αρχεία νοσηλείων στην Κομητεία Μονρόε της Ν. Υόρκης στη διάρκεια 1960-1976, βρήκε πως η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών αυξήθηκε από 0,6 σε 3,3/ 100.000 στη διάρκεια αυτής της περιόδου, επιβεβαιώνοντας ταυτόχρονα τη συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας και ανώτερης κοινωνικής τάξης.

Οι Willi και Grossmann (1983), διερευνώντας τις νοσηλείες ανορεκτικών γυναικών ηλικίας 12-25 ετών σε παιδιατρικά, γενικά και ψυχιατρικά τμήματα δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων του καντονίου της Ζυρίχης στη διάρκεια τριών διαφορετικών περιόδου (1956-58, 1963-65, 1973-75) βρήκαν μία σημαντική αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας με το πέρασμα των χρόνων (0,38, 0,55 και 1,12/ 100.000 αντίστοιχα). Η συγκριτική διερεύνηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας για το διάστημα 1983-85 από την ίδια ομάδα (Willi, Giacometti & Limacher, 1990) και με τα ίδια όπως πριν κριτήρια και μεθοδολογία, δεν έδειξε, αντίθετα με το αναμενόμενο, αύξηση της συχνότητας νέων περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η συμπερίληψη όμως αναδρομικά στα τέσσερα δείγματα και περιστατικών με λιγότερο αυστηρά κριτήρια (όχι απαραίτητη μείωση του σωματικού βάρους κατά 25% σε σχέση με το μέγιστο προνοσηρό βάρος) απέδωσε μία τελική αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας για το διάστημα 1983-85 σε σχέση με το 1973-1975. Η αξιολόγηση του



επαγγέλματος του πατέρα επιβεβαίωσε την αντίληψη ότι οι ανορεκτικές αυτές γυναίκες προέρχονταν από υψηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

Οι Szmukler και συν (1986) μελετώντας και πάλι τα ιατρικά αρχεία στην περιοχή της Βορειοανατολικής Σκωτίας βρήκε ότι η επίπτωση ανάμεσα στα 1966-69 και 1978-82 αυξήθηκε κατά 150%, κάτι που ενισχύει την άποψη πως η αλλαγή των πολιτισμικών επιρροών, και συγκεκριμένα η πίεση για την απόκτηση και διατήρηση ενός ισχνού σώματος, συνεισέφερε σημαντικά ως αιτιολογικός παράγοντας.

Η διερεύνηση της συχνότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας, όχι μόνο από τα νοσηλευτικά αρχεία, αλλά και από άλλες πηγές, όπως τους σχολικούς ψυχολόγους, σε μία ημι-αστική περιοχή νότια της Στοκχόλμης (Cullberg & Engstrom - Lindberg, 1988) έδειξε πως η διетής (1984-85) επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 258/ 100.000 (ή 1/388, 0,26%) σε γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών, ενώ στον αντίστοιχο ανδρικό πληθυσμό ήταν 21/ 100.000 (ή 1/4762). Η ετήσια επίπτωση στο γενικό πληθυσμό ήταν 2,6/ 100.000 ή 43/ 100.000 γυναίκες 16-24 ετών ή μία καινούργια περίπτωση Ψυχογενούς Ανορεξίας για κάθε 2326 γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών. Σε αντίθεση με άλλες έρευνες, και με την επιφύλαξη μιας ανεπαρκούς συλλογής των δημογραφικών στοιχείων, δε βρέθηκε συσχέτιση κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και νόσησης από Ψυχογενή Ανορεξία.

Ο αριθμός των νοσηλευθέντων περιστατικών σε όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Δανίας στο διάστημα 1973-1987 αποτέλεσαν το υλικό της επιδημιολογικής διερεύνησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας από τον Nielsen (1990). Η ετήσια επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 1,9 σε 100.000 για το συνολικό γυναικείο πληθυσμό, με μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες ηλικίας 10-24 ετών (6,8 σε 100.000 ετήσια). Η επικράτηση κατ' έτος ήταν 6,7 ανά 100.000 στο συνολικό γυναικείο πληθυσμό, με τιμή 23,7 σε 100.000 γυναίκες ηλικίας 10-24 ετών. Αξιοπαρατήρητα στην έρευνα αυτή ήταν α) η αύξηση του ποσοστού των εισαγωγών με τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας επί του συνόλου των εισαγομένων περιστατικών με ψυχικές διαταραχές, ενώ ο απόλυτος αριθμός των περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας παρέμεινε σχετικά σταθερός, καθώς και β) το προοδευτικά



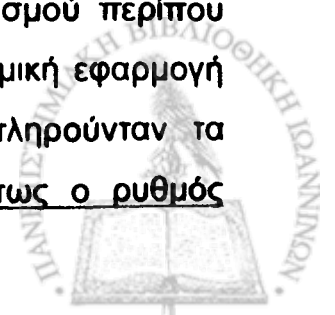
νεαρότερο της ηλικίας των πρώτων εισαγωγών. Ο εστιασμός αποκλειστικά στις πρώτες εισαγωγές με τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στον ίδιο πληθυσμό για το διάστημα 1970-1989 (*Moller - Madsen & Nystrup, 1992*) φανέρωσε προοδευτικά σημαντική αύξηση της ετήσιας επίπτωσης σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών από 3,37/ 100.000 το 1970 σε 11,96/ 100.000 το 1987, και συγκριτική μείωση στη συνέχεια το 1989 (8,97/ 100.000).

Σε πληθυσμό και πάλι της Δανίας, αυτή τη φορά στη νησιωτική Κομητεία Bornholm των 47.000 κατοίκων, αφορά η επιδημιολογική μελέτη των *Pagsberg & Wang (1994)*. Από τη μελέτη των ιατρικών αρχείων της περιοχής στη διάρκεια 1970-1989 συμπεραίνεται ότι, ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν αρχικά σχετικά σταθερή, αυξάνει σημαντικά στην πενταετία 1985-1989 φθάνοντας το 1989 στο ρυθμό των 136 νέων περιπτώσεων ανά 100.000 γυναίκες ηλικίας 10-24 ετών. Η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας για την ίδια χρονιά, και πάλι σε γυναίκες ηλικίας 10-24 ετών, βρέθηκε στις 222 ανά 100.000.

Η έρευνα του αριθμού των παραπομπών ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία, στη μοναδική εξειδικευμένη μονάδα της περιοχής Wellington της Νέας Ζηλανδίας, τη δεκαετία 1977-1986 (*Hall & Hay, 1991*) έδωσε ετήσιο ρυθμό παραπομπών ίσο με 5 για 100.000 κατοίκους ή 33,9 για 100.000 γυναίκες ηλικίας 15-29 ετών, με το ρυθμό να κυμαίνεται μέσα σε αυτή τη δεκαετία, αλλά να παραμένει κατά μέσο όρο σταθερός.

Η επιδημιολογία, τέλος της Ψυχογενούς Ανορεξίας μέσα από τη διάγνυσή της στο επίπεδο της πρωτογενούς περίθαλψης σε ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα Ολλανδικού πληθυσμού (*Hoek, 1991*) έδειξε πως η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας για την πενταετία 1985-1989 παρέμενε σταθερή (*Hoek, Bartelds, Bosveld, Graaf van der, Limpens, Maiwald & Spaaij, 1995*).

Η μελέτη των αρχείων όλων των ψυχιατρικών υπηρεσιών τριών περιοχών της Βορειοανατολικής Σκωτίας (συνολικού πληθυσμού περίπου 500.000 κατοίκων) για το διάστημα 1965-1991 και η αναδρομική εφαρμογή της διάγνωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκεί όπου πληρούνταν τα συγκεκριμένα κριτήρια για τη διάγνυσή της, φανέρωσε πως ο ρυθμός



ετήσιας αύξησης της επίπτωσής της στο γυναικείο πληθυσμό ήταν 5,3%, κάτι το οποίο μπορεί να εξηγείται είτε από την πραγματική αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας ή από την πιθανά περισσότερο πρώιμη παραπομπή τέτοιων περιστατικών σε ψυχιατρικές υπηρεσίες (Eagles, Johnston, Hunter, Lobban & Millar, 1995).

Τέλος, η Βρετανική Εταιρεία Διαταραχών Διατροφής, αναφέρει στην έκθεσή της ότι η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι 8,1 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ανά έτος, ενώ για τις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών, 10-11 νέες περιπτώσεις, ανά έτος (EDA 1995).

Τα διαθέσιμα στοιχεία για την Ελλάδα, παρότι ελλιπή, δείχνουν ότι η συχνότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας υπολογίζεται σε ένα τοις εκατό (1%) των ασθενών ενός ψυχιατρικού εξωτερικού ιατρείου, πιθανώς όμως ο γενικός γιατρός συναντά πολύ περισσότερες αρχόμενες περιπτώσεις με κακή θρέψη, αλλά όχι έντονη καχεξία ή αμηνόρροια κλπ (Ιεροδιακόνου, 1991). Αντίθετα σε μια αναδρομική έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στο Αρχείο όλων των εξετασθέντων ψυχιατρικών ασθενών μεταξύ των ετών 1982 -1993, βρέθηκαν 20 περιπτώσεις ασθενών με Διαταραχές Διατροφής (14 με Ψυχογενή Ανορεξία και 6 με Ψυχογενή Βουλιμία) που αντιπροσωπεύουν περίπου το 0,2% του συνολικού αριθμού των ασθενών του Εξωτερικού Ιατρείου της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Βρέθηκε όμως μια σταδιακή αύξηση των περιπτώσεων, προϊόντος του χρόνου (1982-1990: 5 περιπτώσεις, 1991-1993: 15 περιπτώσεις) (Μωρόγιαννης και συν 1993).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι σε όλες τις προαναφερθείσες έρευνες, κοινή διαπίστωση όλων των ερευνητών είναι ότι οι τιμές επίπτωσης και επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας που αναφέρονται, είναι μικρότερες από αυτές της πραγματικής επίπτωσης και επικράτησης της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό ή στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου (γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών). Κι αυτό γιατί ένα ποσοστό πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία διαδράμει απαρατήρητο και αδιάγνωστο ή παραπέμπεται και αντιμετωπίζεται και από άλλες υπηρεσίες υγείας, διαφορετικές από αυτές





που αποτέλεσαν την πηγή συλλογής πληροφοριών για την εξαγωγή των επιδημιολογικών συμπερασμάτων.

Καθώς η συχνότητα εμφάνισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να αυξάνει με την πάροδο των χρόνων, έτσι όπως υποστηρίζεται από τους περισσότερους ερευνητές, το ερώτημα που συχνά αναδύεται αφορά το κατά πόσο μία τέτοια αύξηση αποτελεί περισσότερο αντανάκλαση της μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης των κλινικών ως προς την ανίχνευση και διάγνωση της διαταραχής, καθώς και τη μεγαλύτερη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την αντιμετώπισή τους, και όχι μία αντικειμενική αύξηση της συχνότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Αν και όλοι οι ερευνητές λαμβάνουν υπόψη τους τις παραπάνω επιφυλάξεις, κατά κανόνα συμφωνούν σε μία αντικειμενική αύξηση των νέων περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας.

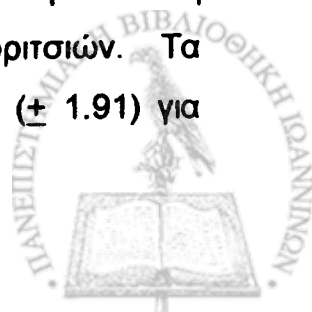
Τελικά, τα δεδομένα όλων των παραπάνω ερευνών από Αρχεία Παραπομπών και Αρχεία Νοσοκομείων δείχνουν ότι υπάρχει αύξηση της νοσηρότητας από Ψυχογενή Ανορεξία στις γυναίκες των Δυτικών κοινωνιών, ιδιαίτερα δε στις νέες γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών.

### **Για την Ψυχογενή Βουλιμία**

Είναι γνωστό ότι η Ψυχογενής Βουλιμία αναγνωρίστηκε ως νοσολογική οντότητα πολύ αργότερα από την Ψυχογενή Ανορεξία (βλ. Γενικό μέρος), και ως εκ τούτου οι επιδημιολογικές έρευνες επίπτωσης και επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι λίγες και εμφανίζονται, κυρίως στη δεκαετία του '80.

Στον σχετικό πίνακα παρουσιάζονται τα δεδομένα της επικράτησης και της επίπτωσης της ψυχογενούς βουλιμίας, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Οι Johnson και Connors (*Johnson & Connors 1987*) ανασκόπησαν 19 συγχρονικές (cross-sectional) επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν στη δεκαετία του 1980 σε μεικτούς πληθυσμούς αγοριών και κοριτσιών. Τα ποσοστά επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ήσαν 1.7% ( $\pm$  1.91) για



τους άνδρες και 9.8% ( $\pm$  5.25) για τις γυναίκες. Στις έρευνες αυτές εφαρμόστηκαν τα κριτήρια του DSM III.

Ο Garfinkel (Garfinkel 1993) αναφέρει ότι σε μια συγχρονική έρευνα σε μαθήτριες, σε μια περιοχή των ΗΠΑ, βρέθηκε ένα ποσοστό επικράτησης 1.5% στις μαθήτριες ηλικίας 12-19 ετών. Σύμφωνα με τον ίδιο, έχουν αναφερθεί βουλιμικά επεισόδια που φθάνουν το 40% μεταξύ σπουδαστριών πανεπιστημίων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας των Pagsberg και Wang (Pagsberg και Wang 1994) στο νησί Bornholm της Δανίας, βρέθηκαν 89 περιπτώσεις γυναικών 10-24 ετών, στις 100.000, να πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία (τιμή επικράτησης), ενώ η τιμή της επίπτωσης, δηλαδή των νέων περιπτώσεων, ήταν μικρότερη (41/100.000, επίπτωση). Βρέθηκε επίσης μια ιδιαίτερα σημαντική αύξηση της ετήσιας επίπτωσης (τετραπλασιασμός) και της ετήσιας επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας στο διάστημα 1985-1989, σε σχέση με το διάστημα 1979-1984. Αντίστοιχα αποτελέσματα για τον Δανικό πληθυσμό προκύπτουν από την έρευνα του Joergensen, που έγινε σε άλλη περιοχή της Δανίας (Joergensen 1922). Φαίνεται ότι και στην περίπτωση της επιδημιολογίας της Ψυχογενούς Βουλιμίας ισχύει ό,τι και για την Ψυχογενή Ανορεξία.

Οι Johnson και συν. σε δυο άλλες συγχρονικές (cross-sectional) έρευνες με ερωτηματολόγια και κριτήρια του DSM III, που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και την Ιρλανδία σε μεγάλο αριθμό μαθητών-φοιτητών, έδειξαν ότι οι μαθήτριες-φοιτήτριες 13-25 ετών εμφάνιζαν ψυχογενή βουλιμία σε αντίστοιχα ποσοστά 8.3% και 3%, αντιστοίχως (Johnson και συν 1982, 1983).

Η διερεύνηση βουλιμικών συμπεριφορών σε μία ομάδα 369 γυναικών μιας υπηρεσίας οικογενειακού προγραμματισμού στη Νότιο Αγγλία (Cooper & Fairburn, 1983) μέσης ηλικίας 24 ετών, έδειξε πως ενώ το 20,9% των γυναικών αυτών ανέφερε επεισόδια υπερφαγίας, το 4,9% χρησιμοποιούσε υπακτικά, και το 2,9% επιδίδονταν σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ως μέσο για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, μόνο το 1,9% πληρούσε τα κριτήριά της κατά DSM-III Βουλιμίας.



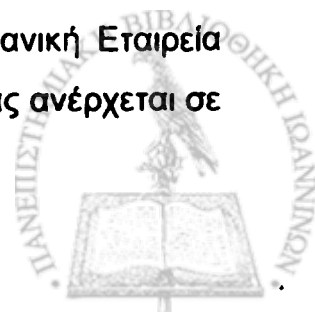
Η διερεύνηση της συχνότητας της Ψυχογενούς Βουλιμίας στην ίδια υπηρεσία οικογενειακού προγραμματισμού 4 χρόνια αργότερα (Cooper, Charnock & Taylor, 1987), με αφορμή τα πολύ υψηλότερα αναφερόμενα ποσοστά στις Η.Π.Α., έδειξε και πάλι μία τιμή επικράτησης ανάμεσα στο 1% και 2%, και συνοδεύτηκε από την παρατήρηση πως τόσο υψηλά ποσοστά στις Η.Π.Α. αφορούν πιθανόν ήπιες μορφές Ψυχογενούς Βουλιμίας χωρίς κλινική σημασία.

Η διερεύνηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε γυναίκες στην Στοκχόλμη (Cullberg & Engstrom - Lindberg 1988) υπολογίζει την τιμή ετήσιας επίπτωσης σε γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών ίση με 65/ 100.000 (ή μία γυναίκα στις 1538), και τιμή διετούς επικράτησης στο γενικό πληθυσμό ίση με 44/ 100.000.

Η διερεύνηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στον πληθυσμό της Νέας Ζηλανδίας των Hall & Hay (1991) έδειξε πως ο ετήσιος ρυθμός παραπομπών περιστατικών Ψυχογενούς Βουλιμίας αυξήθηκε στο διάστημα 1977-1986 από 6 στις 44/ 100.000 γυναίκες ηλικίας 15-29 ετών.

Η μελέτη του Δανικού πληθυσμού του Hoek (1991) έδειξε πως η ετήσια επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας ήταν 9,9/ 100.000 του πληθυσμού, ενώ η επικράτηση σημείου ήταν 20,4/ 100.000 του γενικού πληθυσμού. Ενδιαφέρον εύρημα αποιέλεσε το γεγονός πως η διετής επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε μεγάλες πόλεις (> 100.000 κατοίκους) ήταν τριπλάσια της επικράτησης σε μικρότερες αστικές ή αγροτικές περιοχές, εύρημα το οποίο ερμηνεύθηκε με βάση το μεγάλο αριθμό σπουδαστών (20-24 χρονών) ποικίλης προελεύσεως στα εκπαιδευτικά ιδρύματα των μεγάλων αστικών κέντρων. Περαιτέρω επεξεργασία των ευρημάτων, καθώς και η παρακολούθηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας στην πενταετία 1985-1989, έδειξε υψηλότερη ετήσια επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας (11,5 νέα περιστατικά για κάθε 100.000 κατοίκους) και μία τάση αύξησης της χρόνο με το χρόνο (Hoek & συν., 1995).

Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει η Βρετανική Εταιρεία Διαταραχών Διατροφής η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας ανέρχεται σε 11,4 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος (EDA 1995).

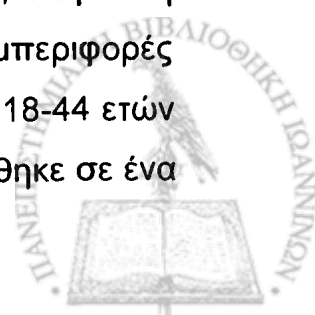


## Έρευνες με Ερωτηματολόγια και Συνεντεύξεις

Όπως έχει φανεί από την ανάλυση των επιδημιολογικών ερευνών Αρχείων παραπομπών και Αρχείων Νοσοκομείων, τα στοιχεία για τον ακριβή προσδιορισμό της συχνότητας των διαταραχών διατροφής, από τέτοιου είδους έρευνες, είναι ελλιπή, για λόγους που έχουν ήδη αναφερθεί στο οικείο κεφάλαιο. Έτσι, οι ερευνητές οργάνωσαν επιχώριες έρευνες σε διάφορους πληθυσμούς για τον εντοπισμό περιπτώσεων πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία. Οι έρευνες αυτές που αφορούν στην εκτίμηση της συχνότητας των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής σε αντιπροσωπευτικά δείγματα γενικού πληθυσμού είναι σχετικά λιγότερες.

Στη μελέτη του Garfinkel και συν (Garfinkel και συν 1995) σ' ένα ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικό δείγμα (8116 άτομα ηλικίας 15-65 ετών) της περιοχής του Ontario, Καναδά, που έγινε με δομημένη συνέντευξη και χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση των περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας βρέθηκε ισόβια επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας 1,1% για τις γυναίκες και 0,1% για τους άνδρες.

Για την εκτίμηση της συχνότητας της Ψυχογενούς Βουλιμίας αντιστοίχως, στην εργασία του Bushnell και συν. (Bushnell, Wells, Hornblow, Oakley-Brown & Joyce, 1990) που αφορούσε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 1498 κατοίκων, ηλικίας 18-64 ετών, μιας πόλης της Νέας Ζηλανδίας (Christchurch) και είχε σαν σκοπό την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, βρέθηκε ισόβια επικράτηση της νόσου- με βάση τα κριτήρια του DSM-III 0,2% στους άνδρες, με υψηλότερη τιμή (0,7%) στην ομάδα των ηλικιών από 25-44 ετών. Η ισόβια επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στις γυναίκες ήταν 1,9%, με 4,5% σε γυναίκες ηλικίας 18-24 ετών και με 2% σε αυτές της ηλικίας των 25-44 ετών, κάτι που συνηγορεί σε μια αυξανόμενη συχνότητα της νόσου τα τελευταία χρόνια. Αν και τα ποσοστά των γυναικών που πληρούσαν τα κριτήρια για την, κατά DSM-III, διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας ήταν μικρά, επί μέρους βουλιμικές συμπεριφορές ήταν πολύ πιο συχνές. Έτσι, στην ηλικιακή ομάδα των γυναικών 18-44 ετών η εμπειρία των επαναλαμβανόμενων βουλιμικών επεισοδίων βρέθηκε σε ένα



22,5%, η καταθλιπτική διάθεση και τα αισθήματα αυτομομφής μετά το βουλιμικό επεισόδιο σε 10,6%, η ύπαρξη τριών τουλάχιστον διαταραγμένων σχετικά με την τροφή συμπεριφορών (όπως η χρήση καθαρτικών, εμέτου, νηστείας) σε 8,2%, και ο φόβος της ανικανότητας να διακόψουν ένα βουλιμικό επεισόδιο σε 5%. Σε αντίθεση με τη συνήθως υποστηριζόμενη άποψη, δε βρέθηκε στην έρευνα αυτή ότι η Ψυχογενής Βουλιμία είναι πιο συχνή σε περισσότερες μορφωμένες γυναίκες.

Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του G.Hsu (Hsu, 1990) από τα δεδομένα των περισσότερων ερευνών με ερωτηματολόγια, σε ΗΠΑ και Δυτική Ευρώπη, η επικράτηση (όχι η επίπτωση) των διαταραχών διατροφής, παρά το γεγονός ότι τα κριτήρια του ορισμού της «περίπτωσης» (case) δεν είναι ενιαία, φαίνεται ότι η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στις γυναίκες, κυμαίνεται μεταξύ 0,7-2,1% και η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στις γυναίκες αντιστοίχως κυμαίνεται μεταξύ 2-19% (με αυστηρά κριτήρια η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας, κυμαίνεται μεταξύ 2-4,5% στις γυναίκες). Επειδή όπως έχει ήδη αναφερθεί, στις έρευνες με ερωτηματολόγια υπάρχουν μεθοδολογικά προβλήματα, π.χ. η ειδικότητα και η ευαισθησία των ερωτηματολογίων, όπως για το πλέον χρησιμοποιούμενο Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26 Eating Attitudes Test (Gamer και Garfinkel 1979) η χαμηλή θετική διαγνωστική του αξία (Low positive predictive Value) (Βλέπε, ψυχομετρικά στοιχεία για το EAT-26) (Button και Whitehouse 1981, Williams και συν 1982), που ειδικά για το ερωτηματολόγιο αυτό (EAT-26) σημαίνει ότι κάθε άτομο που λαμβάνει τιμή άνωθεν της τιμής κατωφλίου ή ουδού (π.χ.  $\geq 20$ ) δε σημαίνει ότι αποτελεί περίπτωση Ψυχογενούς Ανορεξίας δηλαδή ασθενή που πάσχει από τη διαταραχή αυτή. Επίσης έχουν αναφερθεί διαπολιτιστικές διαφορές ως προς τις τιμές του EAT-26 όπως επίσης και διαφορές μεταξύ μαθητών δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων (7%  $\geq 20$  στα δημόσια, 5%  $\geq 20$  στα ιδιωτικά σχολεία) (Eisler και Szmukler 1985, Williams και συν 1982). Τα μεθοδολογικά αυτά προβλήματα έχουν αντιμετωπιστεί με την εισαγωγή της επιδημιολογικής έρευνας των 2-σταδίων (two-stage Screening Survey) (Williams, Tarnopolsky, Hand 1980), σύμφωνα με την οποία, στο πρώτο στάδιο,

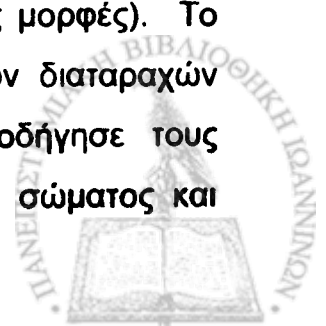
χορηγείται ένα ερωτηματολόγιο σ' ένα μεγάλο αριθμό ατόμων, προς διερεύνηση των περιπτώσεων Ψυχογενούς Ανορεξίας και Ψυχογενούς Βουλιμίας, και στο δεύτερο στάδιο, γίνεται κλινική συνέντευξη, από ειδικά εκπαιδευμένους στο αντικείμενο της έρευνας, ερευνητές, των πιθανών περιπτώσεων (δηλαδή αυτών που έχουν υψηλές τιμές, πάνω από μια τιμή κατωφλίου-ουδού), αλλά και κάποιου αριθμού ατόμων που δεν ανήκουν στις «περιπτώσεις», έτσι ώστε να διακριβωθεί κατόπιν συνεντεύξεως, ότι οι περιπτώσεις του πρώτου σταδίου, αποτελούν πράγματι πάσχοντες, και ότι οι μη περιπτώσεις, αποτελούν αντιστοίχως, υγιή άτομα. Από τις 4 πιο σημαντικές επιδημιολογικές έρευνες, με τη μεθοδολογία των 2-σταδίων (βλέπε σχετικό πίνακα: Επικράτηση διαταραχών διατροφής σε επιδημιολογικές έρευνες 2-σταδίων), προκύπτει ότι η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας κυμαίνεται μεταξύ 0,2%-0,8% και είναι μεγαλύτερη σε άτομα από τις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Σε μαθήτριες ιδιωτικών σχολείων, ηλικίας άνω των 16 ετών, η επικράτηση υπολογίζεται στο 1,1%, που είναι ίδια με την επικράτηση που ορίζει η έρευνα του A.H. Crisp (1976). Αξίζει να επισημανθεί η σχετικά χαμηλή τιμή επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας σ' αυτές τις έρευνες (0,4-3%). Ειδικά στην έρευνα του Szmukler και συν (1983) σε 1331 κορίτσια ιδιωτικών σχολείων και 1676 μαθητριών δημόσιων σχολείων (14-19 ετών) βρέθηκαν 5% των μαθητριών ιδιωτικών σχολείων (με τιμή > 20 στο EAT-26) στο 1<sup>ο</sup> στάδιο και 7% των μαθητριών των δημόσιων σχολείων (με τιμή > 20 στο EAT-26) ενώ στο δεύτερο στάδιο βρέθηκε, στις μεν μαθήτριες των ιδιωτικών σχολείων 0,8% Ψυχογενής Ανορεξία, 0,4% Ψυχογενής Βουλιμία, 4% μερικό σύνδρομο ή άτυπες μορφές Ψυχογενούς Ανορεξίας, 1,1% Ψυχογενής Ανορεξία σε μαθήτριες άνω των 16 ετών, στις δε μαθήτριες των δημόσιων σχολείων τιμή επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας μόνο 0,2%. Ο Szmukler σχολιάζοντας, τη χαμηλή τιμή επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, αναφέρει ότι οφείλεται στη μεταγενέστερη ηλικία έναρξης της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Όπως αναφέρθηκε, σ' όλες τις παραπάνω έρευνες αναφέρονται ποσοστά άτυπων περιπτώσεων (4%) χωρίς όμως ιδιαίτερες αποσαφηνιστικές πληροφορίες, για τα συμπτώματα και τη βαρύτητά τους.



## Έρευνες σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (χορεύτριες, αθλητές-αθλήτριες, μοντέλα)

Παρότι υπάρχουν διαφωνίες στο εάν και κατά πόσον οι διαταραχές διατροφής διαδράμουν σ' ένα συνεχές, με το ένα άκρο την απλή διαίτα και το άλλο τη διαγνωσθείσα διαταραχή διατροφής, σύμφωνα με την άποψη του Hsu (Hsu 1990) φαίνεται, βάσει κλινικών δεδομένων, ότι κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος που δίνουν έμφαση στη διαίτα, στον έλεγχο του βάρους, και στη λεπτότητα του γυναικείου σώματος, μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες κινδύνου για νόσηση ενός υποκειμένου, που εκτίθεται σ' αυτούς, από κάποια ψυχιατρική διαταραχή διατροφής. Αρκετά παλιά, οι Druss και Silverman (1979) σε μια μελέτη με χρήση ερωτηματολογίου, σε 31 σπουδάστριες Σχολής Μπαλέτου στη Ν. Υόρκη, βρήκαν ότι τα περισσότερα κορίτσια παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας. Οι Garner και Garfinkel (1980) χρησιμοποιώντας καλύτερη μεθοδολογία, (2-στάδια) διαπίστωσαν, σε 183 επαγγελματίες χορεύτριες (Μέση ηλικία=18,6 έτη) και 56 μοντέλα (Μέση ηλικία=21,4 έτη), ότι ένα ποσοστό 38% των χορευτριών και 34% των κοριτσιών-μοντέλων είχαν υψηλή τιμή στο ερωτηματολόγιο EAT-26, πολύ υψηλότερο των τιμών που είχαν οι φοιτητές και οι σπουδαστές μουσικής της ομάδας ελέγχου (9% υψηλή τιμή στο EAT-26). Από τις συνεντεύξεις του 2<sup>ου</sup> σταδίου 6,5% των χορευτριών και 7% των μοντέλων, είχαν Ψυχογενή Ανορεξία σύμφωνα με τα κριτήρια των ερευνητών, και ότι ανέπτυξαν τη διαταραχή κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ( αναλογία 1:5).

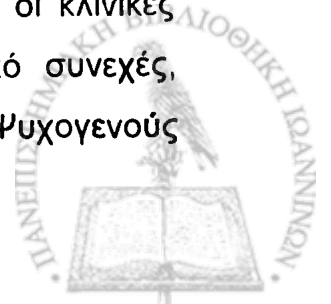
Οι ίδιοι ερευνητές Garner, Garfinkel και συν (1987) σε μια έρευνα με χρήση μόνο ερωτηματολογίων σε 55 σπουδάστριες μπαλέτου (11-14 ετών) στις ΗΠΑ, εκ των οποίων οι 35 απ' αυτές επανεξετάσθηκαν 2 χρόνια αργότερα, βρέθηκε ότι οι 14 είχαν αναπτύξει διαταραχή διατροφής (9 είχαν Ψυχογενή Ανορεξία, 1 είχε Ψυχογενή Βουλιμία και 4 άτυπες μορφές). Το πολύ υψηλό ποσοστό (περίπου 30%) της επικράτησης των διαταραχών διατροφής σ' αυτούς τους πληθυσμούς των γυναικών, οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η πίεση για λεπτότητα του σώματος και



επαγγελματική επιτυχία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για νόσηση από διαταραχές διατροφής (*Garner Garfinkel και συν 1987*).

Μελετήθηκαν επίσης οι συμπεριφορές και η νοσηρότητα των αθλητών. Οι Yates και συν (1983) εξέτασαν (με συνέντευξη) 60 δρομείς (μαραθωνοδρόμους και μεγάλων αποστάσεων) και εντόπισαν 3 δρομείς με συμπτώματα Ψυχογενούς Ανορεξίας (επικράτηση 5%). Άλλες μελέτες με ερωτηματολόγια σε άνδρες-αρσιβαρίστες βρήκαν επικράτηση παθολογικών συμπεριφορών ελέγχου του σωματικού βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενους έμετους, ρήση καθαρτικών και διουρητικών, μεγαλύτερη του 25% (*Enns και συν 1987*). Αντίστοιχα ποσοστά επικράτησης παθολογικών συνηθειών βρέθηκαν σε κολυμβήτριες και γυμνάστριες (*Dummer και συν 1987, Rosen και Hough 1988*).

Προς ενίσχυση της πρότασης του G.H. Hsu που κατατέθηκε στην αρχή αυτής της ενότητας (*Hsu 1990*), δυο μελέτες από τη Μ. Βρετανία επιβεβαιώνουν, με τα ευρήματά τους, την άποψη ότι, η δίαιτα, οι υποκλινικές μορφές των διαταραχών διατροφής και οι πλήρεις κλινικές μορφές των συνδρόμων, κινούνται σε ένα συμπεριφοριστικό συνεχές ως προς τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα και συνεπώς, ότι οι διαταραχές διατροφής είναι επικρατέστερες σε συχνότητα, όταν η δίαιτα (ως συμπεριφορά περιορισμού της προσλαμβανόμενης τροφής με σκοπό τον έλεγχο και την ελάττωση του σωματικού βάρους) αποτελεί συνήθη και επιβεβλημένη συνθήκη. Ο Szmukler και συν (1986) σε μια έρευνα σε 100 έφηβες, σπουδάστριες μπαλέτου στο Λονδίνο, βρήκε 7% πάσχουσες από Ψυχογενή Ανορεξία και 3% πάσχουσες από άτυπη Ψυχογενή Ανορεξία και ότι όλες ανέπτυξαν τη διαταραχή κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, ενώ και οι περισσότερες από τις υπόλοιπες σπουδάστριες είχαν σαφώς διαταραγμένες και παθολογικές συνήθειες διατροφής (37% φόβο πάχυνσης, 20% σοβαρή απώλεια βάρους). Σ' αυτή τη μελέτη, σύμφωνα με τον Szmukler φαίνεται σαφώς, ότι η δίαιτα, ο φόβος αύξησης του βάρους, η απώλεια βάρους και το αδυνάτισμα, οι άτυπες περιπτώσεις διαταραχών διατροφής και οι κλινικές περιπτώσεις διαταραχών διατροφής διαδράμουν ένα ποσοτικό συνεχές, καθώς και ότι, όπως προαναφέρθηκε, η επικράτηση της Ψυχογενούς





Ανορεξίας είναι υψηλή, όταν η διαίτα (ως συμπεριφορά περιορισμού της προσλαμβανομένης τροφής με σκοπό την ελάττωση του σωματικού βάρους) είναι συνήθης και επιβεβλημένη.

Οι Johnson-Sabine και συν (1988), σε μια μεγάλη έρευνα σε 1010 κορίτσια-μαθήτριες 8 σχολείων του Λονδίνου, βρήκαν επίσης ένα ποσοτικό συνεχές παθολογικών συνηθειών διατροφής, που κυμαίνονταν, στο ένα άκρο, από ένα αίσθημα ότι είναι υπέρβαρες και παχιές και στο άλλο άκρο, τα πλήρη σύνδρομα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Επιπλέον, προέκυψε ότι το 21% των μαθητριών, που είχε υψηλή τιμή στο EAT-26, ένα χρόνο μετά κατά την επανεξέταση, ανέπτυξε διαταραχή διατροφής. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το αυξημένο σωματικό βάρος, οι κοινωνικές δυσκολίες προσαρμογής, η εσωστρέφεια και το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για νόσηση από διαταραχές διατροφής στις μαθήτριες του δείγματός των, ενώ οι παθολογικές συνήθειες διατροφής και οι διαταραχές διατροφής των μαθητριών δε σχετίζονται με τον παράγοντα κοινωνική τάξη. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι η διαίτα (ως συνήθεια και συμπεριφορά) συμπαρομαρτούντων παραγόντων προσωπικότητας και οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, μπορεί να οδηγήσει στη νόσηση από διαταραχή διατροφής. Εάν δηλαδή ένα υποκείμενο εφηβικής ηλικίας ζει σ' ένα περιβάλλον όπου εκθειάζεται η λεπτότητα του γυναικείου σώματος και η ανταγωνιστικότητα οδηγείται σε αυξημένο κίνδυνο νόσησης από διαταραχή διατροφής, όσο και σε κίνδυνο να εμπλακεί σε παθολογικές συμπεριφορές περιορισμένης πρόσληψης τροφής. Συμπερασματικά, από τις έρευνες αυτής της κατηγορίας, προέκυψε η θεωρία του συνεχούς, εντοπίστηκαν οι ομάδες υψηλού κινδύνου και φάνηκε ότι η διαίτα οδηγεί κάποια άτομα, στη νόσηση από διαταραχές διατροφής.

Στην έρευνά μας έχουν συμπεριληφθεί 4 ερωτήσεις για τη διερεύνηση των ενασχολήσεων των μαθητών και μαθητριών του δείγματός μας με το χορό, το μπαλέτο, την πάλη και την κωπηλασία για να γίνει διερεύνηση της επίδρασης των συνηθειών αυτών στην εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής.



## Έρευνες σε μαθητικό-σπουδαστικό πληθυσμό

Σε μία εμπειριστατωμένη ανασκόπηση από τους Fairburn & Beglin (1990) των υπαρχουσών επιδημιολογικών ερευνών φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας της επιδημιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής είναι αυτό που αφορά τη χρήση ως υποκειμένων μαθητών και σπουδαστών, συνήθως με τη βοήθεια αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

Οι λόγοι μιας τέτοιας επιλογής αφορούν ουσιαστικά το γεγονός πως οι Δ.Π.Τ. «ενδημούν» σε αυτές τις ηλικίες, άρα η μελέτη τέτοιων πληθυσμών καθίσταται περισσότερο από αναγκαία, αλλά και το γεγονός πως ως πληθυσμοί είναι εύκολα προσπελάσιμοι.

Το υλικό, η μέθοδος και τα επιδημιολογικά ευρήματα των περισσότερων και πιο σημαντικών ερευνών των τελευταίων 30 χρόνων (1971-1998) παρουσιάζονται στον αντίστοιχο πίνακα.

Αν και οι διερευνηθέντες πληθυσμοί ήταν αρκετά παρόμοιοι (μαθητικός και σπουδαστικός πληθυσμός), η ομογενοποίηση των αποτελεσμάτων είναι δύσκολη, κυρίως λόγω των διαφορετικών μεθόδων αξιολόγησης των υπό διερεύνηση ψυχοπαθολογικών διαστάσεων. Κάποιες από τις παρατιθέμενες μελέτες χρησιμοποίησαν ειδικά για τις ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, ερωτηματολόγια όπως το Eating Attitudes Test (EAT, EAT-26), το Eating Disorder Inventory (EDI) και σπανιότερα το Bulimic Investigatory Test Edinburg (BITE) και αξιολόγησαν τα ποσοστά εκείνα των υποκειμένων που βαθμολογήθηκαν με τιμές υψηλότερες από ένα προκαθορισμένο σημείο, ενδεικτικό μιας διαταραγμένης στάσης και συμπεριφοράς στην πρόσληψη τροφής. Κάποιες άλλες έρευνες μετά από την αρχική αξιολόγηση με τα παραπάνω αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, προχώρησαν και σε κλινική συνέντευξη του εν λόγω «ύποπτου» για διαταραχές πληθυσμού (μελέτες 2 σταδίων) και την εφαρμογή συγκεκριμένων και ειδικών για μία κλινική διάγνωση κριτηρίων (DSM-III, DSM-III-R, κριτήρια του Russell), ενώ μερικές έρευνες χρησιμοποίησαν εξ αρχής αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια αποτελούμενα από ερωτήσεις βασισμένες σε κλινικά κριτήρια. Η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης των διαταραχών



διατροφής στις παραπάνω μελέτες δεν είναι ενιαία, καθώς άλλοτε ο προσανατολισμός ήταν στην τρέχουσα επικράτηση και άλλοτε στην ισόβια. Στη έρευνά μας, χρησιμοποιήσαμε δικά μας κριτήρια, που περιγράφονται αναλυτικά, τόσο στην εισαγωγή όσο και στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

- Σχέση Παθολογικών Συμπεριφορών Διατροφής και Ψυχοπαθολογίας σε πληθυσμούς φυσιολογικών Εφήβων.

Κοινό στοιχείο των παραπάνω ερευνών αποτελεί η διαπίστωση ότι παθολογική συμπεριφορά διατροφής, σε κλινικό, άτυπο αλλά και σε υποκλινικό επίπεδο αποτελεί ένα ευρύ ψυχοπαθολογικό πεδίο, ιδιαίτερα για τις νέες γυναίκες.

Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα των Casper και Offer (Casper R Offer 1990) σ'ένα μη κλινικό πληθυσμό 497 εφήβων (αγοριών και κοριτσιών) από αστικές και ημιαστικές περιοχές του Σικάγου, ερευνήθηκαν (249 αγόρια και 248 κορίτσια) η σχέση μεταξύ των, οι συνήθειες διατροφής και οι συμπεριφορές ως προς το σωματικό καθώς και η σχέση μεταξύ αυτών των συνηθειών και των συμπεριφορών προς την ψυχολογική κατάσταση των εφήβων, με τη χρήση του ερωτηματολογίου SCL-90R, τροποποιημένου. Βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 75% των κοριτσιών ασχολείται ιδιαίτερα με το βάρος του σώματος καθώς και με δίαιτες, σε σχέση με ένα πολύ μικρό ποσοστό των αγοριών  $\approx$  15%. Οι έφηβες μαύρης φυλής ενδιαφέροντο λιγότερο (για το βάρος και τις δίαιτες) σε σχέση με τις λευκές. Αυξημένες ανησυχίες για το σωματικό βάρος και τις δίαιτες υπήρχαν και συσχετίζονται με αυξημένη δυσαρέσκεια για το σώμα και την εικόνα του εαυτού, με καταθλιπτική διάθεση και με μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Ιδιαίτερη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ Δίαιτας και Υπεραπασχόλησης με το Σχήμα και το Βάρος του σώματος και της Υποκλίμακας Κατάθλιψη στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια με τις Υποκλίμακες Κατάθλιψη, Σωματοποίηση, Άγχος και Αϋπνία. Ο κυρίαρχος και κοινός φόβος ότι θα γίνει παχύ ένα κορίτσι στην εφηβική ηλικία και οι σκέψεις ότι η εμπειρία της δίαιτας στις έφηβες είναι σημαντική φαίνεται ότι, εν μέρει, δείχνει την αυξανόμενη επίδραση της αξίας του λεπτού γυναικείου σώματος

στην σύγχρονη κοινωνία. Γενικά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η υπερενασχόληση με το βάρος του σώματος και οι σκέψεις για δίαιτες στους εφήβους (αγόρια και κορίτσια) πιθανόν να υποσημαίνουν ψυχολογικά προβλήματα.

Στην έρευνα των Buddeberg - Fischer και συν (1996) σ'έναν μη κλινικό πληθυσμό 1944 εφήβων (αγοριών και κοριτσιών) ηλικίας 14-19 ετών, διερευνήθηκαν οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής με το ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT-26) και η ψυχοπαθολογία με το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist -90 Revised, SCL-90R, με σκοπό την διερεύνηση της συσχέτισης συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας. Βρέθηκε ότι στα κορίτσια, υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής (EAT-26  $\geq 20$ ) και συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, ιδιαιτέρως των υποκλιμάκων Διαπροσωπική Ευαισθησία και Κατάθλιψη. Βρέθηκε επίσης συσχέτιση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής (EAT-26  $\geq 20$ ) και σωματικών ενοχλημάτων στα κορίτσια. Αντίστοιχες συσχετίσεις δεν βρέθηκαν για τα αγόρια.

Επιπλέον στην πρόσφατη έρευνα των Devaud και συν (1997), σ'ένα μη κλινικό δείγμα 1084 εφήβων κοριτσιών 15-20 ετών, στην Λωζάνη, βρέθηκε ότι τα κορίτσια που είχαν υπεραπασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος καθώς και παθολογική συμπεριφορά διατροφής (που μετρήθηκε με δικό τους ερωτηματολόγιο) παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά περισσότερα προβλήματα σχετικά με την συναισθηματική διάθεση, καθώς και αυτοκτονική πρόθεση ή βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές και συμπεριφορές εκδραμάτισης. Οι ερευνητές διαπίστωσαν, βάσει των επιδημιολογικών δεδομένων, συσχέτιση μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, διαταραχών διάθεσης, αυτοκτονικής διάθεσης και προβλημάτων διαγωγής.

Κοινός τόπος των ανωτέρω, είναι η συσχέτιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας, σε μη κλινικά δείγματα εφήβων. Παραμένει βέβαια το ερώτημα ποια είναι η ειδική μορφή της Ψυχοπαθολογίας και φυσικά ο τρόπος και ο μηχανισμός που επισυμβαίνουν



καθώς και η σειρά διαδοχής. Το πρώτο ερώτημα, θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε, με βάση τα ευρήματα της παρούσης διατριβής.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα διατριβή, είχε ως σκοπό να διερευνήσει το φαινόμενο της διαδοχής των ρόλων στην εργασία, καθώς και να εξετάσει τις επιπτώσεις της στην ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα εργαζομένων που εργάζονται σε ένα οργανισμό που χαρακτηρίζεται από υψηλή πίεση και απαιτήσεις.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η διαδοχή των ρόλων αποτελεί ένα φαινόμενο που συμβαίνει συχνά στον χώρο της εργασίας, και μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι που αντιμετωπίζουν συχνά διαδοχή ρόλων, τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κόπωσης και μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης.

Επιπλέον, η έρευνα υποδηλώνει ότι η διαδοχή των ρόλων μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της εργασίας και την απόδοση των εργαζομένων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι που αντιμετωπίζουν συχνά διαδοχή ρόλων, έχουν λιγότερο χρόνο να συνηθίσουν τον ρόλο τους, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και ποιότητα.

Επομένως, τα ευρήματα της παρούσης διατριβής υποστηρίζουν την άποψη ότι η διαδοχή των ρόλων αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί στον χώρο της εργασίας. Οι οργανισμοί πρέπει να λάβουν μέτρα για να μειώσουν την συχνότητα της διαδοχής των ρόλων, καθώς και να παρέχουν υποστήριξη στους εργαζόμενους που αντιμετωπίζουν αυτό το φαινόμενο.



**Πίνακας :** Η επιδημιολογία των Διαταραχών Διατροφής σε  
μαθητικό /σπουδαστικό πληθυσμό

Ερευνητές	Πληθυσμός	Αριθμός	Επικράτηση	Ερωτήγιο	Τόπος
Nylander (1971)	Μαθητές-τριες	1241K 1129 A	K:0,7% ΨΑ 10% άτυπη ΨΑ A: 0% ΨΑ 1% άτυπη ΨΑ	Δικό τους	Σουηδία
Morgan & Sylvester (1977)	Αετείς φοιτήτριες	728	2,1% ΨΑ	Δικό τους	Μπρίστολ
Halmi και συν (1981)	Φοιτητές-τριες τελειόφοιτοι	355	Γ:19% ΨΒ A:5% ΨΒ	Δικό τους & DSM-III	N. Υόρκη
Pyle και συν (1983)	Φοιτήτριες	1355	ΨΒ:4,5%	Δικό τους & DSM-III	Μίντγουεστ
Johnson και συν (1983)	Μαθήτριες 13-19 ετών	1268	ΨΒ:8%	Δικό τους & DSM-III	Αγγλία
Katzman και συν (1984)	Φοιτητές	K:485 A:327	ΨΒ:3,9%	Δικό τους & DSM-III	Αγγλία
Healy και συν (1985)	Φοιτητές-τριες (17-25 ετών)	K:701 A:361	ΨΒ K:10,8% A:1,1%	Δικό τους & DSM-III	Δουβλίνο
Pope και συν (1984)	Μαθήτριες >12ετ.	300	ΨΑ:0,7% ΨΒ:10,3%	Δικό τους & DSM-III	Βοστώνη
Drewnowski & συν. (1988)	Φοιτήτριες	931	2,9-3,3%	Δικό τους	Μίσιγκαν
Futch & συν. (1988)	Φοιτήτριες	342	3,3%	EDI	Καλιφόρνια
Gross & Rosen (1988)	Μαθητές/τριες	1373	9,6% (K), 1,2% (A)	EAT, EDI	ΒΑ ΗΠΑ
Whitehouse & Button (1988)	Σπουδαστές /στριες	578	1,6% (DSM-III)	EAT	Βρετανία
Chandarana & συν. (1988)	Μαθητές /τριες	577	7,5%	EAT-26	Οντάριο
Toro & συν. (1989)	Μαθητές /τριες	1554	5%	EAT	Βαρκελώνη
Ratte & συν. (1989)	Σπουδάτριες	1144	16,3%	EAT-26	Κεμπέκ
Striegel - Moore & συν. (1989)	Σπουδαστές /τριες	1040	3,8% (K) 0,2% (α)	EDI	Κονέκτικατ
Johnson & συν. (1989)	Μαθήτριες	1085	2% (ΨΒ)	EDI	Σικάγο

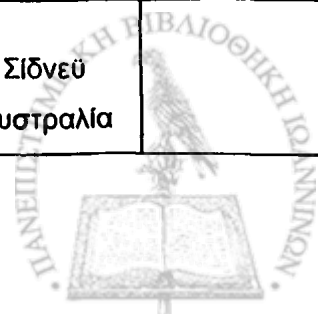
Whitaker & συν. (1990 & 1992)	Μαθητές /τριες	5596	8,5% (ΨΑ+ΨΒ) - Ισόβια	ΕΑΤ	Ν. Τζέρεϊ
Welch & συν. (1990)	Σπουδάστριες	243	2,5% (Τρέχουσα)	Δικό τους	Ν. Ζηλανδία
Pyle & συν. (1991)	Σπουδαστές /στριες	1836	4,7% (Τρέχουσα)	Δικό τους	Μινεσότα
Lecloux & συν. (1991)	Μαθητές /τριες	3311	1,9% (DSM-III)	Δικό τους	Γαλλία
Emmons (1992)	Μαθήτριες	577	8%	Δικό τους	Οχάιο
Azenedo & συν. (1992)	Μαθήτριες	654	0,3% (ΨΒ)	Συνέντευξη	Αζόρες
Rathner & συν. (1993)	Μαθήτριες	517	2,7% 3,1%	ΕΑΤ ΕΑΤ-26	Τυρόλο (Β. Ιταλία)
Lee (1993)	Σπουδάστριες	646	0,46%	Συνέντευξη	Κίνα
Drewnowski & συν. (1994)	Σπουδάστριες	557	3% (ΨΒ)	Δικό τους	Μίσιγκαν



## Πίνακας

Η επιδημιολογία των Διαταραχών Διατροφής σε  
μαθητικό /σπουδαστικό πληθυσμό (συνέχεια)

Ερευνητές	Πληθυσμός	Αριθμός N=	Επικράτηση	Ερωτημ/γιο	Τόπος	Κριτήρια
Attchen και ... (1998)	Μαθητές Φοιτητές 14- 24 ετών, αγόρια και κορίτσια	N= 3021	ΨΑ και ΨΒ και 3% Άτυπες (Ετήσια)	Δικό τους M-CIDI Κλινική συνέντευξη	Μόναχο Γερμανία	DSM-IV
... D και ... (1997)	Μαθήτριες (ερωτημ/γιο)	N= 534	EAT-26 (+) : 20,8% Άτυπη ΨΑ:20,8%	EAT-26 και δικό τους	Τελ Αβίβ Ισραήλ	DSM-III-R
Antonastass P και συν (1996)	Μαθήτριες 16 ετών (3 στάδια)	N= 359	0% ΨΑ 0,5% ΨΒ 3,7% Άτυπες	α. Δικό τους κλινική συνέντευξη ... ... νοσηλντων	Πάδοβα Ιταλία	DSM-IV
... zabo CP ... και συν (1997)	Μαθήτριες (Λευκές και Μαύρες)		EAT-26(+):21,6%	EAT-26	Γιοχάννε- σμπουργκ N. Αφρική	
... e Grange ... και συν (1998)	Σπουδαστές κολεγίου	N= 1435		EAT-26 BITE	Κέηπ Τάουν N. Αφρική	
... uddeberg ... FB και συν (1996)	Μαθητές Μαθήτριες 14-19 ετών	N= 1944	EAT-26(+): κορίτσια: 8,3% αγόρια : 1,5%	EAT-26	Ζυρίχη Ελβετία	
... Wodarczyk ... BK και ... συν(1996)	Μαθήτριες 14-16 ετών (2-στάδια)			EAT-26	Βαρσοβία Πολωνία	DSM-III-R
... Grigg M και ... συν (1996)	Μαθήτριες 14-16 ετών	N=747 869	33% με παθολογικές συνήθειες	Δικό τους	Σίδνεϋ Αυστραλία	





Canals J και συν (1996)	Μαθητές Μαθήτριες 13-14 ετών	N= 515	12,4% κορίτσια EAT-26(+): 8,3% αγόρια	EAT-26	Ταρραγόνα Ισπανία
----------------------------	------------------------------------	-----------	---	--------	----------------------

Κ: Κορίτσια, Α: Αγόρια. ΨΑ: Ψυχογενής Ανορεξία, ΨΒ: Ψυχογενής Βουλιμία, DSM-III: Η διάγνωση έγινε με βάση τα αντίστοιχα κριτήρια του DSM-III, EDI: Eating Disorder Inventory, EAT: Eating Attitudes Test, BITE: Bulimia Investigatory Test Edinburg, SCL-90 R: Symptom Checklist -90 Revised, EAT-26(+): Συνολική βαθμολογία  $\geq 20$



Πίνακας 2 Επικράτηση Δ.Δ. σε έρευνες μέσω  
ερωτηματολογίων

Έρευνα	Περιοχή	Πληθυσμός	ΨΑ	ΨΒ
Cooper & Fairburn (1983)	Νότια Αγγλία	369 Γυναίκες Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού (14 - 40 ετών)	-	2% Κριτήρια του Russell
Salmi et al. (1981)	State University Νέα Υόρκη	355 τελειόφοιτοι κολεγίου 33% Μ 60% F 14-67 ετών	-	19% Γ DSM-III 5% Α DSM-III
Kealy et al. (1985)	Δουβλίνο	701 Γ 361 Α (Φοιτητές κολεγίου 17-25 ετών)	-	10.8% Γ DSM-III 1.1% Α DSM-III 2.8% Γ και 0% Α με εβδομαδιαία επεισόδια
Johnson et al. (1983)	Αγγλία	1,268 Μαθήτριες 13-19 ετών	-	8% DSM-III 4.9% με εβδομαδιαία επεισόδια
Katzman et al. (1984)	Αγγλία	485 Γ 327 Α Φοιτητές ψυχολογίας	-	3.9% DSM-III
Morgan & Sylvester (1977)	Μπρίστολ	728 Γ 18 ετών, Πρωτοετείς	2.1% με ιστορικό ΨΑ	-
Nylander (1971)	Σουηδία	1,241 Γ 1,129 Α 14-19 ετών	Κορίτσια 0.7% ΨΑ 10% ΨΑ - άτυπη Αγόρια 0% ΨΑ 1% ΨΑ άτυπη	
Pope et al. (1984)	Βοστώνη	300 Γ > 12 ετών	0.7% DSM-III	10.3% DSM-III 3% DSM-III με εβδομαδιαία επεισόδια
Pyle et al. (1983)	Midwest	1,355 Πρωτοετείς	-	4.5% DSM-III και 0.4% με επεισόδια εβδομαδιαίως

Πίνακας. Επικράτηση Δ.Δ. σε επιδημιολογικές έρευνες 2-σταδίων

Έρευνα	Μέθοδος				Ευρήματα	
	Τόπος	Άτομα	1 <sup>ο</sup> στάδιο		2 <sup>ο</sup> στάδιο	
			1 <sup>ο</sup> στάδιο	2 <sup>ο</sup> στάδιο	1 <sup>ο</sup> στάδιο	2 <sup>ο</sup> στάδιο
Button Whitehouse (1981), Whitehouse & Button (1988)	Νότια Αγγλία College of Technology	446 Γ, 132 Α Σπουδαστές κολεγίου (16-22 ετών)	EAT <sup>1</sup>	Συνέντευξη σε 32 με υψηλή τιμή EAT, και σε 32 με χαμηλή τιμή.	32 Γ με υψηλή τιμή στο EAT	0.2% ΨΑ (Feighner) 1.6% ΨΒ (DSM-II) 5% υποκλινικές περιπτώσεις ΨΑ 3% με συμπτώματα ΨΒ στις Κοιν. Τάξη I και II 0% ΨΑ 3% ΨΒ (πιθανόν)
Clarke & Palmer (1983)	Πανεπιστήμιο Leicester	156 Γ 120 Α Πρωτοετείς και Δευτεροετείς φοιτητές	EAT CCEI <sup>2</sup>	Συνέντευξη στο 61% με υψηλή τιμή και στο 43% με οριακή τιμή	18 Γ με υψηλή τιμή EAT 7 Γ με οριακή τιμή	0% ΨΑ 3% ΨΒ (πιθανόν)
Patton (1988)	Λονδίνο Δημόσια σχολεία	1,010 Γ Μαθήτριες	EAT GHQ <sup>3</sup>	Συνέντευξη σε όλους με υψηλή τιμή EAT και σε 2 ομάδες ελέγχου με χαμηλή τιμή EAT: (1) Υψηλή τιμή GHQ (2) Χαμηλή τιμή GHQ	Χωρίς στοιχεία	0.17% ΨΑ + ΨΒ αρχικά 0.26% ΨΑ + ΨΒ μετά 1 έτος follow-up
Szmukler (1983), Eisler & Szmukler (1985)	London Δημόσια και ιδιωτικά σχολεία θηλέων	Ιδιωτικά σχολεία 1,331 Γ 14-19 ετών Δημόσια σχολεία 1,676 Γ	Ερωτήσεις για βάρος, συμπεριφορά, έμμηνο ρύση	Συνέντευξη σε όλους με υψηλή τιμή και σε δείγμα με χαμηλή τιμή	5% με υψηλή τιμή στα ιδιωτικά σχολεία 7% με υψηλή τιμή στα Δημόσια σχολεία	Ιδιωτικά σχολεία 0.8% ΨΑ, 0.4% ΨΒ 4% άτυπη ΨΑ, 1.1% ΨΑ σε κορίτσια > 16 ετών Δημόσια σχολεία 0.2% ΨΑ

1. Eating Attitudes Test

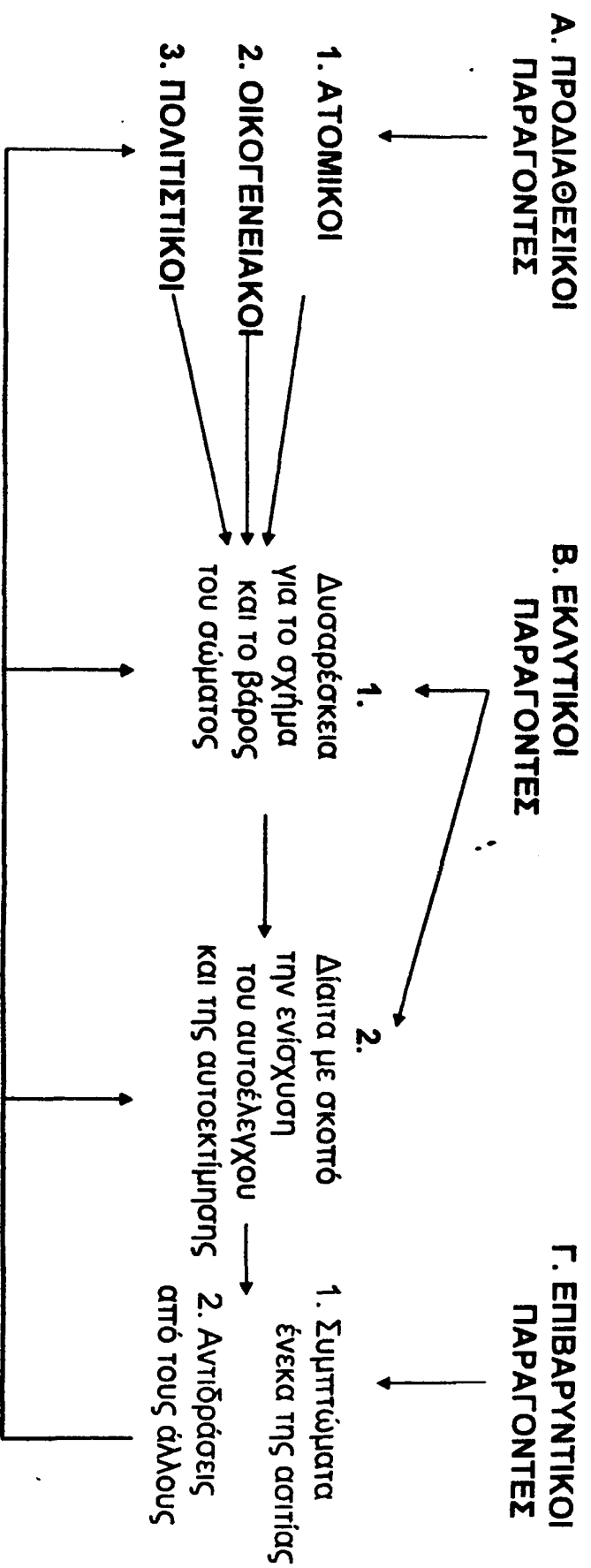
2. Crown-Crisp Experiential Index

3. General Health Questionnaire

**Πίνακας : Επίπτωση και Επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας**

Έρευνα	Πηγές	Διαγνωστικά κριτήρια	Περιοχή	Χρόνος	Δείγμα	Επικράτηση	Επίπτωση
1. Jonson et al (1980, 1982)	Ερωτηματολόγια	DSM-III	ΗΠΑ, Ισλανδία	1980, 1982	Μαθήτριες και φοιτητές-τριες (13-25 ετών)	8,3% (13-18 ετών) Α: 0% Γ: 3%	
2. Cooper και Fairburn (1983)	Εξωτερικό Ιατρείο Οικικού Προγολισμού	Κριτήρια του Russell	N. Αγγλία	1983	369 Γ (14-40 ετών)	1,9%	
3. Cooper et al (1987)	Εξωτερικό Ιατρείο Οικικού Προγολισμού	DSM-III	N. Αγγλία	1987	Αντίστοιχο δείγμα	1-2%	
4. Johnson & Connors (1987)	Ανασκόπηση 19 έρευνών (συγχρονικών)	DSM-III	-	1980 και εντεύθεν	Αγόρια, κορίτσια	Α: 1,7% Γ: 9,8%	
5. Guilberg et al (1988)	Αρχαία Νοσοκομείων και Σχολικών Ψυχολόγων	DSM-III R	Στοκχόλμη	1988	Γ: 16-24 ετών	2ετής επικράτηση 44/100.000	ετήσια επίπτωση 65/100.000
6. Hall & Hay (1988)	Αρχαίο Παραιοτηπιών	-	Ουέλλινγκτον N. Ζηλανδία	1977 - 1986	Γ: 15-29 ετών	1977:6/100000 1986:44/100000	
7. Hoek (1991) Hoek et al (1995)	Αρχαία και Συνεντεύξεις	DSM-III R	Δανία	1991-1995	Σπουδαστές 20-24 ετών	επικράτηση σημείου:20,4/100 000	ετήσια: 9,9/100000
8. Garfinkel (1993)	Ερωτηματολόγια και Συνέντευξη	DSM-III R	Περιοχή ΗΠΑ	1993	Μαθήτριες 12-19 ετών	1,5%	
9. Pagsberg & Wang (1994)	Απογραφική έρευνα και σε γενικούς γιατρούς	DSM-III R	Νήσος Bornholm Δανίας	1970-1989	Όλοι οι κάτοικοι	Γυναίκες (10-24 ετών) 89/100000	Γυναίκες (10-24 ετών) 45/100000
10. Joergensen (1992)	Αρχαίο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Ερωτηματολόγια σε γενικούς γιατρούς	DSM-III R	Περιοχή Δανίας	1977-1986	Γυναίκες (15-19 ετών)	Γ: 15-19 ετών 1/1480	Γ: 10-24 ετών 5,5/100000

# ΤΟ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΝΟ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ( Garner 1993 )

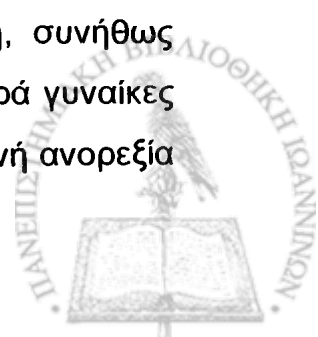


## Συμπερασματικά σχόλια

1. Παρ' ότι έχουν περιγραφεί περιπτώσεις πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία, σε άτομα ηλικίας 6-60 ετών και των δύο φύλων, η διαταραχή είναι συντριπτικά συχνότερη στις γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας (Szmukler 1985). Η ακριβής συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας αν και είναι δύσκολο να υπολογισθεί επακριβώς, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνεται (Lucas και συν. 1991). Η επίπτωση της νόσου είναι 8,1 νέες περιπτώσεις ανά 100.000/έτος, ενώ για τις γυναίκες 15-24 ετών, 10-11 νέες περιπτώσεις, αντιστοίχως (Hoek 1995, EDA 1995). Οι επιδημιολογικές έρευνες επικράτησης στη Μ. Βρετανία, αναφέρουν ότι 1 στις 200 μαθήτριες πάσχει από τη νόσο (Crisp 1976). Η επικράτησή της στο γενικό πληθυσμό είναι μικρότερη από 1%, ενώ σε πληθυσμούς μαθητριών και φοιτητριών η επικράτηση αφορά το 1-2%, ενώ 5% του ίδιου πληθυσμού παρουσιάζει άτυπες μορφές της διαταραχής (Szmukler 1985). Η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβεία. Στα μεν κορίτσια στην ηλικία 16-18 ετών, στα δε αγόρια στο 12<sup>ο</sup> έτος. Η αναλογία κορίτσια /αγόρια είναι 9/1, αλλά οι αρρενες ασθενείς προεφηβικής ηλικίας αποτελούν το 25% των πασχόντων (Lask 1997). Προσβάλλονται άτομα, σχεδόν αποκλειστικά, Λευκής φυλής που ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις, αλλά και μεσαίες (Garner 1993). Παρατηρείται συχνότερα σε γυμναστές, αθλητές, μοντέλα, μπαλαρίνες (Brownell 1995). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα 2 σταδίων του Fichter (Fichter και συν. 1983) βρέθηκε ότι η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας σε μαθήτριες 13-19 ετών, των Νομών Ιωαννίνων και Ημαθίας, είναι 0,35% και 0,42% αντιστοίχως.

2. Η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι 11,4 νέες περιπτώσεις/100.000/ανά έτος (EDA 1995) και η επικράτησή της είναι 1,2% στις νέες γυναίκες της Δ. Ευρώπης και των ΗΠΑ. Κάποιοι εκτιμούν ότι υπερβαίνει το 10% (Halmi και συν. 1981, Schotte και συν. 1987).

Η ηλικία έναρξης είναι στην εφηβεία ή την πρώτη ενηλικίωση, συνήθως αργότερα από την ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας. Αφορά γυναίκες και είναι σπάνια στους άνδρες. Μπορεί να συνυπάρχει με ψυχογενή ανορεξία



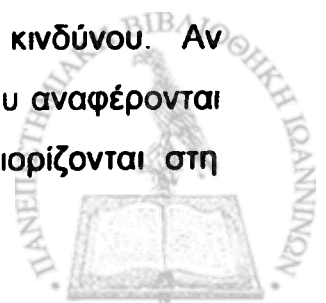
και παχυσαρκία, απαντάται όμως συχνότερα σε γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Είναι επίσης σπάνια εκτός των Δυτικών Κοινωνιών. Είναι συχνότερη από την ψυχογενή ανορεξία (*Whitaker και συν. 1990*).

3. Οι προσπάθειες επιδημιολογικής διερεύνησης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να συγκλίνουν σε ένα κοινό σημείο: την αύξηση της συχνότητας αυτών των διαταραχών μέσα στις τελευταίες δεκαετίες, ιδιαίτερα στις γυναίκες ηλικίας 15-25 ετών (*Halmi, 1983, Pope & Hudson, 1989, A.P.A., 1993, Lucas 1998*).
4. Η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι 8,1 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος, ενώ για τις γυναίκες 15-24 ετών, 10-11 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος. Η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες στην όψιμη εφηβεία και πρώιμη ενήλικη ζωή είναι μικρότερη του 1% (0,5-1%) ενώ σε πληθυσμούς μαθητριών και φοιτητριών είναι 1-2% και 5% οι άτυπες μορφές των.

Η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι 11,4 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος και η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε έφηβες και νεαρές ενήλικες είναι περίπου 1-3% (1,2%) με τις άτυπες μορφές αυτών των διαταραχών να είναι πολύ συχνότερες (*DSM-IV*) (*EDA 1995*).

5. Ως προς τη συσχέτιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας με δημογραφικούς παράγοντες όπως την κοινωνική τάξη, τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι αντιφατικά, με κάποιους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι επικρατεί στις ανώτερες, και κάποιους άλλους που διαπιστώνουν ότι δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση γι' αυτό (*Gamer 1993*). Αντίστοιχα δεδομένα υπάρχουν ως προς τον παράγοντα μόρφωση και σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση, στην σχετικά πλούσια βιβλιογραφία (*Brushell και συν 1990*).

Από τη βιβλιογραφική έρευνα διαπιστώνεται ότι υπάρχουν λίγες μελέτες για την εκτίμηση της επικράτησης των διαταραχών διατροφής στην Ελλάδα, καθώς και για τη σχέση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με την συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία αλλά και άλλους παράγοντες κινδύνου. Αν εξαιρεθούν οι δύο έρευνες (*Fichter et all 1988, Σίμος 1996*) που αναφέρονται στο επόμενο κεφάλαιο (βλέπε Σκοπός) και οι οποίες περιορίζονται στη



διερεύνηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, δεν υπάρχει νεώτερη επιδημιολογική έρευνα αφενός για την επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και καμία έρευνα για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας αλλά και των άτυπων μορφών των διαταραχών διατροφής. Όπως έχει επισημανθεί και στην εισαγωγή, στους σκοπούς της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας στον πληθυσμό των μαθητών Λυκείων του Νομού Ιωαννίνων και η διερεύνηση των παραγόντων ψυχοπαθολογίας που επηρεάζουν την εμφάνισή τους.

6. Ειδικά ως προς τη συσχέτιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας σε έρευνες μη κλινικών πληθυσμών έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση με τις διαστάσεις της κατάθλιψης, της σωματοποίησης, της διαπροσωπικής ευαισθησίας και του άγχους βάσει των μετρήσεων με ερωτηματολόγια (Casper and Offer 1990).





## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

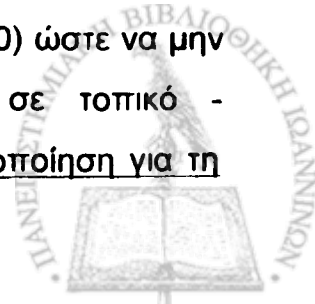
Όπως έχει ήδη αναφερθεί, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 χρόνων, η επιδημιολογική έρευνα των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής έχει αυξηθεί, πολλές δε μελέτες προσδιορισμού της συχνότητάς των είτε σε κλινικά δείγματα ψυχιατρικών αρρώστων είτε σε έρευνες γενικού πληθυσμού, έχουν δημοσιευτεί, με κοινή διαπίστωση της αύξησης της συχνότητάς τους (Hoek 1993, Fombonne 1995, Fairburn και συν 1993, Devaud και συν 1995). Κάποιες από τις έρευνες αυτές διερευνούν την επικράτηση (Prevalence) των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού όπως π.χ. σε μαθητές και φοιτητές (Devaud και συν 1995, Ferrero και Rougeti 1991, Fombonne 1995, Hoek 1993) σε δείγματα του γενικού πληθυσμού (Garfinkel και συν 1995, Bushnell και συν 1990, Vollrath και συν 1992, Willi και Grossman 1990) ή σ' όλο τον πληθυσμό σε εθνικό επίπεδο (Nielsen 1990, Moller-Madsen και Nystup 1992). Ωστόσο πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει με σκοπό την ανίχνευση της επικράτησης των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής σ' ένα τοπικό, αλλά αντιπροσωπευτικό σύνολο εφήβων (αγοριών και κοριτσιών) γνωστού όντος ότι στην ομάδα αυτή του πληθυσμού η νοσηρότητα από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής, είναι μεγαλύτερη. Διάφορες έρευνες που έχουν γίνει μέχρι τώρα και προσπαθούν να διερευνήσουν την σχέση των διαταραχών διατροφής με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς, αφορούν κυρίως πάσχοντες ή νοσηλευόμενους από τις διαταραχές αυτές (Herzog 1984, Swift και συν 1986, Hudson και συν 1987, Halmi και συν 1991, Cantwell και συν 1977, Mitchell και συν 1985, Bulik 1987, Jager και συν 1991). Ελάχιστες μόνο μελέτες έχουν γίνει για τη διερεύνηση της σχέσης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας σε μη κλινικές ομάδες εφήβων (Casper και Offer 1990, Richards και συν 1990, Killen και συν 1987, Crowther και Chernyk 1986, Timmerman και συν 1990, Striegel-Moore και Huydic 1993, Buddeberg-Fischer και συν 1996) και μόνο μια σε αντιπροσωπευτικό εθνικό επίπεδο (Devaud και συν 1998). Ο σκοπός της παρούσης διατριβής, που περιλαμβάνει προς μελέτη ένα τοπικό και αντιπροσωπευτικό, μέσω συστηματικής δειγματοληψίας, δείγμα

μαθητών και μαθητριών είναι διπλός. Αφορά αφενός στην εκτίμηση της επικράτησης των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής και των παθολογικών συμπεριφορών εν γένει εφήβων (αγόρια και κορίτσια) 15-20 ετών, γνωστού όντος ότι είναι η ομάδα του πληθυσμού όπου σχεδόν ενδημούν οι διαταραχές αυτές και αφετέρου τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με παραμέτρους δημογραφικών, σωματομετρικών στοιχείων, συνηθειών διατροφής και σωματικής άσκησης καθώς και κυρίως την συνυπάρχουσα γενική ψυχοπαθολογία των ατόμων αυτών.

Πιο συγκεκριμένα, στους σκοπούς της έρευνάς μας είναι η εκτίμηση της επικράτησης (prevalence) των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής, δηλαδή της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής γενικότερα, στους μαθητές και μαθήτριες του Νομού Ιωαννίνων, με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων όπως το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής, Eating Attitudes Test, EAT-26 (Garner 1979) και το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου, BITE (Henderson και Freeman 1987) καθώς και η εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας, όπως καταγράφεται μέσω του ερωτηματολογίου Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90 R), (Derogatis 1974). Ας σημειωθεί ότι ο αρχικός σχεδιασμός της έρευνας περιελάμβανε μια πρώτη και μια δεύτερη φάση, σύμφωνα με την τεχνική των επιδημιολογικών ερευνών των δύο σταδίων, όπου στη μεν πρώτη φάση θα χορηγούντο τα ειδικά ερωτηματολόγια και θα προέκυπταν, η ομάδα με υψηλή βαθμολογία, δηλαδή βαθμολογία ανώτερη της τιμής κατωφλίου και η ομάδα με χαμηλή βαθμολογία. Στη δεύτερη φάση θα γινόταν κλινική εξέταση των ατόμων με υψηλή βαθμολογία για να διακριβωθεί εάν πράγματι πάσχουν από την νόσο την οποία εξετάζουμε, δηλαδή εάν είναι πάσχοντες από Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία, πλήρες ή μερικό Σύνδρομο, τυπικές ή άτυπες περιπτώσεις. Η δεύτερη φάση της έρευνας αυτής δεν έγινε λόγω έλλειψης πόρων, χρόνου και ειδικών για τις συνεντεύξεις, γεγονός που αποτελεί μειονέκτημα της παρούσας εργασίας. Επειδή όμως, τα επιδημιολογικά δεδομένα για τις διαταραχές διατροφής στον ελληνικό πληθυσμό και τις μεσογειακές χώρες εν γένει, είναι ελάχιστα (Santonastaso και συν 1996), η έρευνα αυτή έχει σα σκοπό να συνεισφέρει στοιχεία σ' αυτή την κατεύθυνση.

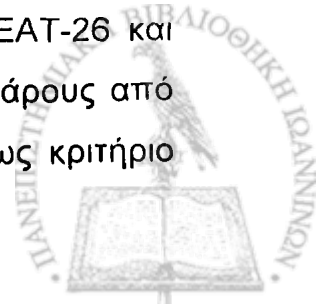


Στη βιβλιογραφία υπάρχουν 2 δημοσιευμένες εργασίες, που αναφέρονται στην επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής σε ελληνικό πληθυσμό. Η πρώτη είναι η μελέτη του Fichter και συν(1983), που είχε σα σκοπό την εκτίμηση της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας σε Ελληνίδες μαθήτριες 13-18 ετών, που ζούσαν στα Ιωάννινα και στη Βέροια αντιστοίχως. Βάσει δε των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής, η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας σε μαθήτριες 13-18 ετών στα Ιωάννινα είναι 0,35% και στη Βέροια 0,41%, αντιστοίχως. Η έρευνα αυτή είχε ιδιαίτερα θετικά αλλά και αρνητικά στοιχεία από άποψη μεθοδολογίας. Θετικά στοιχεία αποτελούν, πρώτον ο μεγάλος αριθμός ατόμων (1420 μαθήτριες ηλικίας 13-18 ετών, μέσης ηλικίας  $14,6 \pm 1,5$  ετών στη Βέροια και 567 μαθήτριες, μέσης ηλικίας  $15,9 \pm 1,1$  ετών στα Ιωάννινα και δεύτερον η διεξαγωγή της έρευνας σε δυο φάσεις, με μια πρώτη που έγινε η αυτοσυμπλήρωση των ερωτηματολογίων από όλες τις μαθήτριες και με μια δεύτερη όπου όσες μαθήτριες πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια ενδεικτικά Ψ.Δ.Δ., επανεξετάσθηκαν μέσω ημιδομημένης συνέντευξης (2-stage epidemiological survey). Λόγω όμως της χρησιμοποίησης δικού τους ερωτηματολογίου, του Anorexia Nervosa Inventory for self Rating (ANIS) που έχει ελάχιστα χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες έρευνες, τα αποτελέσματα δεν μπορεί να αξιολογηθούν συγκριτικά με τα ευρήματα άλλων ερευνών που χρησιμοποίησαν διαδεδομένα ερωτηματολόγια όπως το EAT-26, το BITE, το EDI κλπ., γεγονός που αποτελεί ένα πρώτο μειονέκτημα της έρευνας των Fichter και συν. Ένα δεύτερο και σημαντικό μειονέκτημα, αποτελεί η απουσία στοιχείων επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ή των συμπτωμάτων και των χαρακτηριστικών του συνδρόμου αυτού (καθόσον η Ψυχογενής Βουλιμία δεν είχε αναγνωρισθεί ως ειδικό σύνδρομο στα ταξινομητικά συστήματα), στοιχεία που απουσιάζουν εντελώς, μέχρι σήμερα για τον ελληνικό πληθυσμό, και τα οποία επιχειρεί να προσφέρει η δική μας εργασία. Άλλα μειονεκτήματα της έρευνας των Fichter και συνεργατών αποτελούν α. η έλλειψη μιας ειδικής μεθοδολογίας επιλογής των ατόμων και η αποκλειστική επιλογή δυο μικρών ελληνικών επαρχιακών πόλεων εκείνης της εποχής (προ του 1980) ώστε να μην μπορεί εύκολα να γίνει αναγωγή των δεδομένων ούτε σε τοπικό - αντιπροσωπευτικό, ούτε σε εθνικό επίπεδο, επίσης β. η χρησιμοποίηση για τη



διάγνωση των περιστατικών ψυχογενούς ανορεξίας των κριτηρίων του Feigner (1972), που έχουν ελάχιστα χρησιμοποιηθεί και δεν παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων. γ. η χρησιμοποίηση κριτηρίων για το βάρος ως του ποσοστού απόκλισης προς τα κάτω από το φυσιολογικό, με πρότυπες τιμές πολύ παλιές (του 1959) ενώ είναι γνωστό ότι αυτά τα δεδομένα έχουν ριζικά αλλάξει, η δε χρήση του Δείκτη Σωματικής Μάζας που εισήχθη από το ICD-10 (ΠΟΥ 1994) παρέχει δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων, με αυτά άλλων ερευνών, στοιχείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνά μας και δ. η απουσία στοιχείων για τα αγόρια.

Η δεύτερη έρευνα διενεργήθηκε στη Θεσσαλονίκη, από την ερευνητική ομάδα της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του ΑΠΘ (Καθ. Ε. Δημητρίου), και αποτελεί τη διδακτορική διατριβή του ψυχιάτρου Γρηγόρη Σίμου που δημοσιεύτηκε το 1996 (Σίμος 1996). Η έρευνα αυτή, την οποία θα σχολιάσουμε, είχε σα σκοπό τη «διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών πρόσληψης τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης» των. Αν και δεν αναφέρεται ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας, σ' αυτή χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια EAT-26 (Eating Attitudes Test) και EDI (Eating Disorders Inventory), για τη διερεύνηση των διαταραχών διατροφής σ' ένα τυχαίο σύνολο 1190 μαθητών και μαθητριών Λυκείου του κέντρου και των συνοικιών της Θεσσαλονίκης καθώς και η προσπάθεια αξιολόγησης μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη των διαταραχών διατροφής. Στα συμπεράσματα της έρευνας προκύπτει ότι 24,8% των κοριτσιών και 7,8% των αγοριών είχαν βαθμολογία στο EAT-26 > 20, ότι η πιθανή επικράτηση σημείου της ψυχογενούς ανορεξίας για τα κορίτσια 17 ετών είναι 1,7% για τα κορίτσια 18 ετών είναι 2,2%, ενώ η ετήσια επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπολογίσθηκε στο 1,2% για τα κορίτσια και στο 0,2% για τα αγόρια (ηλικίας 17-18 ετών). Η αξιολόγηση της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης (γραπτά και προφορικά) την οποία δε θα σχολιάσουμε κριτικά, κρίθηκε ικανοποιητική. Η έρευνα αυτή έχει πλεονεκτήματα πρώτον τον μεγάλο αριθμό μαθητών και μαθητριών, δεύτερον το ότι προσφέρει στοιχεία για την αξιοπιστία και εγκυρότητα των ερωτηματολογίων EAT-26 και EDI, το ότι χρησιμοποιεί αντικειμενική μέτρηση του ύψους και του βάρους από τους ερευνητές το ότι χρησιμοποιεί τον Δείκτη Σωματικής Μάζας ως κριτήριο



διαχωρισμού των υποομάδων, καθώς και το γεγονός ότι προσφέρει στοιχεία για την πιθανή επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας. Ως μειονεκτήματα καταγράφονται, πρώτον το γεγονός ότι για την επιλογή των μαθητών και μαθητριών δε χρησιμοποιείται ειδική μέθοδος, αλλά μόνον κλήρωση και βάσει αυτής, επιλογή σχολείων που φοιτούσαν οι μαθητές και μαθήτριες, δεύτερον το γεγονός ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι μόνον η ολική βαθμολογία στο EAT-26  $\geq 20$ , μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου, που είναι 20, και η τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας που ορίζεται αρκετά αυθαίρετα ως  $\leq 20$ , γνωστού όντος ότι στο ICD-10 το κριτήριο του ΔΣΜ ορίζεται  $\leq 17,5$ , άρα αρκετά μεγαλύτερη, και τρίτον η απουσία οποιουδήποτε στοιχείου για την επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας, που αποτελεί άλλωστε, συχνότερη διαταραχή από την ψυχογενή ανορεξία.

Γι' αυτούς τους λόγους, σχεδιάσαμε την έρευνά μας ώστε να είναι χρήσιμη και πρωτότυπη, λαμβάνοντας τα παρακάτω μέτρα: πρώτον χρησιμοποιήσαμε μεγάλο επίσης αριθμό μαθητών-μαθητριών (15% του συνολικού πληθυσμού των μαθητών και μαθητριών ολόκληρου του Νομού Ιωαννίνων, με την ακριβή μέθοδο της συστηματικής δειγματοληψίας (Παπαιωάννου και Παπαχρήστος 1990), διαχωρίζοντας τον πληθυσμό μας σε γόρια - κορίτσια και σε υποομάδες αστικών και μη αστικών στρωμάτων, σύμφωνα με την ανθρωπογεωγραφία του Νομού. Δεύτερον χρησιμοποιήσαμε τα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE μεταφρασμένα στα Ελληνικά, από την ομάδα του Αιγινήτειου και της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με σταθμισμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία (Βάρσου και Τρίκκας 1991) με σκοπό τη διερεύνηση των παθολογικών συνηθειών και συμπεριφορών που αφορούν τόσο την ψυχογενή ανορεξία (EAT-26) όσο και το σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας (BITE), κάτι που γίνεται για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό. Τρίτον, για την εκτίμηση της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας χρησιμοποιήθηκαν ευρέα κριτήρια, 3 για την ψυχογενή ανορεξία και 4 για την ψυχογενή βουλιμία, σύντονα με τους σκοπούς της έρευνας (εκτίμηση του πλήρους συνδρόμου των δυο διαταραχών, αλλά και των άτυπων ή υποκλινικών μορφών τους). Τέταρον, καταγράφησαν τα δημογραφικά στοιχεία, τα σωματομετρικά στοιχεία, οι

συνήθειες διατροφής, η σωματική άσκηση και υπολογίσθηκε η αμηνόρροια στα κορίτσια, ώστε να διερευνηθεί η επίδραση τους στην εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τύπου ΨΑ και ΨΒ. Και πέμπτον, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SCL-90R μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά από τους Ντώνια και συν (1991) με σκοπό την εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας του δείγματός μας, ώστε να διερευνηθεί η σχέση της γενικής ψυχοπαθολογίας των εφήβων με την ειδική ψυχοπαθολογία των διαταραχών διατροφής, γεγονός που έχει γίνει σε ελάχιστες έρευνες μέχρι σήμερα, επειδή ακριβώς αφορά γενικό πληθυσμό, ενώ οι περισσότερες μελέτες αφορούν σε κλινικά δείγματα πασχόντων.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, αρχίσαμε την έρευνά μας, υπό την εποπτεία του Καθ. Ψυχιατρικής κ. Α. Λιάκου, της Αναπλ. Καθηγ. κ. Στ. Γιαννίτση και του Καθ. Στατιστικής κ. Τ. Παπαϊωάννου, τον Απρίλιο - Μάιο του 1994, όπου έγινε η χορήγηση των ερωτηματολογίων στους μαθητές και ολοκληρώσαμε με τη συγγραφή της παρούσας διατριβής, το γενικό μέρος της οποίας δημοσιεύτηκε στο βιβλίο «Εφηβεία»τ.2, του Αν. Καθ. Γ. Τσιάντη (Μωρόγιαννης και Λιάκος 2000) και μέρη των ευρημάτων παρουσιάστηκαν σε δυο διεθνή συνέδρια, (Μορογιάννης και συν.1998, Μωρόγιαννης και Λιάκος 1999)

Συμπερασματικά λοιπόν, η έρευνά μας έγινε σε 856 μαθητές και μαθήτριες των τάξεων Α, Β, Γ των Λυκείων του Νομού Ιωαννίνων που αποτελούν περίπου το 15% του συνόλου που επιλέχθηκαν με συστηματική δειγματοληψία και μελετήθηκαν οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής και η ψυχοπαθολογία, με τα ερωτηματολόγια EAT-26, BITE και SCL-90-R, ώστε να διερευνηθούν:

1. Η εκτίμηση της επικράτησης (prevalence) των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής, δηλαδή της ψυχογενούς ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας και των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής γενικά, στον συγκεκριμένο πληθυσμό των εφήβων του Ν. Ιωαννίνων, βάσει των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων και των κριτηρίων που χρησιμοποιήσαμε ειδικά για την έρευνά μας και η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας των εφήβων του δείγματός μας όπως καταγράφεται μέσω των δεικτών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου



SCL-90-R, βάσει του ποσοστού των υποκειμένων που είχαν βαθμολογίες μεγαλύτερες των τιμών κατωφλίου, για τους Δείκτες και τις Υποκλίμακες.

Ως κριτήρια για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ελήφθησαν:

- α. Ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) Quetelet ( $\Delta\text{M}\Sigma = \text{B}/\text{Y}^2$ ) με τιμές 17,5 ή λιγότερο (ICD-10, WHO, 1992).
- β. Η ολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου EAT-26, με τιμή μεγαλύτερη ή ίση του 20 (Gamer 1979).

- γ. Η αμηνόρροια για τα κορίτσια, μεγαλύτερη ή ίση από 3 μήνες (DSM-III-R, 1987).

Ως κριτήρια για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας ελήφθησαν:

- α. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου BITE (Υποκλίμακα Συμπτωμάτων με βαθμολογία μεγαλύτερη του 20 και Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων μεγαλύτερη του 5) (Henderson, 1987).
- β. Η τιμή της κλίμακας βουλιμίας του Ερωτηματολογίου EAT-26, με βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση της τιμής 9 (BET, EAT-26  $\geq$  9).

- γ. Οι απαντήσεις 3 και 4 (Πολύ και πάρα πολύ) στην ερώτηση 60 του Ερωτηματολογίου SCL-90 R που αναφέρεται στο πόσο ενοχλήθηκε το άτομο από τη συνήθεια να τρώει υπερβολικά, κατά την τελευταία εβδομάδα.

2. Η μελέτη της σχέσης μεταξύ παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής (που προκύπτει από την βαθμολογία των Ερωτηματολογίων Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT-26 και Bulimia Investigatory Test Endiburg, BITE) και της γενικής ψυχοπαθολογίας, που προκύπτει από την τιμή Δεικτών και Υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Symptom Checklist -90 Revised (SCL-90R).

3. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών στοιχείων, σωματομετρικών παραμέτρων, συνηθειών - συμπεριφορών διατροφής, συνηθειών σωματικής άσκησης και γενικής ψυχοπαθολογίας με την Παθολογική Συμπεριφορά Διατροφής (Ανορεκτικού και Βουλιμικού τύπου), έτσι ώστε να διερευνηθούν οι ιδιαίτεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής στα αγόρια και κορίτσια (15-20 ετών) του Νομού Ιωαννίνων.



# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ





800-0111... (faint text)

On the... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)

... (faint text)



## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα διενεργήθηκε τους μήνες Απρίλιο και Μάιο του έτους 1994. Για τη διενέργειά της ζητήθηκε και ελήφθη γραπτή άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. Για την ενημέρωση των διευθυντών των σχολείων εστάλη γράμμα από τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που εξηγούσε τον σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας. Για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων καθορίστηκε ραντεβού τηλεφωνικώς. Τα παιδιά ενημερώνονταν για την έρευνα, το πρωί της προγραμματισθείσης επίσκεψης, ώστε να αποφευχθούν οι επί τούτου απουσίες όσων δεν ήθελαν να συμμετάσχουν. Η χορήγηση και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία του διεξάγοντος την έρευνα σε όλα τα Λύκεια και σε όλα τα τμήματα, με τη βοήθεια των διδασκόντων καθηγητών. Διατέθηκαν οι δύο συνεχείς διδακτικές ώρες, χωρίς διάλειμμα, ώστε να γίνει κατανοητό το περιεχόμενο των ερωτήσεων και να γίνει η συμπλήρωση ευχερώς. Υπήρχε πρόβλεψη ώστε οι απόντες μαθητές κατά την ημέρα διεξαγωγής να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια τις επόμενες ημέρες, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μείωση του αριθμού των απαντηθέντων ερωτηματολογίων, γεγονός που επιτεύχθη απολύτως.

Σ' αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με τον τρόπο καθορισμού του δείγματός μας, τα εργαλεία - ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν και η μεθοδολογία που χρησιμοποιήσαμε για την επεξεργασία των δεδομένων, ενώ η αθροιστική των λυκείων, το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων και ο τρόπος κωδικοποίησης των μεταβλητών παρουσιάζονται στα Παραρτήματα 1,2 και 3.

#### **A. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ και Η ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Νομαρχίας Ιωαννίνων το έτος 1994, το σύνολο των μαθητών και μαθητριών του νομού ήταν 5874, που φοιτούσαν σε 27 Λύκεια στις πόλεις, κωμοπόλεις και



χωριά του νομού. Τα Λύκεια διαχωρίστηκαν σε Αστικά και μη Αστικά, βάσει της έδρας των, όπως παρακάτω:

Αστικά (N=13)	Έδρα	Μη Αστικά (N=14)	Έδρα
1 <sup>ο</sup> Λύκειο	Ιωάννινα	Δερβιζιάνων	Δερβίζιανα
2 <sup>ο</sup> Λύκειο	Ιωάννινα	Δολιανών	Δολιανά
3 <sup>ο</sup> Λύκειο	Ιωάννινα	Ελεούσας	Ελεούσα
4 <sup>ο</sup> Λύκειο	Ιωάννινα	Ζίτσας	Ζίτσα
5 <sup>ο</sup> Λύκειο	Ιωάννινα	Κατσικάς	Κατσικάς
Κλασικό	Ιωάννινα	Κόνιτσας	Κόνιτσα
Ζωσιμαία	Ιωάννινα	Μετσόβου	Μέτσοβο
Πολυκλαδικό	Ιωάννινα	Πωγωνιανής	Πωγωνιανή
1 <sup>ο</sup> Τεχνικό Επαγγελματικό	Ιωάννινα	Δελβινακίου	Δελβινάκι
2 <sup>ο</sup> Τ.Ε.Λ		Πραμάντων	Πράμαντα
3 <sup>ο</sup> Τ.Ε.Λ	Ιωάννινα	Τσεπέλοβου	Τσεπέλοβο
Τεχνική Επαγγελματική	Ιωάννινα	Χρυσοβίτσας	Χρυσοβίτσα
Σχολή	Ιωάννινα	Τ.Ε.Λ. Κόνιτσας	Κόνιτσα
Ανατολής		Τ.Ε.Λ Μετσόβου	Μέτσοβο
	Ανατολή		



## ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Πρόκειται για στρωματοποιημένη συστηματική δειγματοληψία με πιθανότητες ανάλογες προς το μέγεθος της συστάδος (σχολείο) (pps - proportional to size) (βλ. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (1994).

Σκοπός μας είναι η εκλογή ενός τυχαίου δείγματος (μεγέθους περίπου 800) από το σύνολο των μαθητών που φοιτούν στα Λύκεια του Νομού Ιωαννίνων. Έτσι τον πληθυσμό αποτελούν όλοι οι μαθητές Λυκείου του Νομού Ιωαννίνων και το μέγεθος του πληθυσμού είναι  $N=5874$ . Η επιλογή των μαθητών που θα αποτελέσουν το δείγμα γίνεται ως εξής:

1. Χωρίζουμε τον πληθυσμό σε δύο στρώματα (κατηγορίες) (βλ. πίνακα προηγούμενης σελίδας)

1<sup>ο</sup> στρώμα: Παιδιά αστικών Λυκείων.

2<sup>ο</sup> στρώμα: Παιδιά μη-αστικών Λυκείων.

Από τα στοιχεία που έχουμε για το κάθε Λύκειο του Νομού Ιωαννίνων (δυναμικό Λυκείου σε τμήματα και αριθμό παιδιών ανά τμήμα) υπολογίζουμε τα μεγέθη του πληθυσμού για τα 2 στρώματα.

Έτσι:  $N_1 = 4959$  και  $N_2 = 915$

Στη συνέχεια καθορίζουμε τον αριθμό των μαθητών που θα πρέπει να εκλεγούν από κάθε στρώμα, ανάλογα με το μέγεθός τους (proportional allocation of sample size). Για τη συγκεκριμένη περίπτωση θα είναι:

$n_1 = n \frac{N_1}{N} = 675$  μαθητές από τα Λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων.

$n_2 = n \frac{N_2}{N} = 125$  μαθητές από τα Λύκεια του υπόλοιπου Νομού.



2. Από το κάθε στρώμα θα εκλέξουμε όχι μεμονωμένους μαθητές αλλά τμήματα ώστε να 'ναι πιο εύκολη στη συνέχεια η υλοποίηση της δειγματοληψίας. Η εκλογή αυτή των τμημάτων θα γίνει με την συστηματική

δειγματοληψία (systematic sampling) και στην συγκεκριμένη περίπτωση οι μονάδες της δειγματοληψίας είναι τα τμήματα.

3. Επειδή το μέγεθος των δειγματοληπτικών μας μονάδων δεν είναι το ίδιο, σταθερό για κάθε μία απ' αυτές, αλλά υπάρχει διαφορά στον αριθμό των παιδιών από τμήμα σε τμήμα, θα πρέπει στην εφαρμογή της συστηματικής δειγματοληψίας να λάβουμε υπ' όψιν αυτό το γεγονός και η εκλογή των τμημάτων να γίνεται ανάλογα με το μέγεθός τους.

4. Για την εφαρμογή της συστηματικής δειγματοληψίας χρειαζόμαστε πίνακες που να μας δίνουν για κάθε στρώμα, τα Λύκεια, τα τμήματα για όλες τις τάξεις του κάθε Λυκείου, τον αριθμό των παιδιών στο κάθε τμήμα και την αθροιστική σειρά του αριθμού των παιδιών ανά τμήμα (βλέπε σελίδες 4,5,6, και 7).

5. Επόμενο βήμα είναι ο προσδιορισμός του βήματος για κάθε ένα από τα 2 στρώματα. Για το 1<sup>ο</sup> στρώμα (απ' το οποίο θέλουμε να εκλέξουμε 675 μαθητές) υπολογίζουμε τον μέσο όρο των μαθητών ανά τμήμα και αυτό είναι 27. Άρα 25 (=675/27) τμήματα θα πρέπει να εκλεγούν, και το βήμα είναι :

$$k_1 = \frac{4959}{25} = 199.$$

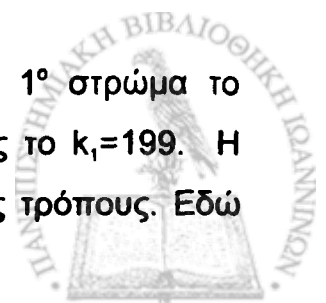
25

Όμοια για το 2<sup>ο</sup> στρώμα (17 μαθητές ανά τμήμα κατά μέσο όρο) θα πρέπει να εκλεγούν 8 τμήματα (17\*8=125) και το βήμα είναι:

$$k_2 = \frac{915}{8} = 114$$

8

6. Σημείο εκκίνησης της συστηματικής Δειγματοληψίας. Για το 1<sup>ο</sup> στρώμα το σημείο εκκίνησης θα είναι ένας τυχαίος αριθμός από το 1 έως το  $k_1=199$ . Η εκλογή αυτού του τυχαίου αριθμού μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Εδώ



εκλέξαμε με τη βοήθεια ενός στατιστικού πακέτου έναν τυχαίο αριθμό στο διάστημα  $[1, 199]$  και αυτός ήταν τελικά ο 152.

Όμοια για το 2<sup>ο</sup> στρώμα ο τυχαίος αριθμός μεταξύ των 1 και 114 ( $=k_2$ ) ήταν ο 80.

7. Η επιλογή των τμημάτων γίνεται ως εξής:

Για το 1<sup>ο</sup> στρώμα αρχίζουμε απ' τον αριθμό που εκλέξαμε τυχαία δηλαδή το 152. Από την 4<sup>η</sup> στήλη του αθροιστικού πίνακα βλέπουμε ότι το 152 είναι μεταξύ των 114 και 182 και άρα το τμήμα  $A_5$  του 1<sup>ου</sup> Λυκείου που είναι στην ίδια οριζόντια γραμμή πρέπει να εκλεγεί. Συνεχίζουμε προσθέτοντας κάθε φορά το βήμα  $k_1=199$ . Έτσι θα έχουμε διαδοχικά:

$$159 + 199 = 358 \Rightarrow \Gamma_1 \quad 1^{\text{ου}} \text{ Λυκείου}$$

$$358 + 199 = 557 \Rightarrow A_4 \quad 2^{\text{ου}} \text{ Λυκείου}$$

Όμοια διαδικασία ακολουθούμε και για το 2<sup>ο</sup> στρώμα μόνο που τώρα το σημείο εκκίνησης θα είναι το 80 και το βήμα θα είναι  $k_2=114$ .

Έτσι ακολουθώντας τα παραπάνω βήματα καθορίζουμε τελικά τα τμήματα που θα αποτελούν το δείγμα μας. Αυτά είναι:

1<sup>ο</sup> στρώμα: (Αστικά Λύκεια)

$A_5, \Gamma_1$	1 <sup>ου</sup> Λυκείου
$A_4, \Gamma_2$	2 <sup>ου</sup> Λυκείου
$B_1, \Gamma_4$	3 <sup>ου</sup> Λυκείου
$B_2$	4 <sup>ου</sup> Λυκείου
$A_1, \Gamma_1$	5 <sup>ου</sup> Λυκείου
$B_3$	Κλασικό
$A_2, B_4, \Gamma_5$	Ζωσιμαίας
$\Gamma_1$	Ανατολή
$A_6, B_3, B_{10}, \Gamma_7$	Ε.Π.Λ.
$B_3, \Gamma_3$	1 <sup>ου</sup> ΤΕΛ
$A_3, \Gamma_4$	2 <sup>ου</sup> ΤΕΛ
$B_2, \Gamma_4$	3 <sup>ου</sup> ΤΕΛ
$B_4$	ΤΕΣ

Τελικά  $n_1=700$



2° στρώμα (Μη Αστικά Λύκεια)

B	Λ. Δολιανών	
B <sub>2</sub>	Λ. Ελεούσας	
A <sub>1</sub> , Γ <sub>2</sub>	Λ. Κατσικά	
A	Λ. Μετσόβου	
B	Λ.Τ. Δελβινακίου	
Γ	Λ.Τ. Χρυσοβίτσας	
A	ΤΕΛ Μετσόβου	Τελικά n <sub>2</sub> =156

(Αναλυτικά, η τεχνική της συστηματικής δειγματοληψίας και η αθροιστική λυκείων παρατίθενται στο παράρτημα 1)

**ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΥΝΟΛΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

ΣΥΝΟΛΟ			ΔΕΙΓΜΑ	
A' Στρώμα	4959	84,42%	700	14,11%
B' Στρώμα	915	15,5%	156	17,04%
Σύνολο	5874	100%	856	14,57%

Συμπέρασμα: Σύμφωνα με τη μεθοδολογία που επιλέξαμε, καθορίστηκε αριθμός των μαθητών που θα συμμετείχαν στην έρευνα. Η κατανομή έγινε ανά στρώμα, ανά Λύκειο και ανά τμήμα, ώστε να εξασφαλίζει την αντιπροσώπευση αλλά και την ευκολία χορήγησης των ερωτηματολογίων. Στο σύνολό του ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι το 14,57% του συνόλου και αντιστοίχως το 14,11% για τα αστικά και το 17,04% για τα μη αστικά.



## Β. ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο εισαγωγικό κεφάλαιο του σκοπού της παρούσης έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής των 26 ερωτήσεων (Eating Attitudes Test, EAT-26), το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburg, BITE) που καταγράφουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής Ανορεκτικού, Βουλιμικού και Υπερφαγικού τύπου, το Ερωτηματολόγιο Symptom Checklist-90 Revised που καταγράφει τις διαστάσεις της γενικής ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε ένας κατάλογος 25 ερωτήσεων που αφορούν δημογραφικά, σωματομετρικά δεδομένα καθώς και στοιχεία για τις καθημερινές συνήθειες διατροφής, τη σωματική άσκηση και το ιστορικό της εμμηνορρυσίας για τα κορίτσια. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα ερωτηματολόγια και παρατίθενται τα ψυχομετρικά τους χαρακτηριστικά. ( Στο παράρτημα 2 παρατίθενται οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων, και στο παράρτημα 3 οι μεταβλητές όπως ακριβώς κωδικοποιήθηκαν, κατά περίπτωση, με βάση διάφορα κριτήρια, και εισήχθησαν τελικώς για επεξεργασία στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ,PC και κεντρικό του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων - Τμήμα Στατιστικής και Επιχειρησιακής Έρευνας).





## ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (Eating Attitudes Test, EAT)

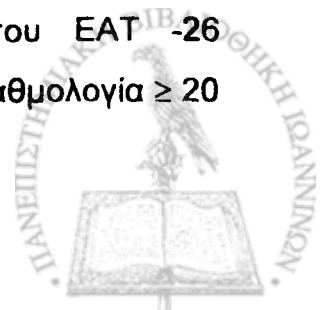
Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test -26 (Garner 1979, Garner 1982) έτσι όπως μεταφράστηκε στα ελληνικά από την ομάδα του Αιγινήτειου (Ε. Βάρσου, Γ. Τρίκκας 1992) και οι οποίοι ευγενικά μας το παραχώρησαν.

Σχεδιάστηκε από τους Garner και Garfinkel το 1979, με σκοπό την εκτίμηση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, εύχρηστο ως προς την αποδοχή του, και ως προς την αξιολόγησή του. Η αρχική του μορφή περιελάμβανε 40 ερωτήσεις (Garner, Garfinkel 1979) σε μια εξάβαθμη κλίμακα απαντήσεων κατά το πρότυπο των κλιμάκων Likert. Οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι οι εξής: *Πάντοτε, Συνήθως, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια, Ποτέ*. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχούσε 1 απάντηση, και η βαθμολογία κάθε ερώτησης κυμαίνεται από 0-3 αναλόγως της κατεύθυνσης (Πάντοτε-Συχνά) και (Μερικές φορές- Ποτέ).

Το EAT -26 αποτελεί έγκυρη και αναθεωρημένη έκδοση του αρχικού EAT -40 και όπως αναφέρθηκε περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις που ταξινομούνται σε τρεις υποκλίμακες που προέκυψαν μετά από παραγοντική ανάλυση, ως εξής: α) Δίαιτα, που αξιολογεί το βαθμό αποφυγής παχυντικών τροφών, τον περιορισμό γενικά των προσλαμβανόμενων τροφών, αλλά και την ενασχόληση με τη λεπτότητα και την επιθυμία αδύνατου σώματος. Στη βαθμολογία της κλίμακας α) «Δίαιτα» ανήκουν οι απαντήσεις 13 ερωτήσεων:

β) «*Βουλιμία και ενασχόληση με την τροφή*»: αξιολογεί τα συμπτώματα της βουλιμίας όπως εμετοί προκλητοί, επεισόδια υπερφαγίας με απώλεια του ελέγχου καθώς και την παρουσία επαναλαμβανόμενων και μη ελεγχόμενων σκέψεων γύρω από την τροφή, με 6 ερωτήσεις.

γ) «*Στοματικός έλεγχος*» που αξιολογεί το βαθμό αυτοελέγχου ως προς την πρόληψη τροφής καθώς και την αντίληψη των πιέσεων από τους άλλους για απόκτηση βάρους. Ελέγχεται με 7 ερωτήσεις. Η βαθμολογία του EAT -26 κυμαίνεται μεταξύ 0-78, ως τιμή κατωφλιού (cut-off) θεωρείται η βαθμολογία  $\geq 20$  (Garner 1979, 1982).



## Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά

### A. Περιγραφή

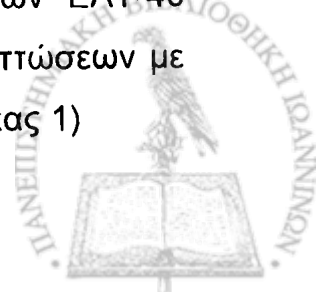
Το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT, Garner and Garfinkel, 1979) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (40 ερωτήσεων -η αρχική μορφή, 26 ερωτήσεων- η τελική μορφή) για την αξιολόγηση των συνηθειών και συμπεριφορών πρόσληψης τροφής που παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία. Κάθε απάντηση κυμαίνεται σε μια τύπου Likert εξάβαθμη κλίμακα (1= ποτέ, 6= πάντοτε), οι δε απαντήσεις βαθμολογούνται με 3 (έντονα ανορεκτική συμπεριφορά), 2 (ενδιάμεση), 1 (ήπια) και 0 οι υπόλοιπες. Υψηλή βαθμολογία του ερωτηματολογίου, παρότι υποδηλώνει την ύπαρξη των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας, δεν τεκμηριώνει νοσολογικά τη διάγνωσή της.

Η παραγοντική ανάλυση του EAT, είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας μικρότερης κλίμακας 26 ερωτήσεων (EAT-26, Garner et al, 1982) η οποία εμφανίζει υψηλή στατιστική συσχέτιση με την ολική βαθμολογία της πρωτότυπης κλίμακας των 40 ερωτήσεων ( $r=0,98$ ).

### A.Κανόνες (Norms)

Οι εισηγητές του ερωτηματολογίου EAT (Garner and Garfinkel, 1979) και (Garner et al, 1982) στις πρωτότυπες εργασίες τους, καταθέτουν τα αποτελέσματα των μετρήσεων, μέσω του ερωτηματολογίου EAT, των παθολογικών συνηθειών και συμπεριφορών πρόσληψης τροφής σε ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (ΨΑ), υγιών γυναικών (ΥΓ), υγιών ανδρών (ΥΑ), παχύσαρκων (Π) και θεραπευθέντων ασθενών με ΨΑ (ΘΨΑ) και παραθέτουν τις τιμές της ολικής βαθμολογίας. Νεώτερα δεδομένα (Allison 1995) παραθέτουν τιμές του EAT σε πληθυσμούς με Διαταραχή Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) και σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.

Οι συγγραφείς προτείνουν ως κατώφλι (ουδός, με την έννοια του βαθμολογικού ορίου) (cut-off score) ολικής τιμής των ερωτηματολογίων EAT-40 και EAT-26 τις τιμές 30 και 20 αντιστοίχως για τον εντοπισμό περιπτώσεων με παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές πρόσληψης τροφής (Πίνακας 1)



Πίνακας 1 :Κανονιστικά δεδομένα (Normative Data)

	Μέση Τιμή (Mean)	Σταθερή Απόκλιση (SD)	Μέγεθος Δείγματος (SS)
1. Ψυχογενής Ανορεξία	58,9	13,3	33
2. Ψυχογενής Βουλιμία	41,3	16,8	79
3. Διαταραχή Υπερφαγίας	32,3	12,1	39
4. Παχυσαρκία	16,5	9,6	16
5. Θεραπευθέντες με ΨΑ	11,4	5,1	9
6. Υγιείς Θήλειες	15,6	9,3	59
7. Υγιείς Άρρενες	8,6	5,3	49

### B. Αξιοπιστία (Reliability)

#### 1. Εσωτερική Συνέπεια ή Συνάφεια

Στη μεν πρωτότυπη κλίμακα του ερωτηματολογίου EAT των 40 ερωτήσεων οι συγγραφείς και εισηγητές της κλίμακας μετά από παραγοντική ανάλυση, τοποθετούν τις ερωτήσεις σε 7 ομάδες, δηλαδή σε 7 παράγοντες (factors) του ερωτηματολογίου EAT-40 (Ενασχόληση με την Τροφή, Λεπτό Σώμα, Έμετοι και Κατάχρηση καθαρτικών, Δίαιτα, Αργή Πρόσληψη Τροφής, Κρυφή Πρόσληψη Τροφής, Έξωθεν Πίεση για Αύξηση Βάρους). Ο συντελεστής Alpha (Coefficient Alpha) για την ολική βαθμολογία του EAT βρέθηκε υψηλός. Από την επιπρόσθετη στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου (Garner et al, 1982) από τους ίδιους συγγραφείς, προέκυψε η κλίμακα των 26 ερωτήσεων (EAT-26) και οι 3 παράγοντες (factors), Δίαιτα, Βουλιμία και Ενασχόληση με την Τροφή και Στοματικός Έλεγχος που αποδίδουν το 40,2% της διακύμανσης (Variance) στον πρωτότυπο πίνακα συσχετίσεων (Original Correlation Matrix). Για τις 26 διαπιστώσεις του EAT-26, βρέθηκε μέτρια στατιστική συσχέτιση με την ολική τιμή ( $r > 0,44$ ).



## 2. Αξιοπιστία Test - Retest (Test - retest Reliability)

Σύμφωνα με τους Carter and Moss (1984) η αξιοπιστία ελέγχου - επανελέγχου, εντός χρονικής περιόδου 2 έως 3 εβδομάδων, σε δείγμα 56 ατόμων, βρέθηκε με τιμή 0,84. (Πίνακας 2)

### Πίνακας 2: Δεδομένα Αξιοπιστίας (Reliability)

1. Εσωτερική Συνάφεια (Internal Consistency)
Συντελεστής Alpha (Coefficient Alpha) = 0,79 για ΨΑ <sup>*(α)</sup>
Συντελεστής Alpha (Coefficient Alpha) = 0,94 για ΨΑ και ΥΜ <sup>** (β)</sup>
Παραγοντική δομή του EAT : 7 παράγοντες
Παραγοντική δομή του EAT - 26 : 3 παράγοντες
2. Δοκιμασία Ελέγχου - Επανελέγχου (Test - retest Reliability)
Χρονικό Μεσοδιάστημα : 2-3 εβδομάδες
Μέγεθος Δείγματος : 56
Ολική Τιμή : $r = 0,84$

\* α: Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ)    \*\*β: Υγιείς Μάρτυρες (ΥΜ)

## Γ. Εγκυρότητα (Validity)

### 1. Συντρέχουσα Εγκυρότης (Concurrent Validity)

Οι συγκριτικές μελέτες του EAT με άλλα ερωτηματολόγια υποδεικνύουν ότι η ολική βαθμολογία του EAT παρουσιάζει μέτρια στατιστική συσχέτιση με τρεις σημαντικές υποκλίμακες (Τάση για Λεπτότητα, Βουλιμία, Δυσαρέσκεια για το Σώμα) του Ερωτηματολογίου Διαταραχών Διατροφής (Eating Disorders Inventory). (Gross et al 1986). Από άλλες ανάλογες μελέτες προκύπτουν παρόμοια αποτελέσματα, μεταξύ δε αυτών η συγκριτική εκτίμηση του EAT και του BITE, που βρέθηκε μετρίως στατιστικά σημαντική :  $r = 0,70$  (BITE, Henderson and Freeman 1987).



Το ερωτηματολόγιο EAT βρέθηκε ότι αποτελεί διαφοροδιαγνωστικό εργαλείο μεταξύ ασθενών με Διαταραχές Διατροφής (Ψυχογενή Ανορεξία, Ψυχογενή Βουλιμία, Διαταραχή Υπερφαγίας) Garner and Garfinkel 1979), γεγονός που επιβεβαιώθηκε από νεώτερες εργασίες (Gross et al, 1986, Prather et al, 1988, Williamson et al, 1993). Παρέχει επίσης διαφοροδιαγνωστική δυνατότητα διάκρισης ασθενών με διαταραχή Υπερφαγίας από ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία (Prather et al, 1988), αλλά δεν παρέχει δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία (Williamson et al, 1993)

## 2. Προγνωστική Εγκυρότης (Predictive Validity)

Παρέχει τη δυνατότητα εκτίμησης της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας και σύμφωνα με τους Williamson, Prather et al (1989), βρέθηκε ότι καταγράφει τη θεραπευτική αλλαγή σε 49 βουλιμικούς ασθενείς που έλαβαν γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία. Βρέθηκε επίσης ότι μπορεί να καταγράφει την συμπτωματολογία θεραπευθέντων ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (Garner et al. 1979)

## 3. Διακριτική Εγκυρότης (Discriminant Validity)

Στην εργασία των Gross et al, 1986 δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ολικής βαθμολογίας του EAT και 3 εκ των υποκλιμάκων του EDI , Αναποτελεσματικότητα, Διαπροσωπική Δυσπιστία, Φόβοι Ενηλικίωσης (EDI: Eating Disorders Inventory). Επίσης, οι Garner et al, 1982) δε βρήκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ολικής βαθμολογίας του EAT και κλιμάκων μετρήσεως Άγχους, Δισπροσωπικής Ευαισθησίας και Ψυχαναγκαστικότητας.



## ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΕΔΙΜΒΟΥΡΓΟΥ

### Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)

Το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, Henderson and Freeman 1987) έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση των επεισοδίων υπερφαγίας (binge-eating) και των γνωσιακών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων της βουλιμίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως εργαλείο επιδημιολογικής έρευνας για τη διακρίβωση των κλινικών και υποκλινικών περιπτώσεων του συνδρόμου της βουλιμίας αλλά και ως όργανο αξιολόγησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της διαταραχής κατά την εξέλιξη της θεραπείας. Αποτελείται από 33 ερωτήσεις και περιλαμβάνει απαντήσεις τύπου ΝΑΙ/ΟΧΙ, αλλά και του τύπου της εξάβαθμης κλίμακας Likert. Εμπεριέχει δύο υποκλίμακες που αξιολογούνται χωριστά. Πρόκειται για την κλίμακα Συμπτωμάτων καθώς και την κλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων. Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένο στα Ελληνικά από την ομάδα του Αιγινήτιου (Βάρσου και Τρίκκας 1992), οι οποίοι ευγενικά μας το παραχώρησαν. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου περιγράφονται ως εξής:

Κανόνες (Norms): Η ανώτερη τιμή της υποκλίμακας Συμπτωμάτων είναι 30 και η τιμή 20 αποτελεί το κατώφλι κλινικής σημασίας. Η ανώτερη τιμή της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων είναι 39 και η τιμή 5 αποτελεί το κατώφλι κλινικής σημασίας. Μια τιμή 25 και άνω, που αποτελεί το άθροισμα των τιμών των 2 υποκλιμάκων (20+5) αναδεικνύει ένα σοβαρά διαταραγμένο μοντέλο διατροφής. Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου, όπως παρουσιάζονται από τους συγγραφείς, συνοψίζονται στον κάτωθι πίνακα:



### A. Κανόνες (Norms)

	Υποκλίμακα Συμπτωμάτων	Υποκλίμακ α Βαρύτητας	Ολικό	Δείγμα
Βουλιμία	26,03 (2,25)	10,16 (3,63)	36,19 (4,47)	32
Ομάδα ελέγχου	2,94 (2,94)	0,44 (0,29)		32

B.1. Αξιοπιστία (Reliability). Οι Henderson and Freeman (1987) αναφέρουν ότι το κριτήριο Alpha για το δείγμα των ασθενών με βουλιμία και της Ομάδας Ελέγχου είναι για την υποκλίμακα Συμπτωμάτων 0,96 και για την υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων 0,62 (Alpha Coefficient)

2. Test-retest reliability. Η G. Waller (1992) αναφέρει τιμή συντελεστή συσχέτισης (test-retest correlation) για μέσο διάστημα 1 εβδομάδας  $r=0,86$ . Ο συντελεστής συσχέτισης, σε δείγμα 10 βουλιμικών ασθενών, για μεσοδιάστημα 15 εβδομάδων είχε τιμή  $r=0,68$ .

#### Reliability (Αξιοπιστία)

##### α. Εσωτερική (Internal Consistency)

ή Εσωτερική Συνέπεια ή Συνάφεια (Συντελεστής Alpha)

Coefficient Alpha = 0,96 για την Υποκλίμακα Συμπτωμάτων

Coefficient Alpha = 0,62 για την Υποκλίμακα βαρύτητας

##### β. Test-retest Reliability

Ομάδα ελέγχου: Μεσοδιάστημα: 1 εβδομάδα

Δείγμα : N = 30

Ολική τιμή :  $r = 0,86$

Ομάδα βουλιμίας : Μεσοδιάστημα: 15 εβδομάδων

Δείγμα : N = 10

Ολική τιμή :  $r = 0,68$

##### Γ. Εγκυρότης (Validity)



Συντρέχουσα Εγκυρότης (Concurrent Validity). Είναι ο βαθμός στον οποίο τα αποτελέσματα μιας δοκιμασίας με τη χρήση μιας συγκεκριμένης κλίμακας συγκρίνονται με εκείνα μιας άλλης (εξωτερικό κριτήριο) που χορηγείται και εκτιμάται κατά τον ίδιο χρόνο (Μαδιανός 1989).

Για τον καθορισμό της Συντρέχουσας Εγκυρότητας οι Henderson και Freeman (1987) συνέκριναν τη συνολική τιμή του ερωτηματολογίου BITE από δείγμα 57 ασθενών και υγιών μαρτύρων, με την ολική τιμή του EAT και τις τιμές των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EDI (Eating Disorders Inventory).

Οι συσχετίσεις σημαντικότητας καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

#### Συντρέχουσα Εγκυρότης (Concurrent Validity)

r με EAT = 0,70

r με EDI scales

r με υποκλίμακα Τάση για Λεπτότητα = 0,59

r με υποκλίμακα Βουλιμίας = 0,69

#### Διακριτική Εγκυρότης (Discriminant Validity)

r με Υποκλίμακες του EDI

- Τελειοθηρία = 0,14
- Διαπροσωπική Δυσπιστία = 0,23

H G. Waller (1992) χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο BITE για την ταξινόμηση ασθενών με διάφορες μορφές διαταραχών διατροφής και το θεωρεί ως χρήσιμο εργαλείο για τη διάκριση των ομάδων σε υγιείς μάρτυρες (YM), ανορεκτικούς με (ΨΑ+) ή χωρίς (ΨΑ-) βουλιμικά συμπτώματα και βουλιμικούς με (ΨΒ+) ή χωρίς (ΨΒ-) ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ομάδες, σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, παρατίθενται παρακάτω:

Υποκλίμακα Συμπτωμάτων : ΨΒ - = ΨΒ+ > ΨΑ + > ΨΑ - > YM

Υποκλίμακα Βαρύτητας : ΨΒ - > ΨΒ+ > ΨΑ + > ΨΑ - > YM

Ολική τιμή : ΨΒ = ΨΒ + > ΨΑ + > ΨΑ -- > YM

YM: Ομάδα ελέγχου (Υγιείς Μάρτυρες)

ΨΑ+: Ανορεκτικοί με βουλιμικά συμπτώματα

ΨΑ -: Ανορεκτικοί χωρίς βουλιμικά συμπτώματα





ΨB -: Βουλιμικοί ασθενείς χωρίς ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας

ΨB +: Βουλιμικοί ασθενείς με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας

Οι Henderson και Freeman (1987) βρήκαν μη-σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της ολικής τιμής του BITE και των υποκλιμάκων (Τελειοθηρίας και Διαπροσωπική Δυσπιστία του EDI ( $r = 0,14$  και  $r = 0,23$  αντιστοίχως).

Επίσης η ολική τιμή του BITE είχε μη-στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα του Στοματικού Ελέγχου του ερωτηματολογίου EAT - 26.

#### Προγνωστική Εγκυρότης (Predictive Validity)

Αναφέρεται στην ικανότητα ενός οργάνου ή μιας κλίμακας να προβλέπει ένα κριτήριο εκτός της κλίμακας. Δεν έχουν διενεργηθεί ανάλογες έρευνες με τη χρήση του BITE.



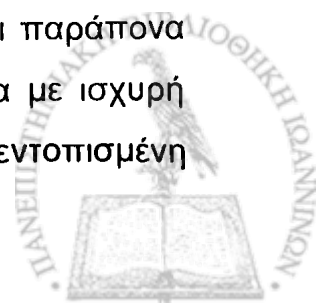
## -Το Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας Symptom Check List -90 Revised (SCL-90-R)

Το SCL-90-R αποτελεί ένα αρκετά διαδεδομένο εργαλείο εκτίμησης της γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την τελευταία εικοσαετία (*Derogatis 1977*). Αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, που αντιπροσωπεύουν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, και οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μια κλίμακα 0-5 (από 0 που αντιπροσωπεύει το Καθόλου, έως 5 που σημαίνει Πάρα Πολύ), δηλαδή Καθόλου, Λίγο, Μέτρια, Πολύ, Πάρα Πολύ, 1,2,3,4,5 αντιστοίχως αναλόγως του βαθμού ενόχλησης του ασθενούς από τα συμπτώματα αυτά.

Το χρονικό διάστημα των 7 ημερών (τελευταία εβδομάδα) είναι ο χρόνος αναφοράς για την εκτίμηση των συμπτωμάτων και του βαθμού ενόχλησης απ' αυτά. Τρεις Γενικοί Δείκτες εκτίμησης της συμπτωματολογίας προκύπτουν από το SCL-90-R: 1.0 Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που προκύπτει από το πηλίκο: άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων), 2.0 Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός) και 3. Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ). Επιπροσθέτως, εννέα (9) μη αλληλοκαλυπτόμενες κλίμακες ψυχοπαθολογίας (Σωματοποίηση -Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Θυμός-Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός) καταμετρούνται ξεχωριστά και προκύπτει ο μέσος όρος της κάθε κλίμακας (Σύνολο Βαθμολογίας των διαπιστώσεων κάθε κλίμακας/αριθμός διαπιστώσεων κάθε κλίμακας). Οι διαπιστώσεις κάθε κλίμακας κυμαίνονται από 6 (Παρανοειδής Ιδεασμός) έως 13 (Κατάθλιψη).

Αναλυτικά στο Ερωτηματολόγιο SCL-90 R, οι υποκλίμακες καταγράφουν τις παρακάτω διαστάσεις ψυχοπαθολογίας:

1. **Σωματοποίηση:** Αυτή η διάσταση αντανακλά διαταραχή (distress) που ξεκινά από την αντίληψη σωματικής δυσλειτουργίας. Συμπεριλαμβάνονται παράπονα εστιασμένα στο καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, και άλλα συστήματα με ισχυρή μεσολάβηση του ΑΝΣ. Πονοκέφαλοι, πόνοι στη ράχη και δυσανεξία εντοπισμένη



στο μυϊκό σύστημα είναι επίσης στοιχεία, όπως και άλλα σωματικά ισοδύναμα του άγχους.

- II. *Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα (Ιδεοληψία - Ψυχαναγκασμός)*: Αυτή η μέτρηση εστιάζει σε σκέψεις, παρορμήσεις και πράξεις, τις οποίες το άτομο βιώνει σαν αδιάλειπτες και είναι αδύνατο να τους αντισταθεί. Σα να προέρχονται έξω από τον ίδιο και είναι ανεπιθύμητης φύσης. Συμπεριφορές ενδεικτικές μιας γενικότερης γνωστικής δυσκολίας συμπεριλαμβάνονται.
- III. *Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity)*: Ο παράγοντας αυτός αποκαλύπτει αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και κατωτερότητας ιδιαίτερα σε σύγκριση με άλλα άτομα. Αποδοκιμασία, αισθήματα αμηχανίας, έντονη δυσφορία κατά τη διάρκεια διαπροσωπικών συναλλαγών, αισθήματα καχυποψίας (self-consciousness) και αρνητικές προσδοκίες όσον αφορά τη διαπροσωπική επικοινωνία είναι επίσης τυπικές πηγές δυσφορίας (distress).
- IV. *Κατάθλιψη*: Παρουσιάζονται συμπτώματα δυσφορικού συναισθήματος και διάθεσης, όπως σημάδια απόσυρσης από το ενδιαφέρον για τα γεγονότα της ζωής, έλλειψη κινητοποίησης και απώλεια ζωτικής ενέργειας. Αντικατοπτρίζονται αισθήματα απελπισίας και ματαιότητας όπως και άλλες σωματικές και γνωστικές παράμετροι κατάθλιψης. Πολλά θέματα συμπεριλαμβάνονται, όπως σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας.
- V. *Άγχος*: Γενικές ενδείξεις, όπως ανησυχία, νευρικότητα και ένταση συμπεριλαμβάνονται, και επιπλέον σωματικά στοιχεία π.χ. τρόμος (τρέμουλο). Θέματα που μετρούν ελεύθερο άγχος και κρίσεις πανικού αποτελούν ακέραιο τμήμα αυτής της διάστασης και συμπεριλαμβάνεται και ένα θέμα πάνω σε αισθήματα διάσχισης / ψυχοαποσύνδεσης (dissociation).
- VI. *Θυμός - Επιθετικότητα (Εχθρότης)*: Οργανώνεται γύρω από τρεις κατηγορίες εχθρικής συμπεριφοράς: σκέψεις, συναισθήματα και πράξεις. Τα θέματα κυμαίνονται από αισθήματα ενόχλησης και παρορμήσεις προς την καταστροφή αντικειμένων μέχρι καυγάδες και ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα θυμού.
- VII. *Φοβικό άγχος (Φοβίες) (Phobic anxiety)*: Παρουσιάζονται ανησυχίες (φόβοι) φοβικού χαρακτήρα προσανατολισμένες προς τα ταξίδια μακριά από το σπίτι, ανοιχτούς χώρους, πλήθη ή δημόσιους χώρους. Συμπεριλαμβάνονται επιπλέον αρκετά θέματα που αντιπροσωπεύουν φοβική κοινωνική συμπεριφορά.

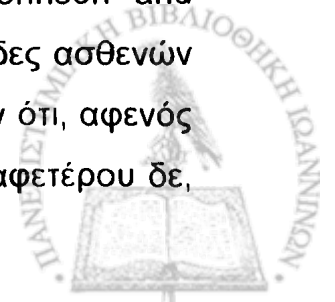


VIII. *Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation)*: Τα θέματα αυτά αναπτύχθηκαν γύρω από τα πρωτοπαθή χαρακτηριστικά της παρανοειδούς σκέψης: παραγωγική σκέψη, εχθρότητα, καχυποψία, επικέντρωση (centrality), παραισθήσεις, απώλεια αυτονομίας και αίσθημα μεγαλείου (grandiosity).

IX. *Ψυχωτισμός (Psychoticism)*: Παρουσιάζεται ποικίλη οξεία συμπτωματολογία όπως και συμπεριφορές που θεωρούνται πιο έμμεσες, λιγότερο ενδεικτικοί δείκτες ψυχωσικής διαδικασίας. Επίσης δευτερεύοντα σημεία ψυχωσικής συμπεριφοράς και δείκτες σχιζοειδούς τρόπου ζωής.

Υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του ερωτηματολογίου SCL-90-R σε πληθυσμούς ψυχιατρικών ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών) και γενικού πληθυσμού ενηλίκων (ανδρών και γυναικών). Οι μελέτες εκτίμησης της εσωτερικής συνέπειας (Internal Consistency) και της αξιοπιστίας (test-retest Reliability) έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι μελέτες εγκυρότητας παρότι είναι λίγες, έχουν δείξει ότι το SCL-90-R γενικά αποτελεί ένα ευαίσθητο εργαλείο μέτρησης των αποτελεσμάτων μιας θεραπευτικής τεχνικής (σύγκριση προ και μετα-θεραπεία των αποτελεσμάτων) ιδιαίτερα δε οι τρεις γενικοί δείκτες καθώςον διαπιστώθηκε ότι οι δείκτες των 9 υποκλιμάκων έχουν μικρή διακριτική εγκυρότητα (discriminant Validity), (Götlib 1984). Συμπερασματικά, από την έρευνα προκύπτει ότι, δια του ερωτηματολογίου SCL-90-R καταφαίνεται ένας γενικός βαθμός ενόχλησης - μια γενική ένδειξη ψυχολογικής καταπόνησης, παρά μια διαγνωστική - νοσολογική κατηγοριοποίηση.

Ειδικότερα, ως προς τις ομάδες των ασθενών με διαταραχές διατροφής αρκετά στοιχεία από τη χρήση του SCL-90-R υπάρχουν κυρίως για τους βουλιμικούς, ενώ αντίθετα δεν έχει χρησιμοποιηθεί στους ανορεκτικούς ασθενείς. Συγκρίνοντας ως προς τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων, η ομάδα βουλιμικών με ομάδα άλλων ψυχιατρικών αρρώστων, φαίνεται ότι στην ομάδα της βουλιμίας ο Δείκτης είναι ουσιαδώς μεγαλύτερος, αλλά γενικά συγκρίσιμος με αυτόν που περιγράφεται στην ομάδα των άλλων ψυχιατρικών ασθενών (Johnson and Connors, 1987). Οι Garner και συν. (1990) συγκρίνοντας δύο ομάδες ασθενών με ψυχογενή βουλιμία (με καλή έκβαση και με κακή έκβαση) βρήκαν ότι, αφενός οι δυο ομάδες δε διέφεραν ως προς τον ΓΔΣ προ της θεραπείας, αφετέρου δε,



ότι η βελτίωση των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής σχετίζεται στατιστικώς πολύ σημαντικά με την ύφεση των ψυχολογικών συμπτωμάτων - όπως εκφράζεται από τη χαμηλή τιμή του ΓΔΣ κατά τη μέτρησή του, μετά τη θεραπεία. Οι συγγραφείς ερμηνεύοντας το παραπάνω πολύ σημαντικό εύρημα, καταλήγουν ότι, τα έντονα ψυχολογικά συμπτώματα των βουλιμικών ασθενών, όπως καταγράφονται, δια του ερωτηματολογίου SCL-90-R είναι δευτεροπαθή, οφειλόμενα στη χασοκή συμπεριφορά διατροφής των ασθενών αυτών, προσφέροντας ταυτόχρονα ένα σπουδαίο στοιχείο διακριτικής εγκυρότητας (discriminant Validity) του ερωτηματολογίου SCL-90-R.

Υπάρχει σημαντική σταθερότητα των δεδομένων των υποκλιμάκων του SCL-90-R, σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν υψηλότερες τιμές όλων και των 9 υποκλιμάκων των βουλιμικών ασθενών σε σύγκριση με τις τιμές με τις ομάδες ελέγχου. Οι κλίμακες της Διαπροσωπικής Ευαισθησίας και της Κατάθλιψης βρέθηκαν με τις μεγαλύτερες τιμές, άλλοτε η Διαπροσωπική Ευαισθησία μεγαλύτερη (Ordman and Kirschenbaum, 1986), (Weiss and Ebert 1983, Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero and Bluin 1985) και άλλοτε η τιμή της υποκλίμακας της Κατάθλιψης (Garner et al 1990, Johnson and Connors, 1987). Οι υποκλίμακες που ακολουθούν έχοντας υψηλές τιμές, είναι του Άγχους και της Ψυχαναγκαστικότητας-Καταναγκαστικότητας. Συγκριτικά δεδομένα ομάδων, γυναικών ασθενών με ψυχογενή βουλιμία, γυναικών με παχυσαρκία και γυναικών ομάδος ελέγχου, δείχνουν ότι οι μεν βουλιμικοί ασθενείς έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες τιμές σε όλες (και τις 9) υποκλίμακες σε σύγκριση με τις άλλες δυο ομάδες, οι οποίες δε διαφέρουν ως προς τις τιμές των υποκλιμάκων, μεταξύ των (Williamson et al 1985). Το εύρημα αυτό συνάδει με τα ευρήματα του MMPI σε βουλιμικούς, όπου οι κλίμακες ψυχοπαθολογίας έχουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους παχύσαρκους.

Τελικά, το ερωτηματολόγιο SCL-90-R παρέχει μια σφαιρική εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας, είναι εύκολο στη χρήση, σύντομο σε χρόνο έχει δε βιβλιογραφικά ευρέα κανονιστικά δεδομένα (Ντώνιας και συν.1991) (Πίνακας 10)]. Προσφέρεται ως εργαλείο εκτίμησης της αλλαγής στη συμπτωματολογία κατά την πάροδο του χρόνου, καθώς και ως εργαλείο ελέγχου μιας

εφαρμοσθείσης θεραπευτικής τεχνικής. Κυρίως όμως είναι περισσότερο χρήσιμο ως εργαλείο αξιολόγησης και εκτίμησης της γενικής ψυχολογικής καταπόνησης ατόμων ή πληθυσμών, παρά ως εργαλείο διερεύνησης της ειδικής ψυχοπαθολογίας (Alison 1995). Γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιήθηκε και στη δική μας έρευνα.

Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου SCL -90R έγινε σε υγιείς μάρτυρες και μικτό ψυχιατρικό πληθυσμό για τον έλεγχο πλευρών της εγκυρότητάς του και την εγκατάσταση κανονιστικών δεδομένων, έτσι ώστε το σταθμισμένο SCL -90-R να συμβάλλει στην ψυχιατρική έρευνα και κλινική πράξη.

Το ερωτηματολόγιο της SCL -90-R μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Ντώνια και συν (Ντώνιας και συν 1991) με ομοφωνία των συγγραφέων ως προς τη φραστική διατύπωση των ερωτήσεων και των οδηγιών συμπλήρωσης. Αποτελείται από 90 διαπιστώσεις που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η κάθε διαπίστωση βαθμολογείται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα ενόχλησης, από «καθόλου» ( 0 ) έως «πάρα πολύ» ( 4 ).

Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία παρίσταται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες: I) Σωματοποίηση ( 12 διαπιστώσεις ): αιτιάσεις που αφορούν σωματική δυσλειτουργία. II) Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα (10 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. III) Διαπροσωπική ευαισθησία (9 διαπιστώσεις): αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και στις σχέσεις με τους άλλους. IV) Κατάθλιψη (13 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. V) Άγχος (10 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. VI) Επιθετικότητα (6 διαπιστώσεις): εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας. VII) Φοβικό άγχος (7 διαπιστώσεις): απηχεί κυρίως το αγοραφοβικό σύνδρομο. VIII) Παρανοειδής ιδεασμός (6 διαπιστώσεις): αιτιάσεις και συμπεριφορά που αντιπροσωπεύουν έναν παρανοειδή τρόπο σκέψης. IX) Ψυχωτισμός (10 διαπιστώσεις): αντιπροσωπεύει μια σύμμεξη των συμπτωμάτων «α' τάξης» της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως



στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις. Επτά διαπιστώσεις που αφορούν διάφορες αιτιάσεις (διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) δε συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες αλλά συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών που αναφέρονται στη συνέχεια. Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας αποτελεί το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους διαπιστώσεων που την απαρτίζουν.

Επιπλέον των 9 υποκλιμάκων, εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης απ' αυτά. β) το σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ), που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης μόνο.

Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται οι τιμές των δεικτών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL-90R σε 2 ομάδες, σε μια ομάδα ψυχιατρικών ασθενών καθώς και σε μια ομάδα ελέγχου-ογίων μαρτύρων. Βάσει των δεδομένων αυτών και της στατιστικής εξίσωσης (Σφάλμα Τύπου I= Σφάλμα Τύπου II), υπολογίστηκαν οι τιμές κατωφλίου των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL-90R, που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, προκειμένου να υπολογισθεί η επικράτηση της ψυχοπαθολογίας στους εφήβους (μαθητές και μαθήτριες) της έρευνάς μας, ως ποσοστό επί τοις εκατό, με τιμή ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου, που υπολογίστηκε με τον παραπάνω τρόπο και παρουσιάζεται αναλυτικά στο οικείο κεφάλαιο (βλ. κεφ., ευρήματα από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου SCL-90R).



Σύγκριση μέσων τιμών των υποκλιμάκων της SCL -90-R υγιών και ψυχιατρικών αρρώστων (t-test διπλής κατεύθυνσης). (Σ. Ντώνιας, Α. Καραστεργίου, Ν. Μάνος, 1991)

	υγείς v=53	άρρωστοι v=248	t
ΓΔΣ	0.74+0.5616	1.59+0.6814	8.4854*
ΣΘΣ	38.04+20.2075	59.62+17.7079	7.7907*
ΔΕΘΣ	1.58+0.5307	2.34+0.5805	8.6993*
σωματοποίηση	7.40+7.0611	15.68+10.4064	5.5242*
ψυχαναγκαστικότητα	9.49+6.5004	19.21+9.3365	7.2096*
διαπροσωπική ευαισθησία	8.36+6.2422	14.34+7.9180	5.1638*
κατάθλιψη	11.34+8.7463	27.26+11.5000	9.5044*
άγχος	7.32+6.6615	19.09+8.88428	9.1448*
θυμός	5.08+5.0377	8.46+6.0543	3.7968*
φοβικό άγχος	2.51+3.6879	8.28+6.6826	6.0886*
παρανοειδής ιδεασμός	6.13+4.4291	9.05+5.7422	3.4858*
ψυχωτισμός	6.09+6.8311	12.59+8.1230	5.4265*
β.ε.=299 *p<0.001			

\* Γενικός δείκτης συμπτωμάτων

\*\* Σύνολο θετικών συμπτωμάτων

\*\*\* Δείκτης ενόχλησης από τα θετικά συμπτώματα





Ως προς τα αποτελέσματα της στάθμισης της Ελληνικής έκδοσης του SCL-90R, η ανάλυση διακριτικών συναρτήσεων έδειξε πολύ υψηλά ποσοστά ορθής ταξινόμησης των ταξινομηθέντων στις ομάδες των αρρώστων και των υγιών μαρτύρων σε συνάρτηση με τη βαθμολογία τους στις υποκλίμακες και τους δείκτες. Η σταθμισμένη ελληνική έκδοση του SCL-90R μπορεί να αποβεί ένα χρήσιμο εργαλείο ανίχνευσης και εκτίμησης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στην ψυχιατρική έρευνα και κλινική πράξη (Ντώνιας και συν 1991).

### Γ. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μεθοδολογία της επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνάς μας γίνεται κατά ενότητες και τα αποτελέσματα αναπτύσσονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

1) Στην πρώτη ενότητα καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών στα οποία εμπεριέχονται το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας, η διαστρωμάτωση των Λυκείων σε αστικά και μη αστικά και η σχολική επίδοση των μαθητών. Με βάση τα δεδομένα των δημογραφικών στοιχείων θα γίνουν συγκρίσεις ως προς τις συνήθειες διατροφής και την ψυχοπαθολογία κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα πατέρα και μητέρας, τάξη, αστικά - μη αστικά και σχολική επίδοση.

2) Στη δεύτερη ενότητα καταγράφονται τα σωματομετρικά στοιχεία των μαθητών που περιλαμβάνουν το ύψος και το βάρος τους, όπως υπολογίστηκε από τους ίδιους κατά την ημέρα που διενεργήθηκε η έρευνα καθώς και το μεγαλύτερο και το μικρότερο βάρος που είχαν στο ίδιο ύψος αλλά και η τιμή ενός επιθυμητού βάρους, δηλαδή το βάρος που θα ήθελαν οι ίδιοι να έχουν στο συγκεκριμένο ύψος που είχαν κατά την ημέρα της έρευνας. Από τις παραμέτρους του βάρους και του ύψους υπολογίστηκε η τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) που ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε χιλιόγραμμα δια του τετραγώνου του ύψους σε μέτρα. Στη ίδια ενότητα καταγράφηκε η εκτίμηση των μαθητών για το βάρος τους στο συγκεκριμένο ύψος, εάν δηλαδή οι ίδιοι θεωρούν το βάρος τους κανονικό, σύμφωνα με την υποκειμενική τους εκτίμηση και πάνω ή κάτω απ' αυτό.



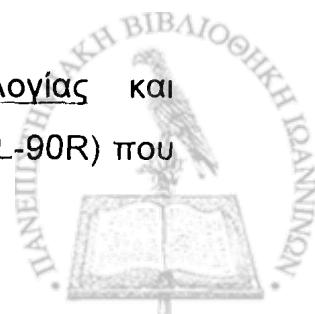
3) Στην τρίτη ενότητα περιγράφονται οι Ημερήσιες Συνήθειες και Συμπεριφορές Διατροφής των μαθητών, δηλαδή η συχνότητα λήψης τακτικών γευμάτων (Πρωινού - Μεσημεριανού - Βραδινού και Ενδιάμεσων) και καταγράφονται οι διαφορές κατά φύλο και στρώμα. Επίσης αναφέρονται οι Συμπεριφορές που έχουν υιοθετήσει οι μαθητές ως προς τη διατροφή όπως εάν έχουν απευθυνθεί ποτέ σε κάποιον ειδικό για θέματα διατροφής, εάν είναι μέλη κέντρων διαίτης ή ινστιτούτων αδυνατίσματος, εάν έχουν παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα στη συμπεριφορά φαγητού και ο προσδιορισμός του προβλήματος στη διατροφή τους, σύμφωνα με τη δική τους περιγραφή που ταξινομήθηκε σε πέντε κατηγορίες προβλημάτων (Απλή δίαιτα - Ανορεξία - Βουλιμία και Υπερφαγία - Σωματική Νόσος).

4) Στην τέταρτη ενότητα καταγράφονται οι συνήθειες των μαθητών που έχουν σχέση με τη σωματική άσκηση, τον αθλητισμό και ενασχολήσεις που σχετίζονται με έλεγχο του σωματικού βάρους ή της αισθητικής του σώματος. Εδώ περιγράφονται η ενασχόληση με τον χορό όλων των ειδών, το μπαλέτο, την πάλη και την κωπηλασία.

5) Στην πέμπτη ενότητα καταγράφεται το ιστορικό εμμηνορρυσίας στα κορίτσια, εάν δηλαδή η έμμηνος ρύση είχε κανονική μηνιαία χρονικότητα κατά τους τελευταίους 3 μήνες καθώς και εάν υπάρχει αμηνόρροια και τόσο έχει διαρκέσει, όπως υπολογίστηκε από την ημερομηνία της τελευταίας περιόδου που κατέγραψαν τα κορίτσια στις αντίστοιχες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

6) Στην έκτη και 7) στην έβδομη ενότητα καταγράφονται οι απαντήσεις και οι αντίστοιχες τιμές, στις ερωτήσεις και διαπιστώσεις των ειδικών ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE που αφορούν στις παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές διατροφής, οι οποίες καθορίζονται βάσει μιας κατώτερης τιμής, της τιμής κατωφλιού, έτσι όπως έχει ορισθεί από τους εισηγητές των ερωτηματολογίων και τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Όπως έχει αναφερθεί στο οικείο κεφάλαιο (βλ. Υλικό και Μέθοδος) χρησιμοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) και το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας (BITE).

8) Στην όγδοη ενότητα γίνεται η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας και καταγράφονται οι απαντήσεις των μαθητών στο ερωτηματολόγιο (SCL-90R) που



καταγράφει τη διάσταση της ψυχοπαθολογίας μέσω των 9 υποκλιμάκων του (Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα, Διαπροσωπική ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Θυμός - Επιθετικότητα, Φοβικό άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός) και των 3 Δεκτών του (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων και Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων). Όπως έχει τονισθεί στο σκοπό της παρούσης έρευνας, η εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας των μαθητών, ως διάσταση και όχι ως κατηγορία, μας προσφέρει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε στατιστικά τις τιμές του SCL-90R και των EAT-26 και BITE για να διαπιστώσουμε την πιθανή συσχέτισή τους, ώστε να γίνει διερεύνηση της πιθανής σχέσης ψυχοπαθολογίας και παθολογικών συμπεριφορών διατροφής.

9) Στην ένατη ενότητα καταγράφονται τα επιδημιολογικά δεδομένα των διαταραχών διατροφής, στο δείγμα μας. Γίνεται δηλαδή εκτίμηση της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας στα αγόρια και στα κορίτσια του δείγματός μας, βάσει των κριτηρίων που έχουν θεσπιστεί γι' αυτό.

10) Τέλος, στη δέκατη ενότητα αναλύεται η στατιστική μελέτη της συσχέτισης των μεταβλητών και περιγράφεται η σχέση μεταξύ των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Επίσης μέσω της ειδικής στατιστικής μεθοδολογίας *step-wise logistic regression*, γίνεται μελέτη της συσχέτισης των μεταβλητών από τα Δημογραφικά, τα Σωματομετρικά δεδομένα, τις Ημερήσιες Συνήθειες και συμπεριφορές Διατροφής, την Σωματική άσκηση, το ιστορικό εμμηνορρυσίας και την αμηνόρροια με τις τιμές των ερωτηματολογίων Διατροφής (EAT-26 και BITE) και του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας (SCL-90R) με σκοπό την ανίχνευση παραγόντων που συμμετέχουν στην εκδήλωση των διαταραχών διατροφής καθώς και τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών και ψυχοπαθολογίας στους μαθητές και μαθήτριες του δείγματός μας.

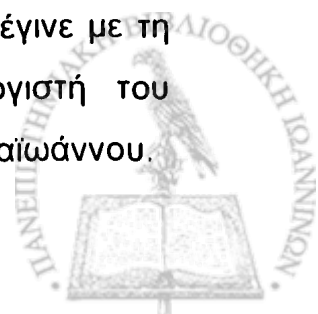


#### Δ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η στατιστική περιελάμβανε ελέγχους test ανεξαρτησίας 2 παραγόντων ή ισότητας ποσοστών (αναλογιών) (homogeneity), ελέγχους με τη δοκιμασία  $\chi^2$  ή του πηλίκου πιθανοφανειών (LR) όπου ήταν ορθό να χρησιμοποιηθούν οι διαδικασίες αυτές ή ελέγχους του Fisher (Fisher's Test για 2x2 πίνακες). Επίσης περιελάμβανε συγκρίσεις μέσω τιμών με την δοκιμασία ανάλυσης της διακύμανσης, (ANOVA). Οι συσχετίσεις εκτιμήθηκαν με τα test Ελέγχου Ανεξαρτησίας ή τον Συντελεστή Συσχέτισης του Pearson.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μορφή πινάκων όπου καταγράφονται διάφορα ποσοστά. Στο τέλος του πίνακα, όπου κρίνεται σκόπιμο για λόγους συμπερασματολογίας, παρατίθενται στατιστικές συναρτήσεις όπως το  $\chi^2$  (x-square) ή το πηλίκο πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio LR) και η πιθανότητα σημαντικότητας (p-Value). Δεδομένου ότι η δειγματοληψία είναι πολυωνυμική και όχι γινόμενο πολυωνυμικών (product multinomial) οπότες στατιστικές συγκρίσεις γίνονται μεταξύ κατηγοριών των μαθητών π.χ. αγόρια-κορίτσια, αστικά-μη αστικά κ.λ.π οι συγκρίσεις αυτές γίνονται με την προϋπόθεση ότι οι αριθμοί των μαθητών (συχνότητες) ανά κατηγορία είναι σταθερές. Υπάρχουν επίσης ορισμένα επιπλέον σχόλια για τη στατιστική μεθοδολογία στο Κεφ. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, στο οποίο αναλύεται η ο τρόπος που χρησιμοποιήθηκε, η λογιστική παλινδρόμηση για την εκτίμηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις ανεξάρτητες μεταβλητές EAT-26(OB) και BITE (OB), αφού λόγω των πολλών μεταβλητών που υπάρχουν στην έρευνά μας, έπρεπε να προηγηθεί η διαδικασία ελέγχου των συσχετίσεων με τις ανεξάρτητες και εν συνεχεία να εισαχθούν στο μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης, για λόγους εγκυρότητας των αποτελεσμάτων.

Τα δεδομένα των 856 συμπληρωθέντων ερωτηματολογίων, καταχωρήθηκαν, μέσω των μεταβλητών (βλέπε στο παράρτημα τον πίνακα των μεταβλητών), σε ηλεκτρονικό υπολογιστή του τμήματος Στατιστικής και Επιχειρησιακής έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, η δε επεξεργασία και ανάλυσή τους, έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS, στον κεντρικό υπολογιστή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, υπό την εποπτεία του Καθηγητή κ. Τ. Παπαϊωάννου.



Πίνακας 1: Κατανομή δείγματος κατά φύλο

	N	(%)
Αγόρια	385	45
Κορίτσια	471	55
Σύνολο	856	100

$\chi^2=8,640$   $df=1$   $Asymp.Sig=0,003$

2. Η ηλικία των μαθητών κυμαίνεται από 15 ετών που είναι οι μαθητές της Α' Λυκείου, έως 19-20 ετών, που ανήκουν οι μαθητές που έχασαν χρονιά ή φοιτούν στα ΤΕΛ και την ΤΕΣ (Τεχνικά Επαγγελματικά Λύκεια και Τεχνική Επαγγελματική Σχολή, αντιστοίχως). Η ταξινόμηση κατά ηλικία παρουσιάζεται ως εξής (Πίνακας 2).



Πίνακας 2 : Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο

Ηλικία	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
15 ετών	15	3,9	32	6,8	47	5,5
16 ετών	108	28,1	135	28,7	243	28,4
17 ετών	151	39,2	197	41,8	348	40,7
18 ετών	79	20,5	86	18,3	165	19,3
19 ετών	20	5,2	9	1,9	29	3,4
20 ετών	12	3,1	12	2,5	24	2,8

Σύνολο

385

471

856

3.Ως προς το επάγγελμα του πατέρα, έγινε ταξινόμηση των επαγγελματιών σε 14 κατηγορίες, σύμφωνα με την κατάταξη των επαγγελματικών κατηγοριών που έγινε από τους Μουζά και Πατσαϊωάννου (Μουζάς 1996), και που στη συνέχεια ενοποιήθηκαν σε 7 ομάδες, σύμφωνα με την πρόταση των ίδιων των ερευνητών. Η κατάταξη των μαθητών και μαθητριών του δείγματός μας, σύμφωνα με το επάγγελμα του πατέρα βάσει των ανωτέρω δίδεται από τον κάτωθι πίνακα (Πίνακας 3).



Πίνακας 3: Κατανομή κατά φύλο σύμφωνα με το επάγγελμα του πατέρα

Επάγγελμα	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1	54	14,0	54	11,5	108	12,6
2	6	1,6	31	6,6	37	4,3
3	60	15,6	88	18,7	148	17,3
4	92	23,9	93	19,7	185	21,6
5	-	-	5	1,1	5	0,6
6	65	16,9	81	17,2	146	17,1
7	44	11,4	54	11,5	98	11,4
8	16	4,2	16	3,4	32	3,7
9	-	-	1	0,2	1	0,1
10	-	-	-	-	-	-
11	18	4,7	14	3,0	32	3,7
12	9	2,3	17	3,6	26	3,0
13	2	0,5	3	0,6	5	0,6
14	15	3,9	8	1,7	23	2,7
Σύνολο	385		471		856	

Οι κατηγορίες επαγγελμάτων 1 έως 14 παρατίθενται στον επόμενο Πίνακα.

Πίνακας 4: Κατάταξη των επαγγελμάτων

1. Επιστήμονες, ελεύθερα επαγγέλματα, Ανώτεροι Δημόσιοι Υπάλληλοι, Ανώτεροι Τραπεζικοί Υπάλληλοι, Μεγαλοεπιχειρηματίες, Μεγαλοεισοδηματίες.
2. Επιστήμονες με εξαρτημένη εργασία (Δημοσίου η Ιδιωτικού Δικαίου).
3. Έμποροι, Βιοτέχνες, Μικροεπιχειρηματίες, Συστηματικοί καλλιεργητές.
4. Άτομα που ασκούν εξειδικευμένη εργασία (απόφοιτοι ανωτέρων σχολών), Μέσοι Δημοσίου και Ιδιωτικού Υπάλληλοι, Δημοσιογράφοι.
5. Καλλιτέχνες (απόφοιτοι ανωτέρων σχολών).
6. Ειδικευμένοι εργάτες.
7. Ανιδείκτοι εργάτες.



8. Γεωργοί μικρού κλήρου, αλιείς, βοσκοί.
9. Οικιακά
10. Μαθητές, σπουδαστές
11. Συνταξιούχοι
12. Άλλοι
13. Άνεργοι
14. Στρατιωτικοί και Σωμάτων Ασφαλείας.

Σύμφωνα με την κατάταξη ως προς το επάγγελμα του πατέρα τους, ως προς τις συχνότητες πρώτη είναι η επαγγελματική κατηγορία 4 που περιλαμβάνει άτομα που ασκούν εξειδικευμένη εργασία, είναι απόφοιτοι ανώτερων σχολών, μεσαίοι υπάλληλοι του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα και δημοσιογράφοι με συχνότητα στα αγόρια 23,9% και στα κορίτσια 19,7% (στο σύνολο 21,6%). Δεύτερη είναι η επαγγελματική κατηγορία 3 που περιλαμβάνει έμπορους, βιοτέχνες, μικροεπιχειρηματίες, συστηματικούς καλλιεργητές με συχνότητα στα αγόρια 15,6% και στα κορίτσια 18,7% (στο σύνολο 17,3%). Τρίτη, κατά σειρά συχνότητας είναι η κατηγορία 6 που περιλαμβάνει εξειδικευμένους εργάτες (17,1% στο σύνολο του δείγματος, 16,9% στα αγόρια και 17,2% στα κορίτσια). Παρ' ότι είναι δύσκολο να εξαχθούν συμπεράσματα για την κοινωνική τάξη που ανήκουν οι παραπάνω κατηγορίες, γνωστού όντος, ότι στην Ελλάδα είναι δύσκολη η συσχέτιση επαγγέλματος και κοινωνικής τάξης, ένα αδρό συμπέρασμα που αναφαίνεται είναι ότι η πλειονότητα των μαθητών και μαθητριών μας ανήκει στα μεσαία-κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Χωρίς όμως να αναιρείται η αντιπροσωπευτικότητά του δείγματος καθόσον, όπως φαίνεται από τις συχνότητες των υπολοίπων κατηγοριών, περιλαμβάνει μαθητές και μαθήτριες απ' όλα τα κοινωνικά στρώματα, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην έρευνά μας. Η κατηγορία 10, που περιλαμβάνει τους μαθητές, σπουδαστές, φοιτητές, δεν αντιπροσωπεύεται, όπως είναι φυσικό, στο δείγμα και παραλήφθηκε.

Σύμφωνα με τον συγκεντρωτικό πίνακα των επαγγελμάτων μετά την ενοποίηση σε 6 ομάδες, βάσει των οδηγιών από την εργασία των Μουζά και Παπαϊωάννου (Μουζάς 1996) τα επαγγέλματα κατανέμονται σε 6 ομάδες που





αντιπροσωπεύουν κατά κάποιο τρόπο, τη διαστρωμάτωση σε κοινωνικά στρώματα, στην Ελλάδα (βλέπε Πίνακα 5) ως εξής:

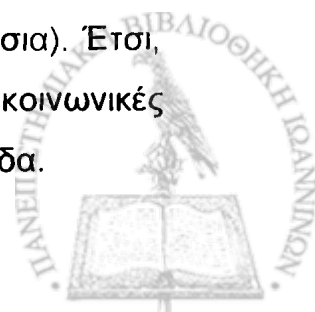
Πίνακας 5: Κατανομή κατά φύλο σε ομάδες, βάσει του επαγγέλματος πατέρα

Ομάδες	Επαγγέλματα	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1. Ανώτερα	1 και 2	60	15,7	85	18,3	145	17,1
2. Μεσαία	4,5,12,4	116	30,4	123	26,5	239	28,3
3. Έμποροι	3	60	15,7	88	18,9	148	17,5
4. Εργάτες	6 και 7	109	28,6	135	29,0	244	28,8
5. Γεωργοί	8	16	4,2	16	3,4	32	3,8
6. Οικιακά/ Άνεργοι	9,11 και 13		5,4		3,9		4,5
Συνταξιούχοι		20		18		38	
Σύνολο		385		471		856	

$\chi^2=4,391$   $df=5$  Asymp. Sig(2-sided)=0,495

LR=4,393  $df=5$  Asymp. Sig(2-sided)=0,494

Στο σύνολο του δείγματος, το 28,8% των μαθητών και μαθητριών, έχουν πατέρα εργάτη (ειδικευμένο ή ανειδίκευτο) (28,6% για τα αγόρια και 29% για τα κορίτσια). Ακολουθεί η ομάδα των μαθητών-μαθητριών που ο πατέρας κατατάσσεται στη μεσαία τάξη (30,4% των αγοριών και 26,5% των κοριτσιών) με ποσοστό επί του συνόλου 27,9%. Στην κατηγορία των μαθητών-μαθητριών με πατέρα που κατατάσσεται στην κατηγορία των εμπόρων το ποσοστό είναι 17,3% επί του συνόλου (15,7% στα αγόρια και 18,9% στα κορίτσια). Το ποσοστό μαθητών και μαθητριών με πατέρα που ανήκει στα ανώτερα στρώματα ανέρχεται στο 17,1% (15,7% στα αγόρια και 18,3% στα κορίτσια) ενώ με πατέρα γεωργό αποτελούν μικρό ποσοστό 3,8% επί του συνόλου ( 4,2% για τα αγόρια και 3,4% για τα κορίτσια). Οι πατέρες άνεργοι και συνταξιούχοι αποτελούν επίσης μικρό ποσοστό (4,5% στο σύνολο, 5,4% για τα αγόρια και 3,9% για τα κορίτσια). Έτσι, το δείγμα των μαθητών της έρευνάς μας, αντιπροσωπεύει όλες τις κοινωνικές κατηγορίες που απαντώνται σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ελλάδα.



**Πίνακας 6 : Σχέση κοινωνικής ομάδας πατέρα με το στρώμα προέλευσης των μαθητών - μαθητριών**

Ομάδα	Αστικά (%)	Μη Αστικά (%)	Σύνολο (%)
<i>Ανωτέρα</i>	138 20	7 4,5	145 17,1
<i>Μεσαία</i>	204 29,6	35 22,4	239 28,3
<i>Έμποροι</i>	120 17,4	28 17,9	148 17,5
<i>Εργάτες</i>	181 26,2	63 40,4	244 28,8
<i>Γεωργοί</i>	16 2,3	16 10,3	32 3,8
<i>Οικιακά Άνεργοι Συν/χοι</i>	31 4,5	7 4,5	38 4,5

$\chi^2=50,206$   $df=5$  *Asymp. Sig (2-sided)=0,0001* *Likelihood Ratio=50,630*  
*Pvalue=0,0001*

Φαίνεται ότι ως προς το επάγγελμα του πατέρα, υπάρχει διαφορά ( $p < 0,0001$ ) στους μαθητές των αστικών και μη αστικών Λυκείων, όπως φαίνεται από τη μελέτη της στατιστικής σημαντικότητας δηλαδή υπάρχει σχέση μεταξύ επαγγέλματος του πατέρα και στρωματοποίησης Λυκείων (Αστικά-μη Αστικά), δοθέντος του αριθμού των μαθητών αστικών και μη αστικών Λυκείων καθόσον η δειγματοληψία μας έγινε χωριστά μεταξύ αστικών και μη αστικών Λυκείων .

4. Ως προς το επάγγελμα της μητέρας των μαθητών-μαθητριών του δείγματός μας έγινε ταξινόμηση στις ίδιες κατηγορίες, όπως αυτές που ταξινομήθηκε το επάγγελμα του πατέρα και ενοποιήθηκε σε 6 κατηγορίες αντιστοίχως, (βλ. Πίνακα 7), και τα στοιχεία που προέκυψαν, παρουσιάζονται στον πίνακα 8:



Πίνακας 7: Κατανομή κατά φύλο σύμφωνα με το επάγγελμα της μητέρας

Επάγγελμα	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1	40	10,4	29	6,2	69	8,1
2	1	0,3	30	6,4	31	3,6
3	15	3,9	22	4,7	37	4,3
4	51	13,2	45	9,6	96	11,2
5	-	-	-	-	-	-
6	10	2,6	11	2,3	21	2,5
7	4	1	13	2,8	17	2
8	3	0,8	3	0,6	6	0,7
9	248	64,4	298	63,3	546	63,8
10	-	-	-	-	-	-
11	7	1,8	11	2,3	18	2,1
12	-	-	1	0,2	1	0,1
13	2	0,5	-	-	2	0,2
14	-	-	3	0,6	3	0,4
Σύνολο	385		471		856	

Με την ίδια μεθοδολογία, όπως και στην περίπτωση του επαγγέλματος του πατέρα, δημιουργήθηκε ο συγκεντρωτικός πίνακας των επαγγελμάτων της μητέρας σε 6 νέες κατηγορίες.



**Πίνακας 8:** Κατανομή κατά φύλο, σε ομάδες βάσει του επαγγέλματος της μητέρας

Ομάδες	Επαγγέλματα	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1. Ανωτέρα	1 και 2	41	10,8	59	12,7	100	11,8
2. Μεσαία	4,5,12,14	51	13,4	49	10,5	100	11,8
3. Έμποροι	3	15	3,9	22	4,7	37	4,4
4. Εργάτες	6 και 7	14	3,7	24	5,2	38	4,5
5. Γεωργοί	8	3	0,8	3	0,6	6	0,7
6. Οικιακά/ Ανεργοί Συντ/χοί	9,11 και 13	257	65,5	309	65,6	566	65,9
Σύνολο		385		471		856	

$\chi^2=3,519$   $df=5$  Asymp. Sig(2-sided)=0,621

LR=3,533  $df=5$  Asymp. Sig(2-sided)=0,618

Βάσει των ανωτέρων στοιχείων, φαίνεται ότι η συχνότερη κατηγορία επαγγέλματος της μητέρας των μαθητών του δείγμάτος μας, στο Ν. Ιωαννίνων, κατά το έτος 1994, είναι οικιακά, με συντριπτικό ποσοστό (63,8% στο σύνολο, 64,2% στα αγόρια, 63,3% στα κορίτσια), γεγονός που δείχνει ότι περίπου 7 στις 10 μητέρες των μαθητών του δείγμάτος μας, δεν εργάζονται, επισήμως τουλάχιστον, εκτός σπιτιού. Ως προς την ταξινόμηση βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στην ενοποιημένη κατάταξη των 6 ομάδων, σε σχέση με το στρώμα προέλευσης των μαθητών προκύπτει ο κάτωθι Πίνακας.



**Πίνακας 9 :** Κατανομή σε ομάδες βάσει του επαγγέλματος της μητέρας των μαθητών-τριών από αστικά και μη αστικά στρώματα

Ομάδες	Αστικά	%	Μη Αστικά	%	Σύνολο	%
Ανώτερα	96	13,9	4	2,6	100	11,8
Μεσαία	91	13,2	9	5,8	100	11,8
Έμποροι	34	4,9	3	1,9	37	4,4
Εργάτες	29	4,2	9	5,8	38	4,5
Γεωργοί	2	0,3	4	2,6	6	0,7
Άνεργες Οικιακά Συντ/χες	439	63,5	127	81,4	566	66,8

$\chi^2=38,440$   $df=5$  *Asymp. Sig(2-sided)=0,0001* *Likelihood Ratio=42,341*  $df=5$   
*Pvalue=0,0001*

Υπάρχει επομένως, όπως και στην περίπτωση του επαγγέλματος του πατέρα, στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ επαγγέλματος της μητέρας και του στρώματος προέλευσης των μαθητών και μαθητριών του δείγματός μας, δοθέντος του αριθμού των μαθητων αστικών-μη αστικών Λυκείων.

5. Επειδή στις διαταραχές διατροφής, οι κοινωνικοπολιτιστικές επιδράσεις διαδραματίζουν αιτιολογικό ρόλο στην παθογένειά τους, πολλοί ερευνητές τις θεωρούν ως αποτέλεσμα της Δυτικοποίησης ("το κόστος, του πολιτισμού της Δύσης, στο γυναικείο σώμα"). Σύμφωνα με αυτή την παρατήρηση, θεωρήσαμε σκόπιμη τη διάκριση των μαθητών-μαθητριών του δείγματός μας σε δυο στρώματα, με κριτήριο τη διαμονή τους και τη φοίτησή τους στο σχολείο της περιοχής τους, με σκοπό την διερεύνηση, χωριστά, των παραμέτρων διατροφής και ψυχοπαθολογίας. Ως κριτήριο, διαχωρισμού σε αστικά και μη αστικά στρώματα χρησιμοποιήθηκε η έδρα του σχολείου, και το τελικό δείγμα των μαθητών της έρευνάς μας, αποτελείται, όπως έχει ήδη αναφερθεί στην αρχή



αυτού του κεφαλαίου, από 700 μαθητές αστικών στρωμάτων (319 αγόρια και 381 κορίτσια) και 156 μαθητών μη αστικών στρωμάτων (66 αγόρια και 90 κορίτσια) (βλέπε Πίνακα 10). Στους σκοπούς μας, όπως αναφέρθηκε ήδη, περιλαμβάνεται η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης διαφορών στις συνήθειες διατροφής και την ψυχοπαθολογία, μεταξύ των δυο υποομάδων του πληθυσμού μας, λόγω των διαφορετικών δημογραφικών παραμέτρων και ως εκ τούτου, του διαφορετικού βαθμού πολιτιστικών επιδράσεων, ως προς τη διαίτα, την αντίληψη για το σχήμα και το βάρος του σώματος και πιθανώς ως προς τις συμπεριφορές διατροφής.

Πίνακας 10: Κατανομή των μαθητών κατά στρώματα (αστικά - μη αστικά)

	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
<b>ΑΣΤΙΚΑ</b>	319	82,9	381	80,9	700	81,8
<b>ΜΗ ΑΣΤΙΚΑ</b>	66	17,1	90	19,1	156	18,2

$\chi^2=0,549$   $df=1$   $Asymp.Sig.(2-sided)=0,459$

Ας σημειωθεί ότι η ποσοστιαία υπεροχή των μαθητών των αστικών στρωμάτων, φαίνεται να είναι ανάλογη της αντίστοιχης κατανομής σε αστικά και μη αστικά στρώματα του γενικού πληθυσμού, γνωστού όντος ότι ο Ν. Ιωαννίνων παρουσιάζει αυτή την ιδιαιτερότητα ως προς την κατανομή των κατοίκων του (πόλη των Ιωαννίνων με πληθυσμό  $\approx 50.000$ , 2<sup>η</sup> κωμόπολη η Κόνιτσα με πληθυσμό  $\approx 5.000$ , 3<sup>η</sup> κωμόπολη το Μέτσοβο με πληθυσμό  $\approx 3.000$ ). Υπάρχει δηλαδή το φαινόμενο της συγκέντρωσης του πληθυσμού του Ν. Ιωαννίνων στην πόλη των Ιωαννίνων και γύρω απ' αυτή, εντός του Λεκανοπεδίου. Το ποσοστό των μαθητών του δείγματός μας, σε σχέση με το σύνολο των μαθητών στα αστικά και τα μη αστικά Λύκεια είναι 14,11% και 17,04% αντιστοίχως.

6.Η σχολική επίδοση των μαθητών αξιολογήθηκε από το βαθμό ενδεικτικού της προηγούμενης χρονιάς. Αν θεωρήσουμε ότι η σχολική επίδοση εξαρτάται από τη νοημοσύνη (θετική σχέση) και την ψυχολογική συγκρότηση ή καταπόνηση (αρνητική σχέση) του μαθητή, θα πρέπει να μελετήσουμε τη σχολική επίδοση, σε σχέση με την ψυχοπαθολογία όπως αποτυπώνεται μέσω του SCL-90R (ΓΔΣ, ΣΘΣ, ΔΕΘΣ), αλλά και τη συσχέτιση της σχολικής επίδοσης με τις παθολογικές συμπεριφορές διατροφής, όπως αποτυπώνονται από τα EAT-26 και BITE και

του Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) γνωστού όντος, ότι οι τελειοθηρικές τάσεις στην εφηβεία συνδυάζουν ανάγκες για υψηλή σχολική επίδοση και λεπτό σώμα (Gillberg και συν 1996). Στον πίνακα 11, παρατίθενται τα στοιχεία της σχολικής επίδοσης.

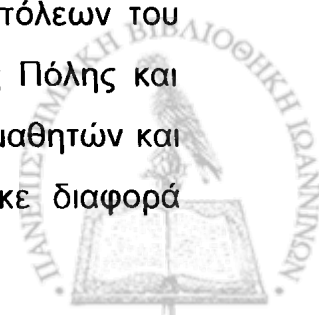
Πίνακας 11: Κατανομή σχολικής επίδοσης κατά φύλο και ηλικία βάσει του ΒΠΧ (ΒΠΧ: Βαθμός Προηγούμενης Χρονιάς)

		Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1	18-20	67	17,4	97	20,6	164	19,2
2	15-17	157	40,8	240	51	397	46,4
3	12-14	128	33,2	92	19,5	220	25,7
4	10-11	15	3,9	3	0,6	18	2,1
5	<10	1	0,3	2	0,4	3	0,4

Από τον πίνακα 11 (Σχολική επίδοση) φαίνεται ότι τα κορίτσια έχουν υψηλότερες επιδόσεις από τα αγόρια, που δείχνει τη δυναμική εισβολή των γυναικών στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Στις μαθήτριες, 1 στις 5 βαθμολογείται με άριστα (20,6%), ενώ περίπου 70% των μαθητριών κατατάσσεται στις βαθμίδες 1 και 2, και μόνο 20% (1 στις 5) έχει χαμηλή ή κακή βαθμολογία. Στα αγόρια, λίγο περισσότεροι από τους μισούς ανήκουν στις κατηγορίες 1 και 2 (58%) ενώ 1 στους 3 έχει χαμηλή βαθμολογία. Το ποσοστό των άριστων αγοριών (17,4%) είναι λίγο μικρότερο από το ποσοστό των άριστων κοριτσιών (20,6%), με αναλογία 1 στους 6 μαθητές.

Συμπέρασμα. Βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην έρευνά μας συμμετείχαν 385 αγόρια και 471 κορίτσια, με περισσότερα κορίτσια (55%) σε σχέση με τα αγόρια (45%). 319 (82,95) αγόρια φοιτούσαν σε Λύκεια της Πόλης των Ιωαννίνων και 66 (17,1) σε Λύκεια των χωριών και των κωμοπόλεων του Νομού. Αντιστοίχως, 381 (80,9%) κορίτσια φοιτούσαν σε Λύκεια της Πόλης και 90 (19,1%) σε Λύκεια της υπαίθρου. Σύμφωνα με την κατάταξη των μαθητών και μαθητριών βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους, δεν βρέθηκε διαφορά



μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, βρέθηκε όμως διαφορά μεταξύ των μαθητών και μαθητριών αναλόγως του Σχολείου φοίτησης, ως προς το επάγγελμα του πατέρα τους. Στα επαγγέλματα της υπαίθρου κυριαρχούν οι εργάτες (40%) και οι αγρότες (10%), ενώ στα επαγγέλματα των πατεράδων των παιδιών της πόλης κυριαρχούν η μεσαία κοινωνική ομάδα (29,6%), οι εργάτες (26,2%) αλλά και τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα (20%). Εκτός της κατάταξης βάσει του επαγγέλματος του πατέρα έγινε κατάταξη, όλων των υποκειμένων, βάσει του επαγγέλματος της μητέρας τους, κατά φύλο και κατά Λύκειο φοίτησης (στρώμα Λυκείου) και βρέθηκε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των παιδιών (μαθητών και μαθητριών) της υπαίθρου σε σχέση με τα παιδιά της πόλης. Συγκεκριμένα, στην πόλη οι μητέρες ανήκουν στα ανώτερα και μεσαία επαγγέλματα, ενώ στα χωριά και τις κωμοπόλεις είναι εργάτριες και αγρότισσες. Μεταξύ αγοριών-κοριτσιών δεν βρέθηκε διαφορά ως προς το επάγγελμα της μητέρας τους.





## B. ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα σωματομετρικά στοιχεία των μαθητών και μαθητριών που συμμετείχαν στην ερευνά μας. Καταγράφονται δηλαδή κατά φύλο (αγόρια-κορίτσια) και κατά στρώμα (αστικά-μη αστικά) το ύψος, το βάρος η μικρότερη και η μεγαλύτερη τιμή του βάρους στο ίδιο ύψος, η τιμή του επιθυμητού βάρους των μαθητών-μαθητριών στο τωρινό τους ύψος, ο Δείκτης Σωματικής Μάζας καθώς και η εκτίμηση των μαθητών-μαθητριών για το βάρος τους, εάν δηλαδή οι ίδιοι κρίνουν το βάρος τους ως κανονικό, πάνω και πολύ πιο πάνω η κάτω και πολύ πιο κάτω από το κανονικό, σύμφωνα με την δική τους εκτίμηση γι αυτό. Οι μαθητές (αγόρια) έχουν μέσο ύψος  $1,77 \pm 0,07$ , και μέσο βάρος  $69,85 \pm 9,36$ . Η μέση τιμή του μεγαλύτερου βάρους που δηλώνουν οι μαθητές στο ίδιο ύψος  $71,63 \pm 10,13$ , του μικρότερου βάρους στο ίδιο ύψος  $64,99 \pm 9,62$  και του επιθυμητού βάρους στο ίδιο ύψος  $70,88 \pm 8,02$ . Οι μαθήτριες, αντιστοίχως, έχουν μέσο ύψος  $1,65, \pm 0,05$ , βάρος,  $56,09, \pm 6,55$ , μεγαλύτερο βάρος στο ίδιο ύψος  $58,39, \pm 7,58$ , μικρότερο βάρος στο ίδιο ύψος,  $52,37, \pm 6,64$  και αναφέρουν μέση τιμή επιθυμητού βάρους στο ίδιο ύψος,  $54,35, \pm 5,07$ .

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έγινε αντικειμενική, από τους ερευνητές, μέτρηση του ύψους και του βάρους, των μαθητών και των μαθητριών, κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων και ότι επομένως, οι αναφερόμενες τιμές ύψους και βάρους είναι οι απαντήσεις των ίδιων των μαθητών.

Αναλυτικά τα στοιχεία ύψους και βάρους των αγοριών και των κοριτσιών παρατίθενται στους Πίνακες 12, 13 και 14.



**Πίνακας 12:** Ύψος και Βάρος των μαθητών (Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση, Ύψος σε μέτρα, Βάρος σε χιλιόγραμμα)

Ύψος	Αγόρια (N=385)		Κορίτσια (N=471)		Σύνολο (N=856)	
	x	s	x	s	x	s
	1,778	0,066	1,657	0,057	1,71	0,09
Βάρος	69,855	9,360	56,092	6,556	62,28	10,48
Μεγαλύτερο βάρος (στο τωρινό ύψος)	71,634	10,131	58,394	7,586	64,28	10,99
Μικρότερο βάρος (στο τωρινό ύψος)	64,996	9,626	52,375	6,645	57,98	10,25
Επιθυμητό βάρος (στο τωρινό ύψος)	70,884	8,020	54,359	5,070	61,71	10,51

\*Στον υπολογισμό των μέσων τιμών απουσιάζουν τα δεδομένα από 3 αγόρια και 1 κορίτσι (Missing data).

Από τον πίνακα φαίνεται ότι στα αγόρια η μέση τιμή του τωρινού βάρους και η μέση τιμή του επιθυμητού βάρους είναι περίπου ίδιες, γεγονός που δείχνει ευχαρίστηση από το σωματικό βάρος που έχουν, σε σχέση με το επιθυμητό που θα ήθελαν, ενώ αντιθέτως στα κορίτσια το επιθυμητό βάρος είναι μικρότερο του τωρινού βάρους των, γεγονός που δείχνει την ανησυχία και το ενδιαφέρον των κοριτσιών για λεπτό σώμα.

Στους παρακάτω πίνακες παρατίθενται τα στοιχεία του ύψους, του βάρους και του Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) των αγοριών και των κοριτσιών χωριστά.



Πίνακας 13 : Ύψος/ Βάρος / ΔΣΜ, στα αγόρια

	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ύψος (Υ)	382	1,778	0,066	1,52	1,97
Βάρος (Β)	384	69,855	9,360	48,00	125,00
Δείκτης Μάζας Σώματος (B/Y <sup>2</sup> )	382	22,128	2,610	16,81	32,89

\*Απουσιάζουν τα δεδομένα από 3 αγόρια

Πίνακας 14 : Ύψος/ Βάρος/ ΔΣΜ στα κορίτσια

	N	Μέση Τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ύψος (Υ)	470	1,657	0,057	1,50	1,82
Βάρος (Β)	470	56,092	6,556	42,00	79,00
Δείκτης Μάζας Σώματος (B/Y <sup>2</sup> )	470	20,432	2,108	15,46	28,72

\*Απουσιάζουν τα δεδομένα από 1 κορίτσι

Από τις τιμές του βάρους (Β) και του ύψους (Υ) προκύπτει δια του τύπου (B/Y<sup>2</sup>), (όπου Β είναι το βάρος σε kg και Υ το ύψος σε μέτρα), ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) που θεωρείται ως κριτήριο υπολογισμού του φυσιολογικού βάρους, της παχυσαρκίας και της ψυχογενούς ανορεξίας, για άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω.



Σύμφωνα με την ICD-10 της ΠΟΥ (1992), ο Δείκτης Σωματικής Μάζας κατά Quetelet αποτελεί ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας και συγκεκριμένα όταν η τιμή του είναι μικρότερη ή ίση της τιμής 17,5.

Στην εργασία μας, ο ΔΣΜ χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο για την εκτίμηση της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας στον πληθυσμό μας. Επιχειρώντας μια αρχική κατηγοριοποίηση των αγοριών και των κοριτσιών βάσει της οριακής τιμής του ΔΣΜ, 17,5 κάτω από την οποία ανήκουν τα εξαιρετικά ελλιποβαρή άτομα, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός κοριτσιών αλλά και αγοριών που κατατάσσονται σύμφωνα με την τιμή του ΔΣΜ στο ανορεκτικό φάσμα(βλ. επόμενο πίνακα).



Πίνακας 15: Κατανομή σύμφωνα με την τιμή του ΔΣΜ κατά φύλο

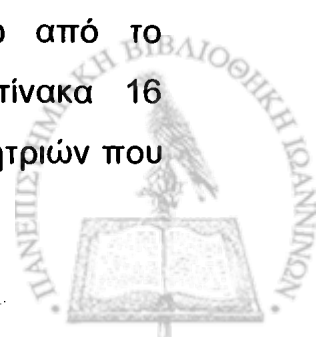
	ΔΜΣ (Β/Υ <sup>2</sup> )	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1.	≤ 17,50	7	1,8	26	5,5	33	3,9
2.	>17,50	374	97,1	444	94,3	818	95,6

Σύνολο 381 470 851

Απουσιάζουν τα δεδομένα από 4 αγόρια και 1 κορίτσι.

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι 7 αγόρια (ποσοστό 1,8%) έχουν ΔΣΜ μικρότερο ή ίσο με της οριακής τιμής 17,5, ενώ περίπου τετραπλάσιος είναι ο αριθμός των κοριτσιών του πληθυσμού μας (26 κορίτσια, ποσοστό 5,5%) που έχουν τιμή μεγαλύτερη ή ίση της οριακής 17,5 και που ικανοποιούν το κριτήριο Α (βλ. Κεφ. Διαγνωστικών Κριτηρίων) σύμφωνα με την ICD-10, για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Ειδικά για τα κορίτσια από την περαιτέρω επεξεργασία βάσει των τιμών του Δείκτη Σωματικής Μάζας, 174 κορίτσια (37,3%) έχουν τιμές ΔΣΜ μεταξύ 17,51 - 19,99, που θεωρείται ότι ανήκουν στις λεπτόσωμες, 256 κορίτσια (54,4%) έχουν τιμές ΔΣΜ μεταξύ 20,00 - 24,99 που θεωρείται ότι ανήκουν στο φάσμα του φυσιολογικού, ενώ 14 κορίτσια (2,9%) έχουν τιμές ΔΣΜ μεγαλύτερες του 25 (με 3 κορίτσια (0,6%) με ΔΣΜ  $\geq$  28) που θεωρούνται υπέρβαρες και παχύσαρκες, αντιστοίχως.

Στον κατάλογο των 25 ερωτήσεων εκτός αυτών που αφορούν δημογραφικά και σωματομετρικά στοιχεία (βλ. παράρτημα 2), περιλαμβάνεται ερώτηση σχετικά με την αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους από τους ίδιους τους μαθητές-μαθήτριες, "Πιστεύετε ότι το βάρος σας είναι κανονικό / πολύ πιο πάνω / πάνω / πολύ πιο κάτω / κάτω, από το κανονικό". Οι ερωτώμενοι έπρεπε να καταγράψουν την αξιολόγηση/εκτίμηση για το βάρος τους σε μια 5/βαθμη κλίμακα (1: Πολύ πιο κάτω από το κανονικό, 2: Κάτω από το κανονικό, 3: Κανονικό, 4: Πάνω από το κανονικό και 5: Πολύ πιο πάνω από το κανονικό), σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση. Στον πίνακα 16 παρατίθενται τα αποτελέσματα των απαντήσεων των μαθητών - μαθητριών που



αντιπροσωπεύουν την ευχαρίστηση ή όχι από το σωματικό τους βάρος, σύμφωνα με την υποκειμενική τους αντίληψη και αίσθηση. Ως κανονικό βάρος, στην παραπάνω ερώτηση, θεωρείται το βάρος που οι ίδιοι οι μαθητές θεωρούν ως τέτοιο.

**Πίνακας 16:** Εκτίμηση των μαθητών και μαθητριών για το βάρος τους

		Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
1	Πολύ πιο κάτω από το κανονικό	8	2,1	8	1,7	16	1,9
2	Κάτω από το κανονικό	105	27,3	61	13,0	166	19,4
3	Κανονικό	182	47,3	213	45,2	395	46,1
4	Πάνω από το κανονικό	81	21	166	35,2	247	28,9
5	Πολύ πιο πάνω από το κανονικό	8	2,1	23	4,9	31	3,6

$\chi^2=42,189$   $df=4$   $P$  value:0,000\*

Likelihood ratio:42,800  $df=4$  Asymp.Sig.(2-sided):0,000\*

\* $P<0,0001$

Φαίνεται ότι ίσος αριθμός αγοριών και κοριτσιών, αισθάνονται και εκτιμούν ότι το βάρος τους είναι "πολύ πιο κάτω από το κανονικό", παρ' ότι σύμφωνα με τον Πίνακα 15, τετραπλάσιος αριθμός κοριτσιών αναφέρει βάρος, που διαμορφώνει τιμή ΔΣΜ, κάτωθεν της οριακής τιμής ( $\leq 17,5$ , Κριτήριο για Ψυχογενή Ανορεξία), γεγονός που υποσημαίνει τη διαφορετική διαδικασία εκτίμησης του σωματικού βάρους σε αγόρια και κορίτσια, με περισσότερο "αντικειμενικά" τα αγόρια. Στην παρατήρηση "πιστεύω ότι το βάρος μου είναι πιο κάτω από το κανονικό", παρατηρείται διπλάσιο ποσοστό στα αγόρια, απ' ότι στα κορίτσια, γεγονός που πιθανόν συνάδει με το σχόλιο της προηγούμενης παραγράφου, αλλά και την "άρνηση" των κοριτσιών να εκτιμήσουν το βάρος τους "ως κάτω από το κανονικό", όταν είναι πράγματι. Ίσως το στοιχείο ότι 174 κορίτσια (ποσοστό

37,3%) έχουν ΔΣΜ, μεγαλύτερο του 17,5 και μικρότερο του 20, που αντιστοιχεί κατά κανόνα σε λεπτόσωμα άτομα, να ενισχύει το παραπάνω εύρημα, ως προς τη διαφορετική διαδικασία εκτίμησης του σωματικού βάρους στα κορίτσια.

Ως "κανονικό" βάρος, θεωρούν το βάρος τους, σχεδόν ισόποσα αγόρια και κορίτσια (47,3% στα αγόρια και 45,2% στα κορίτσια). Στην παρατήρηση "πιστεύω ότι το βάρος μου είναι πάνω από το κανονικό, ο αριθμός των κοριτσιών είναι διπλάσιος από τον αριθμό των αγοριών, (81 αγόρια και 166 κορίτσια, ποσοστά 21% και 35,2% αντιστοίχως) γεγονός που δείχνει την έντονη ανησυχία των κοριτσιών για παραπάνω βάρος, παρά το γεγονός ότι στην κλίμακα του ΔΣΜ, μόνο έντεκα (11) κορίτσια (2,3%) φαίνεται να έχουν πράγματι παραπάνω βάρος "πάνω από το κανονικό" (ΔΣΜ: 25-28).

"Πολύ πιο πάνω" από το κανονικό, αναφέρουν 2,1% των αγοριών και 4,9% των κοριτσιών, ενώ παχύσαρκα κορίτσια βάσει της τιμής του ΔΣΜ είναι 3 δηλαδή 0,6% του πληθυσμού των κοριτσιών.

Φαίνεται λοιπόν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εκτίμησης/ αυτοαξιολόγησης του σωματικού βάρους με το φύλο, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τη στατιστική ανάλυση ( $p < 0,0001$ ).

Είναι γνωστό στη βιβλιογραφία ότι η ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος, η δίαιτα με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους, και η έμφαση στην επιδιωκόμενη λεπτότητα του σώματος, αποτελεί μια χαρακτηριστική συμπεριφορά των έφηβων και νέων γυναικών που ζουν στις αναπτυγμένες κοινωνίες (Rathner 1993, Dolan 1991) και ότι για τη συμπεριφορά αυτή ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες κυρίως κοινωνικοπολιτιστικοί. Στην εργασία μας, προσπαθούμε συστηματικά να εντοπίσουμε το είδος, τη μορφή και την ένταση αυτών των επιδράσεων, γι' αυτό ανιχνεύουμε και καταγράφουμε τις απόψεις και πεποιθήσεις των μαθητών μεταξύ αστικών και μη αστικών στρωμάτων, ως προς την εκτίμηση του σωματικού των βάρους. Σύμφωνα με τα στοιχεία του επόμενου πίνακα διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την εκτίμηση αυτή στο συνολικό πληθυσμό (αγοριών και κοριτσιών) μεταξύ αστικών και μη αστικών οικοπέδων, γεγονός που επιβεβαιώνεται στατιστικά στη δοκιμασία  $\chi^2$



**Πίνακας 17:** Εκτίμηση του βάρους των μαθητών και των μαθητριών κατά στρώμα Λυκείου (αστικά - μη αστικά).

		Αστικά	%	Μη αστικά	%	Σύνολο	%
1	πολύ πιο κάτω	14	2,0	2	1,3	16	1,9
2	κάτω από	134	19,2	32	20,5	166	19,4
3	κανονικό	319	45,6	76	48,7	395	46,2
4	πάνω από	203	29,0	44	28,2	247	28,9
5	πολύ πιο πάνω	29	4,1	2	1,3	31	3,6

(Pvalue=3,6656 | df=4 | Sig.=0,455, Likelihood Ratio, Value=4,453 | df=4 | Sig=0,348)

Συμπερασματικά από την ανάλυση των μεταβλητών που ανήκουν στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι ένας σχετικά μεγάλος αριθμός μαθητών και μαθητριών έχει εξαιρετικά χαμηλή τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας. Συγκεκριμένα 7 αγόρια 1,7% και 26 κορίτσια 5,5% έχουν τιμή του ΔΣΜ ίση ή μικρότερη της οριακής τιμής 17,5 (3,9% στο σύνολο) και ανήκουν στο ανορεκτικό φάσμα. Επίσης βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εκτίμησης / αυτοαξιολόγησης του σωματικού βάρους και του φύλου(<0,0001).

**Συμπέρασμα.** Τα αγόρια είναι ψηλότερα και βαρύτερα από τα κορίτσια. Τα αγόρια επιθυμούν να έχουν βάρος σώματος, το βάρος που πράγματι έχουν. Στα κορίτσια όμως, βρέθηκε ότι το βάρος που επιθυμούν να έχουν, είναι σημαντικά μικρότερο από αυτό που δηλώνουν ότι έχουν, στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με την τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας, 7 αγόρια (1,8%) και 26 κορίτσια (5,5%) ήταν εξαιρετικά ελλιποβαρή με τιμή του ΔΣΜ ίση και μικρότερη του 17,5, που αποτελεί το όριο εισόδου στο ανορεκτικό φάσμα. Αυτά τα άτομα ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου ή πιθανώς νοσούν από Διαταραχή Διατροφής Ανορεκτικού τύπου. Ως προς την εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους βρέθηκε διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Χαρακτηριστικά, 166 κορίτσια (35,2%) σε σχέση με 81 αγόρια, εκτιμούν το βάρος τους ότι είναι πάνω από το κανονικό και επιπλέον, 23 κορίτσια (4,9%) σε σχέση με 8 αγόρια (2,1%) εκτιμούν ότι το βάρος τους είναι πολύ πιο πάνω από το κανονικό.





### Γ. ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Σ' αυτή την ενότητα καταγράφονται οι συνήθειες διατροφής των μαθητών και μαθητριών του δείγματός μας. Στην ερώτηση "Πόσο συχνά κατά μέσο όρο τρώτε τα ακόλουθα γεύματα" (Βλ. ερώτηση 15 της σ. 2 του Ερωτηματολογίου) καταγράφονται τα προσλαμβανόμενα γεύματα (Πρωινό - Μεσημεριανό - Βραδινό - Ενδιάμεσα ) που λαμβάνουν οι μαθητές και μαθήτριες και οι απαντήσεις τους κατατάσσονται σε 5 κατηγορίες, αναλόγως της συχνότητας λήψης του αντίστοιχου γεύματος, καθημερινά, 5 μέρες την εβδομάδα, 3 μέρες την εβδομάδα, 1 μέρα την εβδομάδα, Ποτέ). Έτσι λοιπόν, ως προς τη συχνότητα λήψης των γευμάτων σε αγόρια-κορίτσια(κατά φύλο), και σε αγόρια και κορίτσια αστικών-μη αστικών Λυκείων(κατά στρώμα Λυκείου) προκύπτουν οι αντίστοιχες απαντήσεις και τα αποτελέσματα παρατίθενται στους κάτωθι πίνακες.

#### 1)Λήψη Πρωινού γεύματος.

Σχετικά με την συνήθεια λήψης πρωινού γεύματος οι απαντήσεις των μαθητών-μαθητριών που αφορούσαν την καταγραφή της συχνότητας λήψης πρωινού (οχι του είδους) οι απαντήσεις παρατίθενται στον πίνακα 18.



**Πίνακας 18:** Λήψη πρωινού γεύματος σε αγόρια-κορίτσια.

	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
<i>Καθημερινά</i>	175	45,6	198	42	373	43,6
<i>5 μέρες /εβδ.</i>	37	9,6	36	7,6	73	8,5
<i>3 μέρες /εβδ.</i>	49	12,7	58	12,3	107	12,5
<i>1 μέρα /εβδ.</i>	43	11,2	56	11,9	99	11,6
<i>Ποτέ Πρωινό</i>	80	20,8	123	26,1	203	23,7

$\chi^2=4,195$ ,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) : 0,380

Lik. Ratio : 4,213  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) : 0,378

Περίπου 55,2% των αγοριών και 49,6% των κοριτσιών λαμβάνουν καθημερινά και τις περισσότερες ημέρες την εβδομάδα πρωινό, καθώς επίσης ότι 44,7% των αγοριών και 50,3% των κοριτσιών λαμβάνει λίγες μέρες έως ποτέ πρωινό γεύμα, γεγονός που δείχνει ότι τόσο οι μαθητές όσο και οι μαθήτριες έχουν υιοθετήσει σε σημαντικό ποσοστό ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής.

Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι, ως προς τη συνήθεια λήψης "πρωινού" δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,380$ ) μεταξύ αγοριών και κοριτσιών του δείγματός μας.

Ταξινομώντας τον πληθυσμό του δείγματός μας ως προς τη διαβίωση σε αστικές / μη αστικές περιοχές, με βάση την φοίτηση σε Αστικά και μη Αστικά Λύκεια, για τη διερεύνηση των συνηθειών διατροφής ως προς τη λήψη "πρωινού", προκύπτει ο κάτωθι πίνακας.

**Πίνακας 19 :** Λήψη πρωινού σε μαθητές και μαθήτριες Αστικών και μη αστικών Λυκείων

	Αστικά	%	Μη αστικά	%
<i>Καθημερινά</i>	312	44,6	61	39,1
<i>5 μέρες /εβδ.</i>	57	8,2	16	10,3
<i>3 μέρες /εβδ.</i>	80	11,4	27	17,3
<i>1 μέρα /εβδ.</i>	83	11,9	16	10,3
<i>Ποτέ</i>	167	23,9	36	23,1

$\chi^2=5,382$   $df=4$   $Asymp.Sig(2-sided)=0,250$

$LR=5,096$   $df=4$   $Pvalue=0,278$

Από τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας, δεν προκύπτει διαφορά ( $p<0.250$ ) μεταξύ των μαθητών και μαθητριών, των αστικών και μη αστικών Λυκείων, ως προς τη συνήθεια λήψης πρωινού.

## 2) Λήψη μεσημεριανού γεύματος.

Ως προς τη συνήθεια λήψης μεσημεριανού φαγητού, οι απαντήσεις κατανέμονται όπως και για το πρωινό, σε 5 κατηγορίες (καθημερινά, 5 μέρες την εβδομάδα, 3 μέρες την εβδομάδα, 1 μέρα την εβδομάδα, Ποτέ) και η διερεύνηση της σχέσης έγινε μεταξύ αγοριών-κοριτσιών ταξινόμηση με βάση το φύλο) και μαθητών και μαθητριών αστικών, μη αστικών Λυκείων (ταξινόμηση με βάση το στρώμα). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους πίνακες 20 και 21.

### Πίνακας 20 : Λήψη μεσημεριανού σε αγόρια-κορίτσια.

	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
Καθημερινά	354	91,9	411	87,3	765	89,4
5 μέρες /εβδ.	27	7,0	40	8,5	67	7,8
3 μέρες /εβδ.	3	0,8	16	3,4	19	2,2
1 μέρα /εβδ.	1	0,3	2	0,4	3	0,4
Ποτέ	-	-	2	0,4	2	0,2

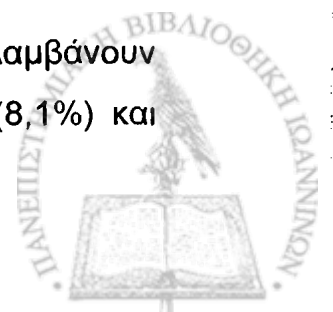
$\chi^2=9,453$ ,  $df=4$ ,  $Asymp. Sig. (2-sided)=0,051$ ,  $Exact Sig. (2-sided)=0,033$

$Lik.ratio=11,012$ ,  $df=4$ ,  $Asymp.Sig (2-sided)=0,026$ ,  $Exact Sig. (2-sided)=0,031$ .

Επειδή ο έλεγχος με  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστος (valid) χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test με ομαδοποίηση σε 2 επίπεδα (καθημερινά - ΟΧΙ καθημερινά), οπότε τα δεδομένα που προκύπτουν είναι τα εξής:

Fisher's Exact Test =9,380  $Asymp. Sig (2-sided)=0,005$ ,  $Exact Sig (2-sided)=0,006$ ,  $Exact Sig (1-sided)=0,003$  και  $P: 0,001$ .

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι 60 κορίτσια (12,7%) δεν λαμβάνουν καθημερινά Μεσημεριανό, ενώ αυτό συμβαίνει μόνο σε 31 αγόρια (8,1%) και



επιβεβαιώνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $P < 0,005$ ) ως προς τη λήψη μεσημεριανού, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών του δείγματός μας.

Από την ταξινόμηση του πληθυσμού του δείγματός μας σε αστικά-μη αστικά στρώματα για τη διερεύνηση των συνηθειών διατροφής ως προς τη λήψη "μεσημεριανού", προκύπτουν τα κάτωθι στοιχεία.

Πίνακας 21 : Λήψη μεσημεριανού σε μαθητές και μαθήτριες Αστικών και μη Αστικών Λυκείων.

	Αστικά	%	Μη αστικά	%
Καθημερινά	623	89,0	142	91,0
5 μέρες /εβδ.	55	7,9	12	7,7
3 μέρες /εβδ.	18	2,6	1	0,6
1 μέρα /εβδ.	2	0,3	1	0,6
Ποτέ	2	0,3	-	-

Asymp. Sig (2-sided)=0,540    Asymp. Sig (2-sided)=0,397    Exact Sig (2-sided)=0,430. Επειδή ο έλεγχος με  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστος (valid), η ανάλυση έγινε με το Fisher's Exact Test με ομαδοποίηση σε 2 επίπεδα (καθημερινά - ΟΧΙ καθημερινά):

Fisher's Exact Test=3,115    Asymp Sig (2-sided)=0.319    Exact Sig (2-sided)=0.345    Exact Sig (1-sided)= 0.186    Pvalue=0,485

Από τα παραπάνω στοιχεία και τη στατιστική ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,319$ ), ως προς τη συνήθεια λήψης μεσημεριανού, μεταξύ των μαθητών (αγοριών και κοριτσιών) των δυο στρωμάτων (αστικών και μη αστικών).

### 3.Λήψη βραδυνού γεύματος.

Ως προς τη συνήθεια λήψης βραδυνού φαγητού, οι απαντήσεις κατανέμονται όπως στα προηγούμενα, η δε διερεύνηση γίνεται μεταξύ αγοριών-κοριτσιών και μαθητών αστικών-μη αστικών στρωμάτων (αγοριών και κοριτσιών). Τα αποτελέσματα καταγράφονται στους πίνακες 22 και 23.



Πίνακας 22 : Λήψη βραδυνού σε αγόρια-κορίτσια.

	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
Καθημερινά	258	67,0	202	42,9	460	53,7
5 μέρες /εβδ.	69	17,9	78	16,6	147	17,2
3 μέρες /εβδ.	36	9,4	108	22,9	144	16,8
1 μέρα /εβδ.	6	1,6	38	8,1	44	5,1
Ποτέ	16	4,2	45	9,6	61	7,1

$\chi^2=72,520$ ,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000

Lik. Ratio=76,711,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι ο αριθμός και το ποσοστό των κοριτσιών που λαμβάνει καθημερινά βραδυνό φαγητό είναι σαφώς μικρότερο των αγοριών (67% προς 42,9% αντιστοίχως), περίπου ίδιοι αριθμοί ως προς τη λήψη βραδυνού 5μ/εβδομάδα (17,9% και 16,6% αντιστοίχως) ενώ ο αριθμός των κοριτσιών που λαμβάνει βραδυνό 3 μέρες την εβδομάδα και παραλείποντας το βραδυνό γεύμα τις υπόλοιπες, είναι περίπου τριπλάσιος των αγοριών (36/108, 9,4% προς 22,9% αντιστοίχως) και σχεδόν εξαπλάσιος ο αριθμός των κοριτσιών σε σχέση με των αγοριών, που λαμβάνει βραδυνό μόνο 1 φορά την εβδομάδα, δηλαδή 6/38 και 1,6% | 8,1% αντιστοίχως. Από τη στατιστική ανάλυση, με τη δοκιμασία  $\chi^2$  προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p<0,0001$ ) ως προς τη συνήθεια λήψης βραδυνού, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, του πληθυσμού της έρευνάς μας.

Από την ταξινόμηση των μαθητών και μαθητριών του δείγματός μας σε αστικά και μη αστικά στρώματα (αγόρια και κορίτσια, μαζί), με σκοπό τη διερεύνηση πιθανών διαφορών ως προς τη λήψη "βραδυνού", προκύπτουν τα παρακάτω στοιχεία (Πίνακας 23).

Πίνακας 23 : Λήψη βραδυνού σε μαθητές και μαθήτριες Αστικών και μη Αστικών Λυκείων.



	Αστικά	%	Μη αστικά	%
Καθημερινά	379	54,1	81	51,9
5 μέρες /εβδ.	111	15,9	36	23,1
3 μέρες /εβδ.	120	17,1	24	15,4
1 μέρα /εβδ.	42	6,0	2	1,3
Ποτέ	48	6,9	13	8,3

$\chi^2=10,138$ ,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,038

Lik. Ratio=11,750,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,019

Η συγκριτική μελέτη των στοιχείων του πίνακα δείχνει ότι παρατηρούνται περίπου ίδια ποσοστά ως προς τη συνήθεια λήψης βραδυνού καθημερινά. Παρατηρούνται όμως διαφορές ως προς τη λήψη βραδυνού / 5 φορές την εβδομάδα, με μικρότερο ποσοστό στα αστικά στρώματα, ενώ ίσα περίπου είναι τα ποσοστά λήψης βραδυνού, 3 μέρες/ εβδομάδα, στους δυο πληθυσμούς. Μεγάλη ποσοστιαία διαφορά παρατηρείται στη λήψη βραδυνού 1 μέρα / εβδομάδα, μεταξύ των δυο στρωμάτων, με πολύ μικρότερη τη λήψη βραδυνού, σε μαθητές των μη αστικών στρωμάτων, και επιπλέον μεγαλύτερη αποχή από το βραδινό φαγητό στους μαθητές των μη αστικών στρωμάτων.

Ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας, επιβεβαιώνει ότι υπάρχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,038$ ), ως προς τη συμπεριφορά λήψης βραδυνού, στους μαθητές (αγόρια και κορίτσια) των δυο στρωμάτων.

#### 4). Λήψη ενδιάμεσων γευμάτων.

Τέλος, ως προς τη συνήθεια λήψης ενδιάμεσου ή ενδιάμεσων γευμάτων, οι απαντήσεις καταγράφονται στους πίνακες 24 και 25 ως προς την παράμετρο του φύλου (αγόρια-κορίτσια) και του στρώματος (αστικά - μη αστικά Λύκεια).



Πίνακας 24 : Λήψη ενδιάμεσων γευμάτων σε αγόρια-κορίτσια

	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
Καθημερινά	165	42,9	169	35,9	334	39,0
5 μέρες /εβδ.	54	14,0	50	10,6	104	12,1
3 μέρες /εβδ.	81	21,0	95	20,2	176	20,6
1 μέρα /εβδ.	30	7,8	62	13,2	92	10,7
Ποτέ	55	14,3	95	20,2	150	17,5

$\chi^2=14,620$ ,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,006

Lik. Ratio=14,825,  $df=4$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,005

Φαίνεται ότι η λήψη ενδιάμεσων γευμάτων είναι γενικά λιγότερο συχνή στα κορίτσια. Μόνο 1 στα 3 κορίτσια (35,9%) έναντι (42,9%) των αγοριών χρησιμοποιεί καθημερινά ενδιάμεσα γεύματα, ενώ 1 στα 4 (20,2%) δε χρησιμοποιεί ποτέ ενδιάμεσα γεύματα. Η στατιστική ανάλυση επιβεβαιώνει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p<0.006$ ) ως προς τη λήψη ενδιάμεσου γεύματος μεταξύ αγοριών-κοριτσιών, αλλά όχι μεταξύ μαθητών αστικών και μη αστικών λυκείων ( $p<0.066$ ).



**Πίνακας 25:** Λήψη ενδιάμεσων γευμάτων σε μαθητές και μαθήτριες αστικών και μη αστικών Λυκείων

	Αστικά	%	Μη αστικά	%
Καθημερινά	282	40,3	52	33,3
5 μέρες/εβδ.	84	12,0	20	12,8
3 μέρες/εβδ.	131	18,7	45	28,8
1 μέρες/εβδ.	78	11,1	14	9,0
Ποτέ	125	17,9	25	16,0

$\chi^2=8,823, df=4, \text{Asymp. Sig}(2\text{-sided})=0,066$

$\text{Lik. Ratio}=8,369, df=4, \text{Asymp. Sig.}(2\text{-sided})=0,079$

Συμπερασματικά, ως προς τη συχνότητα λήψης των γευμάτων, παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα λήψης μεσημεριανού, βραδυνού και ενδιάμεσων, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, με δυσμενέστερες συνήθειες διατροφής στα κορίτσια, ενώ ως προς τη διάκριση μεταξύ αστικών - μη αστικών στρωμάτων, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μόνο ως προς τη λήψη βραδυνού φαγητού.

#### 5) Συμβουλή για διαίτα.

Στη συνέχεια της διερεύνησης των συνηθειών και συμπεριφορών διατροφής, υπάρχει η εξής ερώτηση. "Απευθυνθήκατε ποτέ σε κάποιον επαγγελματία ειδικό για θέματα διαίτας ή διατροφής". Οι απαντήσεις που έχουν δυο τύπους, ΝΑΙ (1) και ΟΧΙ (2), κατανέμονται ως εξής, σε αγόρια-κορίτσια (ως προς το φύλο) και σε μαθητές-μαθήτριες αστικών και μη αστικών στρωμάτων (ως προς το στρώμα) (Πίνακας 26 και 27).

**Πίνακας 26 :** Συμβουλή για διαίτα σε αγόρια -κορίτσια

Συμβουλή για διαίτα	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
ΝΑΙ	13	3,4	46	9,8	59	6,9
ΟΧΙ	372	96,6	425	90,2	797	93,1



Χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test επειδή η δοκιμασία  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστη.

*Fisher's Exact Test : Exact Sig:0,000, Exact Sig (1-sided):0,000*

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, 1 στα 10 κορίτσια (9,8%) απευθύνεται σε ειδικούς για θέματα διαίτας ή διατροφής, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό των αγοριών (3,4%) καταφεύγει σε συμβουλή ειδικού για διαίτα. Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0,0001$ ).

Εκ των 59 μαθητών (46 κοριτσιών και 13 αγοριών) που έχουν, σύμφωνα με τα προηγούμενα απευθυνθεί σε ειδικό για θέματα διαίτας ή διατροφής, 54 (7,7%) προέρχονται από αστικά στρώματα, ενώ μόνο 5 (3,2%) από μη αστικά (Βλέπε Πίνακα 27).

Πίνακας 27 : Συμβουλή για διαίτα σε αστικά-μη αστικά Λύκεια

Συμβουλή για διαίτα	Αστικά	%	Μη αστικά	%
ΝΑΙ	54	7,7%	5	3,2%
ΟΧΙ	646	92,3%	151	96,8%

Επειδή, όπως παραπάνω η δοκιμασία  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστη χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test.

*Fisher's Exact Test : Exact Sig (2-sided):0,053, Exact Sig (1-sided):0,026*

Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ αστικών-μη αστικών στρωμάτων ως προς την παράμετρο συμβουλή για διαίτα ( $p < 0,05$ ).

6) Μέλος Κέντρου Αδυνατίσματος. Στην ερώτηση "Υπήρξατε ποτέ μέλος σε κάποιο κέντρο αδυνατίσματος", οι απαντήσεις ΝΑΙ (1) και ΟΧΙ (2) κατανέμονται σε αγόρια-κορίτσια και σε μαθητές αστικών-μη αστικών στρωμάτων ως ακολούθως (Πίνακες 28 και 29).



**Πίνακας 28 : Μέλη κέντρου αδυνατίσματος ( αγόρια-κορίτσια)**

Μέλος κέντρου	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
ΝΑΙ	-	-	9	1,9	9	1,1
ΟΧΙ	385	100	462	98,1	847	98,9

Επειδή η δοκιμασία  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστη χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test.

*Fisher's Exact Test : Exact Sig (2-sided) =0,005, Exact Sig (1-sided):0,004*

Είναι σαφής η υπεροχή των κοριτσιών, καθόσον ποσοστό περίπου 2% των έφηβων μαθητριών Λυκείου είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος.

Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι στατιστικά σημαντική( $p<0,005$ ).

**Πίνακας 29 : Μέλη κέντρου αδυνατίσματος.( Μαθητές και μαθήτριες**

αστικών-μη αστικών Λυκείων).

Μέλος κέντρου	Αστικά	%	Μη αστικά	%	Σύνολο	%
ΝΑΙ	8	1,1	1	0,6	9	1,1
ΟΧΙ	692	98,9	155	99,4	847	98,9

Επειδή η δοκιμασία  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστη χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test.

*Fisher's Exact Test : Exact Sig (2-sided) =1,000, Exact Sig (1-sided)=0,491*

Παρ' ότι 8 μαθητές των αστικών στρωμάτων είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος, σε σχέση με 1 (μαθητή ή μαθήτρια) εκ των μη αστικών Λυκείων, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες, όπως φαίνεται από τις παραπάνω τιμές( $p<0,491$ ).

7) Πρόβλημα Διατροφής. Στην ερώτηση "Έχετε ποτέ παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα διατροφής (διαταραχή στη συμπεριφορά φαγητού)", οι απαντήσεις είναι ΝΑΙ (1) και ΟΧΙ (2) καταγράφονται στους Πίνακες 30 και 31.



**Πίνακας 30** : Πρόβλημα διατροφής σε αγόρια-κορίτσια

Πρόβλημα διατροφής	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
ΝΑΙ	45	11,7	111	23,6	156	18,2
ΟΧΙ	340	88,3	360	76,4	700	81,8

Επειδή η δοκιμασία  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστη χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test.

*Fisher's Exact Test : Exact Sig (2-sided) =0,000, Exact Sig (1-sided)=0,000*

Φαίνεται ότι υπερδιπλάσιος αριθμός (και ποσοστό) κοριτσιών σε σχέση με τα αγόρια, αναφέρει ότι έχει παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα διατροφής (23,6% προς 11,7% αντιστοίχως). Ενδιαφέρον είναι ότι το ποσοστό αυτό είναι περίπου ίδιο με το ποσοστό των κοριτσιών με θετική βαθμολογία στο EAT-26 (119 κορίτσια, 25,3%) που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υψηλή βαθμολογία στο  $EAT-26 \geq 20$ , συγκεντρώνουν άτομα που παρουσιάζουν παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές διατροφής και είναι πολύ πιθανό να πάσχουν ή να πρόκειται να νοσήσουν από κάποια διαταραχή διατροφής.

Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την παράμετρο "πρόβλημα διατροφής", μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ( $p < 0001$ ).

**Πίνακας 31** : Πρόβλημα διατροφής σε μαθητές και μαθήτριες αστικών-μη αστικών Λυκείων.

Πρόβλημα διατροφής	Αστικά	%	Μη αστικά	%	Σύνολο	%
ΝΑΙ	131	18,7	25	16,0	156	18,2
ΟΧΙ	569	81,3	131	84,0	700	81,8

Επειδή η δοκιμασία  $\chi^2$  δεν είναι αξιόπιστη χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test.

*Fisher's Exact Test : Exact Sig (2-sided) =0,492, Exact Sig (1-sided):0,254*



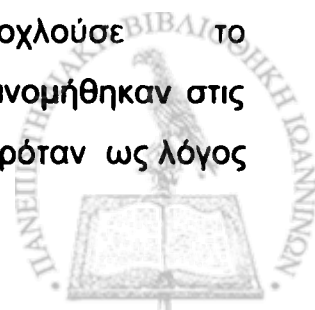
Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, τα ποσοστά των μαθητών και μαθητριών που αναφέρουν πρόβλημα διατροφής, είναι περίπου ίδια μεταξύ αστικών και μη αστικών Λυκείων, η δε στατιστική ανάλυση επιβεβαιώνει την παραπάνω εμπειρική παρατήρηση, ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0.492$ )

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι συμπεριφορές διατροφής των κοριτσιών (αλλά και των αγοριών) δε διαφέρουν ως προς την παράμετρο της στρωματοποίησης (αστικά - μη αστικά Λύκεια), που εκπροσωπεί τον τόπο διαμονής και φοίτησης (χωριό-πόλη), και ως εκ τούτου αντιπροσωπεύει κατά κάποιο τρόπο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (ανώτερα - μεσαία - κατώτερα στρώματα) αλλά και κατά τεκμήριο διαφοροποιεί τη διεισδυτικότητα των κοινωνικοπολιτιστικών επιδράσεων (τελειοθηρία, ΜΜΕ, επιλογή επαγγέλματος και ρόλος γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, πιέσεις για λεπτό γυναικείο σώμα, συμπεριφορές δίαιτας και διαφήμιση της δίαιτας). Φαίνεται ότι άλλοι παράγοντες διαμεσολαβούν και ευοδώνουν, παθολογικές συμπεριφορές διατροφής που μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές διατροφής.

#### 8) Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής.

Στη συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης, οι μαθητές και μαθήτριες ερωτήθηκαν πιο συγκεκριμένα. "Εάν έχετε ποτέ παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα διατροφής (διαταραχή στη συμπεριφορά φαγητού). "Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε ποιο ήταν αυτό". Οι απαντήσεις περιλαμβάνουν, ανοικτής μορφής απαντήσεις, δηλαδή με τη δυνατότητα να αναγράφεται από τον ίδιο τον ερωτώμενο το πρόβλημα συμπεριφοράς διατροφής που παρουσίασε, με δικά του λόγια. Οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν σε 5 κατηγορίες, ως εξής:

1. Απλή δίαιτα: Σ' αυτή την κατηγορία εντάχθηκαν οι απαντήσεις που είχαν σχέση με τον περιορισμό της τροφής, γενικά, χωρίς να αναφέρονται οι λόγοι, που έγινε αυτό. "Έκανα δίαιτα", "Έτρωγα λιγότερο", "Ήθελα να τρώω πιο λίγο φαγητό", "Είχα περιορίσει το φαγητό μου" κλπ. Όταν αναφερόταν ο λόγος π.χ. "έτρωγα λιγότερο γιατί δεν είχα όρεξη", ή "με ενοχλούσε το στομάχι μου και έτρωγα ελάχιστα", οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν στις άλλες κατηγορίες. Στην πλειονότητα των απαντήσεων δεν αναφερόταν ως λόγος



η επιθυμία για αδυνάτισμα. Σ' αυτή την κατηγορία βρέθηκαν 7 άτομα (0,8%), 1 αγόρι (0,3%) και 6 κορίτσια (1,3%)

2. Ανορεξία : Σ' αυτή την κατηγορία εντάχθηκαν οι απαντήσεις που περιείχαν τη λέξη και το νόημά της : "Δεν έτρωγα γιατί η όρεξή μου ήταν πεσμένη", "Είχα ανορεξία για φαγητό", "Δεν ήθελα να βλέπω φαγητά", "Ήμουν ανόρεκτη", "Δεν είχα καμιά διάθεση να φάω". Στην πλειονότητα των απαντήσεων κυριαρχούσαν τόσο η ανάγκη ελέγχου της πρόσληψης τροφής, όσο και η επιθυμία για αδυνάτισμα αλλά και λόγοι συναισθηματικής διάθεσης.

Βρέθηκαν 45 (5,3%) απαντήσεις, αυτής της κατηγορίας, σε 12 αγόρια (3,1%) και σε 33 κορίτσια (7,0%).

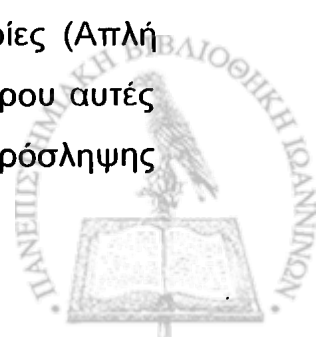
3. Βουλιμία - Υπερφαγία : Σ' αυτή την κατηγορία εντάχθηκαν οι απαντήσεις που είχαν σχέση με την πρόσληψη μεγάλης ποσότητας φαγητού αλλά και κάποιες απαντήσεις σχετικές με έμετους και συμπεριφορές αποβολής τροφών, του συνδρόμου της Ψυχογενούς Βουλιμίας: "Είχα άγχος και έτρωγα σα ζώο", "Είχα φοβερή διάθεση για γλυκά", "Έτρωγα όλη την ημέρα", "Τσιμπολογούσα συνέχεια", "Έτρωγα ό,τι έβρισκα μπροστά μου", "Έτρωγα γιατί έκανα προπόνηση", "Κάνω εμετό γιατί φουσκώνω".

Βρέθηκαν 12 απαντήσεις αυτής της κατηγορίας (1,4%) σε 5 αγόρια (1,3%) και σε 7 κορίτσια (1,5%).

4. Σωματική νόσος : Σ' αυτή την κατηγορία εντάχθηκαν οι απαντήσεις που ανέφεραν ως αίτιο της παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής κάποια συγκεκριμένη αρρώστια ή σύμπτωμα, όπως "δεν μπορούσα να φάω γιατί είχα έλκος στομάχου", "έτρωγα πολύ γιατί μου συνέστησε ο γιατρός, επειδή είχα αναιμία", "δεν μπορούσα να φάω φασόλια, γιατί με πονούσε το έντερό μου", "δεν έπινα γάλα γιατί είχα διάρροια".

Σ' αυτή την κατηγορία, βρέθηκαν 23 απαντήσεις (2,7%) σε 8 αγόρια (2,1%) και 15 κορίτσια (3,2%).

5. Άλλο πρόβλημα : Σ' αυτή την κατηγορία εντάχθηκαν οι απαντήσεις, οι οποίες αφ' ενός δεν μπορούσαν να ενταχθούν στις προηγούμενες κατηγορίες (Απλή δίαιτα, Ανορεξία, Βουλιμία, Υπερφαγία, Σωματική Νόσος) και αφ' ετέρου αυτές που εμπεριείχαν κάποιες ενδείξεις διαταραχής συμπεριφοράς πρόσληψης



τροφής για ποικίλους λόγους, όπως οικογενειακούς ("μάλωνα με τους γονείς μου και άφηνα στη μέση το φαγητό"), σχολικούς ("δεν προλάβαινα να φάω γιατί είχα φροντιστήριο"), εξωσχολικούς-επαγγελματικούς ("έτρωγα πολύ για να βγάλω την προπόνηση") αλλά και άλλους αδιαφοροποίητους ("βαριόμουνα να φάω", "νόμιζα ότι θα πονέσει το στομάχι μου, όπως παλιά". Είναι εμφανές ότι αυτή η κατηγορία, με την ποικιλία των απαντήσεων, που οι περισσότερες υπαινίσσονται άρνηση λήψης τροφής για διάφορους λόγους, είναι η πλέον ενδιαφέρουσα, είναι άλλωστε η πολυαριθμότερη με 58 θετικές απαντήσεις (6,8%) - 15 αγόρια (3,9%) και 43 κορίτσια (9,1%), από πλευράς εντοπισμού περιπτώσεων με υποκλινικές διαταραχές διατροφής, πλην όμως αυτό δεν κατέστη δυνατόν να διευκρινιστεί, λόγω των περιορισμών της ερευνητικής εργασίας μας, που δεν περιέλαβε τη δεύτερη φάση της κλινικής εξέτασης, των ατόμων που είχαν ενδεικτικά στοιχεία διαταραχών διατροφής (πιθανές περιπτώσεις).

Οι απαντήσεις στην ερώτηση "προσδιορισμός προβλήματος διατροφής" σε αγόρια - κορίτσια και σε αγόρια και κορίτσια αστικών - μη αστικών περιοχών, καταγράφονται στους παρακάτω πίνακες 32 και 33.

**Πίνακας 32 :** Προσδιορισμός προβλήματος διατροφής σε

αγόρια - κορίτσια

Προσδιορισμός Π.Δ.	Αγόρια N=41	%	Κορίτσια N=104	%	Σύνολο N=145	%
1. Απλή δίαιτα	1	0,3	6	1,3	7	0,8
2. Ανορεξία	12	3,1	33	7,0	45	5,3
3. Βουλιμία-Υπερφαγία	5	1,3	7	1,5	12	1,4
4. Σωματική νόσος	8	2,1	15	3,2	23	2,7
5. Άλλο	15	3,9	43	9,1	58	6,8

$\chi^2=21,675$ ,  $df=5$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,001

Lik. Ratio Value=22,841,  $df=5$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000

Από τα στοιχεία του πίνακα, προκύπτει ότι ο αριθμός των κοριτσιών που κάνουν απλή δίαιτα (όπως ορίσθηκε προηγουμένως) είναι πολύ μεγαλύτερος των



αγδριών (1,3% προς 0,3% αντιστοίχως), αυτών που πάσχουν από ανορεξία είναι υπερδιπλάσιος των αγοριών (7% προς 3,1%), ενώ στην κατηγορία "Βουλιμία - Υπερφαγία", τα ποσοστά είναι περίπου ίσα (1,3% στα αγόρια και 1,5% στα κορίτσια). Στην κατηγορία "Σωματική νόσος" φαίνεται ότι τα κορίτσια σε ποσοστό περίπου διπλάσιο έχουν σωματικά συμπτώματα (2,1% στα αγόρια, 3,2% στα κορίτσια). Στη γενική και αδιαφοροποίητη κατηγορία "Άλλο πρόβλημα", τα προβλήματα των κοριτσιών είναι 3 φορές περισσότερο (15 αγόρια, 3,9% και 43 κορίτσια, 9,1%). Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ( $p < 0,001$ ).

Από τη σύγκριση των στοιχείων των πινάκων 33, που παρουσιάζει τα αγόρια - κορίτσια που ανέφεραν ότι έχουν πρόβλημα διατροφής, και του πίνακα 35 που παρουσιάζει τα ίδια άτομα που διευκρίνησαν το πρόβλημα που έχουν με τη διατροφή τους, προκύπτει (βλέπε παρακάτω, Πίνακας 36) ότι 11 άτομα (4 αγόρια και 7 κορίτσια) παρ' ότι δήλωσαν στην ερώτηση 18 ότι είχαν πρόβλημα διατροφής, στη συνέχεια (ερώτηση 19) απέφυγαν να απαντήσουν (αφήνοντας κενό).

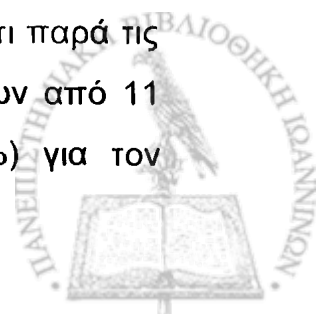
### Πίνακας 33 : Πρόβλημα Διατροφής και Προσδιορισμός Προβλήματος

Διατροφής σε αγόρια - κορίτσια)

(Σύνθεση Πινάκων 30 και 32)

A. Πρόβλημα Διατροφής	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
ΝΑΙ	45	11,7	111	23,6	156	18,2
ΟΧΙ	340	88,3	360	76,4	700	81,8
B. Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
(1,2,3,4,5) ΝΑΙ	41	10,6	104	22,1	145	16,9
ΟΧΙ	344	89,4	367	77,9	711	83,1
Γ. Διαφορά A και B	4	1,1	11	1,5	11	1,3

Από τα στοιχεία του παραπάνω συγκεντρωτικού πίνακα, προκύπτει ότι παρά τις μεθοδολογικές δυσχέρειες της έρευνας και την απουσία πληροφοριών από 11 άτομα του πληθυσμού μας -που είναι ποσοστό σημαντικό (1,3%) για τον



εντοπισμό διαταραχών διατροφής, δεδομένου ότι η επικράτησή τους είναι γενικά μικρή, τα ποσοστά των κοριτσιών, είτε με πρόβλημα διατροφής (απάντηση ΝΑΙ στην ερώτηση 18) είτε με προσδιορισθέν πρόβλημα διατροφής (απάντηση και κατηγοριοποίηση 1 έως και 5, στην ερώτηση 19) είναι σταθερά διπλάσια των αγοριών και αφορούν περίπου στο 20% των κοριτσιών (1 στα 5 κορίτσια) του δείγματός μας, καθώς επίσης στο 10% των αγοριών (1 στα 10 αγόρια). Από την ανάλυση κατά στρώμα προκύπτει ο ακόλουθος πίνακας (Πίνακας 34).

**Πίνακας 34 :** Προσδιορισμός προβλήματος διατροφής σε μαθητές και μαθήτριες αστικών - μη αστικών Λυκείων.

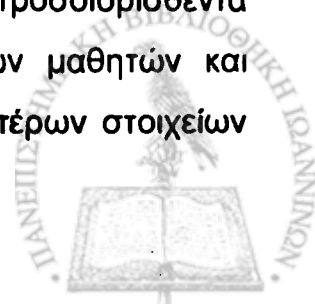
Προσδιορισμός προβλήματος	Αστικά (N=120)	%	Μη αστικά (N=25)	%
1. Απλή δίαιτα	7	1,0	-	-
2. Ανορεξία	38	5,4	7	4,5
3. Βουλιμία-Υπερφαγία	10	1,4	2	1,3
4. Σωματική νόσος	18	2,6	5	3,2
5. Άλλο	47	6,7	11	7,1
ΟΧΙ	580	82,9	131	84,0

Pvalue=2,026, df=5, Asymp. Sig (2-sided) = 0,846 Exact.Sig (2-sided)=0,856  
Lik. Ratio=3,283, df=5, Asymp. Sig (2-sided) = 0,656 Exact Sig. (2-sided)=  
0,709.

Επειδή τα δεδομένα της ανάλυσης δεν είναι αξιόπιστα, χρησιμοποιήθηκε το Fisher's Exact Test με ομαδοποίηση σε 2 επίπεδα (πρόβλημα - ΟΧΙ πρόβλημα) μεταξύ των αστικών και μη αστικών Λυκείων.

Fisher's Exact Test Value =1,539 Exact Sig (2-sided) =0,919

Από τα στοιχεία του πίνακα και τη στατιστική ανάλυση δεν προκύπτει στατιστικώς σημαντική διαφορά( $p < 0.919$ ) ως προς τα προσδιορισθέντα προβλήματα συμπεριφοράς διατροφής (1,2,3,4,5) μεταξύ των μαθητών και μαθητριών, στα αστικά και μη αστικά Λύκεια. Βάσει των ανωτέρων στοιχείων





από την ανάλυση των συνηθειών και συμπεριφορών διατροφής, σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά φύλο βρέθηκαν διαφορές ως προς τη λήψη μεσημεριανού, βραδυνού και ενδιάμεσων γευμάτων, τη συμβουλή για δίαιτα, το να είναι μέλος κέντρου αδυνατίσματος, την ύπαρξη προβλήματος διατροφής καθώς και ως προς το συγκεκριμένο πρόβλημα διατροφής που παρουσιάζει. Από την ανάλυση σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά στρώμα ως προς τη συχνότητα λήψης γευμάτων υπάρχει διαφορά ως προς τη λήψη βραδυνού γεύματος και ως προς τη συμβουλή για δίαιτα, γεγονός που δείχνει ως προς τη δίαιτα την συμβολή κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων.

Συμπέρασμα. Ως προς τις συνήθειες διατροφής και την συχνότητα λήψης γευμάτων σε αγόρια-κορίτσια, βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές ως προς την συχνότητα λήψης μεσημεριανού, βραδυνού και ενδιάμεσων γευμάτων, με τα κορίτσια να έχουν μικρότερη συχνότητα καθημερινής λήψης μεσημεριανού και βραδυνού γεύματος, και τα αγόρια να έχουν περισσότερα ενδιάμεσα γεύματα.

Περισσότερα κορίτσια έχουν απευθυνθεί σε ειδικό για συμβουλές σε θέματα διαίτας με σκοπό να ελαττώσουν το βάρος τους, μάλιστα ένας αριθμός 9 κοριτσιών (1,9%) από τα αστικά Λύκεια είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος. Καταγράφονται περισσότερα προβλήματα διατροφής στα κορίτσια (23,6%) σε σχέση με τα αγόρια (11,7%), σε όλες τις ειδικές κατηγορίες των προβλημάτων αυτών (Δίαιτα, Ανορεξία, Βουλιμία-Υπερφαγία, Σωματική νόσος, Άλλο πρόβλημα).

Σε σχέση με το Λύκειο φοίτησης, ως προς τις συνήθειες διατροφής, πιο πολλοί μαθητές και μαθήτριες αστικών Λυκείων τρώνε καθημερινά βραδυνό σε σχέση με αυτούς των Λυκείων της υπαίθρου. Επίσης σαφώς περισσότερα κορίτσια από τα Λύκεια της Πόλης των Ιωαννίνων, σε σχέση με τα κορίτσια των Λυκείων της ενδοχώρας, έχουν απευθυνθεί σε ειδικό για θέματα διαίτας με σκοπό την ελάττωση του βάρους.



#### Δ. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Σ' αυτή την ενότητα διερευνώνται οι συνήθειες των μαθητών και μαθητριών που έχουν σχέση με την Σωματική άσκηση και γενικότερα την ενασχόληση με τον χορό και τον αθλητισμό. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν τεθεί με σκοπό τη διερεύνηση των συνηθειών σωματικής άσκησης σε σχέση με τις συμπεριφορές διατροφής, των ατόμων που ασχολούνται με αθλήματα με ιδιαίτερες απαιτήσεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος, που σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν αιτιολογικά στην ανάπτυξη διαταραχών διατροφής (Gamer 1993). Οι ερωτήσεις είναι 4 και αφορούν στην συστηματική ενασχόληση με τον χορό, το μπαλέτο, την πάλη και την κωπηλασία. Στην ερώτηση "Ασχολείσθε συστηματικά με τον χορό" καταγράφονται οι παρακάτω απαντήσεις σε αγόρια - κορίτσια καθώς και σε αγόρια και κορίτσια των αστικών - μη αστικών στρωμάτων (Πίνακες 35 και 36).

##### 1) Ενασχόληση με το χορό.

Πίνακας 35 : Ενασχόληση συστηματικά με το χορό

σε αγόρια - κορίτσια

Ενασχόληση συστηματικά με χορό	Αγόρια (N=385)	%	Κορίτσια (N=471)	%	Σύνολο (N=856)	%
Ναι	52	13,5	133	28,2	185	21,6
Όχι	333	86,5	338	71,8	671	78,4

$\chi^2 = 27,136$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000

Asymp. Sig. (2-sided)=0,000

Lik. Ratio=28,077,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000

Από τη στατιστική ανάλυση ( $\chi^2$ -test) προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,0001$ ) μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς τη συστηματική ενασχόληση με το χορό. Το ποσοστό των κοριτσιών είναι διπλάσιο του ποσοστού των αγοριών (28,2% σε σχέση με 13,5%).



**Πίνακας 36 : Ενασχόληση με το χορό σε μαθητές και μαθήτριες**

στα αστικά - μη αστικά Λύκεια

Ενασχόληση συστηματικά με χορό	Αστικά (N=700)	%	Μη αστικά (N=156)	%
ΝΑΙ	140	20,0	45	28,8
ΟΧΙ	560	80,0	111	71,2

$\chi^2=5,893$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,015

Asymp. Sig. (2-sided)=0,020

Lik. Ratio=5,584,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,018

Το ποσοστό των μαθητών και μαθητριών στα μη αστικά Λύκεια είναι μεγαλύτερο, αυτού των αστικών Λυκείων, και μάλιστα με στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p < 0,015$ ).

**2) Ενασχόληση με μπαλέτο**

Στην ερώτηση, "Ασχολείστε συστηματικά με το μπαλέτο;" που όπως και η προηγούμενη, έχει σκοπό τη διερεύνηση των συμπεριφορών διατροφής σε άτομο που βιβλιογραφικά ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κάποιας διαταραχής διατροφής (Garner 1993), οι απαντήσεις καταγράφονται στους πίνακες 37 και 38 κατά φύλο και στρώμα Λυκείου.



**Πίνακας 37 : Ενασχόληση συστηματικά με το μπαλέτο**

σε αγόρια - κορίτσια

Μπαλέτο	Αγόρια (N=385)	%	Κορίτσια (N=471)	%	Σύνολο (N=856)	%
ΝΑΙ	6	1,6	14	3	20	2,3
ΟΧΙ	379	98,4	457	97	836	97,7

 $\chi^2 = 1,856$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,173

df=1, Asymp. Sig. (2-sided)=0,256

Lik. Ratio=1,925,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,165

Fisher's Exact Test Exact Sig (2-sided) =0,255, Exact. Sig. (1-sided)=0,128

**Πίνακας 38 : Ενασχόληση συστηματικά με το μπαλέτο**

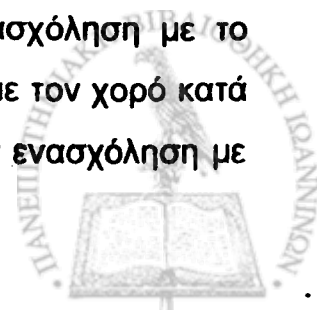
σε αστικά - μη αστικά Λύκεια

Μπαλέτο	Αστικά (N=700)	%	Μη αστικά (N=156)	%
ΝΑΙ	18	2,6	2	1,3
ΟΧΙ	682	97,4	154	98,7

 $\chi^2 = 0,929$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided)=0,335Continuity Correction Value=0,450,  $df=1$ , Asymp. Sig. (2-sided)=0,502Lik. Ratio=1,071,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,301

Fisher's Exact Test Exact Sig (2-sided) =0,556, Exact. Sig. (1-sided)=0,263

Από τη στατιστική ανάλυση με τη δοκιμασία  $\chi^2$ - test και Fisher's Exact Test (χρησιμοποιήθηκαν και τα δύο tests επειδή εκ των αναμενομένων συχνοτήτων οι τιμές των είναι μικρότερες της τιμής 5) δεν προέκυψαν διαφορές στατιστικά σημαντικές μεταξύ αγοριών-κοριτσιών ( $p < 0,255$ ) και μαθητών - μαθητριών μεταξύ αστικών και μη αστικών Λυκείων ( $p < 0,556$ ) ως προς την ενασχόληση με το μπαλέτο. Επομένως, υπάρχει διαφορά ως προς την ενασχόλη με τον χορό κατά φύλο και στρώμα Λυκείου, κάτι που δεν συμβαίνει ως προς την ενασχόληση με



το μπαλέτο, που άλλωστε δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής τόσο στους μαθητές, όσο και στις μαθήτριες (αστικών και μη αστικών Λυκείων) του νομού Ιωαννίνων.

### 3) Ενασχόληση με πάλη.

Επειδή οι αθλητές-αθλήτριες, όπως έχει αναφερθεί στο γενικό μέρος αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για νόσηση από κάποια διαταραχή διατροφής, καθώς έχει βρεθεί ότι πολλές από τις αθλήτριες, συχνά πάσχουν από αμηνόρροια, οστεοπενία και διαταραχές διατροφής (Sundgof-Borgen, 1994), μελετήθηκαν οι απαντήσεις ως προς την ενασχόληση με τα αθλήματα πάλη και κωπηλασία, ξεχωριστά σε αγόρια και κορίτσια.

Στην ερώτηση "Ασχολείστε συστηματικά με την πάλη;" που όπως και η προηγούμενη, έχει σκοπό τη διερεύνηση των συμπεριφορών διατροφής σε άτομα που βιβλιογραφικά ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κάποιας διαταραχής διατροφής, οι απαντήσεις καταγράφονται στους πίνακες 39 και 40 (σε αγόρια - κορίτσια και σε αστικά - μη αστικά Λύκεια αντιστοίχως). Στο άθλημα της πάλης περιλαμβάνονται η Ελληνορωμαϊκή πάλη αλλά και το καράτε και το τae-κβό-ντό.

#### Πίνακας 39: Ενασχόληση συστηματικά με την πάλη

σε αγόρια - κορίτσια

Πάλη	Αγόρια (N=385)	%	Κορίτσια (N=471)	%	Σύνολο (N=856)	%
ΝΑΙ	38	9,9	6	1,3	44	5,1
ΟΧΙ	347	90,1	465	98,7	812	94,9

$\chi^2 = 32,104$ ,  $df=1$ ,  $Asymp. Sig(2-sided)=0,000$

Continuity Correction Value=30,366,  $df=1$ ,  $Asymp. Sig. (2-sided)=0,000$

Lik. Ratio=34,500,  $df=1$ ,  $Asymp. Sig (2-sided) = 0,000$

Fisher's Exact Test Exact Sig (2-sided) =0,000, Exact. Sig. (1-sided)=0,000

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι 38 αγόρια (9,9%) και 6 κορίτσια (1,3%) ασχολούνται συστηματικά με την πάλη και ότι ο αριθμός των αγοριών



είναι σαφώς μεγαλύτερος του αριθμού των κοριτσιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη στατιστική ανάλυση όπου η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0.0001$ ).

**Πίνακας 40 :** Ενασχόληση συστηματικά με την πάλη

→ σε αστικά - μη αστικά Λύκεια

Πάλη	Αστικά (N=700)	%	Μη αστικά (N=156)	%
ΝΑΙ	42	6,0	2	1,3
ΟΧΙ	658	94,0	154	98,7

$\chi^2 = 5,824$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,016

Continuity Correction Value=4,896,  $df=1$ , Asymp. Sig. (2-sided)=0,027

Lik. Ratio=7,734,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,005

Fisher's Exact Test Exact Sig (2-sided) =0,014, Exact. Sig. (1-sided)=0,007

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 40 υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,0001$ ) ως προς την ενασχόληση συστηματικά με την πάλη στους μαθητές και μαθήτριες των αστικών σε σχέση με αυτούς των μη αστικών Λυκείων.

#### 4) Ενασχόληση με κωπηλασία.

Στην ερώτηση "Ασχολείστε συστηματικά με την κωπηλασία;" που όπως και η προηγούμενη, έχει σκοπό τη διερεύνηση των συμπεριφορών διατροφής σε άτομα που βιβλιογραφικά ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κάποιας διαταραχής διατροφής, οι απαντήσεις καταγράφονται στους πίνακες 41 και 42 (σε αγόρια - κορίτσια και σε αστικά - μη αστικά Λυκεία αντιστοίχως). Ας σημειωθεί ότι η κωπηλασία είναι ιδιαίτερα δημοφιλές άθλημα στα Ιωάννινα λόγω της λίμνης Παμβώτιδος.



**Πίνακας 41:** Ενασχόληση συστηματικά με την κωπηλασία

σε αγόρια – κορίτσια

Κωπηλασία	Αγόρια (N=385)	%	Κορίτσια (N=471)	%	Σύνολο (N=856)	%
ΝΑΙ	29	7,5	8	1,3	37	4,3
ΟΧΙ	356	92,5	463	98,7	819	95,7

 $\chi^2 = 17,434$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000Continuity Correction Value=16,052,  $df=1$ , Asymp. Sig. (2-sided)=0,000Lik. Ratio=18,024,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,000

Fisher's Exact Test Exact Sig (2-sided) =0,000, Exact. Sig. (1-sided)=0,000

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $P < 0,0001$ ) μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την ενασχόληση με την κωπηλασία.

**Πίνακας 42 :** Ενασχόληση συστηματικά με την κωπηλασία

σε αστικά - μη αστικά Λύκεια

Κωπηλασία	Αστικά (N=700)	%	Μη αστικά (N=156)	%
ΝΑΙ	36	5,1	1	0,6
ΟΧΙ	664	94,9	155	99,4

 $\chi^2 = 6,252$ ,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,012Continuity Correction Value=5,210,  $df=1$ , Asymp. Sig. (2-sided)=0,022Lik. Ratio=8,964,  $df=1$ , Asymp. Sig (2-sided) = 0,003

Fisher's Exact Test Exact Sig (2-sided) =0,008, Exact. Sig. (1-sided)=0,005

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι όπως και στην ανάλυση κατά φύλο, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,008$ ) ως προς την ενασχόληση με την



κωπηλασία μεταξύ των μαθητών και μαθητριών αστικών και μη αστικών Λυκείων.

Συμπέρασμα. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της ενότητας, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κατά φύλο ως προς την ενασχόληση με τον χορό, ως προς την ενασχόληση με την πάλη και την κωπηλασία, ενώ κατά στρώμα Λυκείου υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ενασχόληση με τον χορό, ως προς την ενασχόληση με την πάλη και την κωπηλασία. Συγκεκριμένα ασχολούνται με τον χορό σαφώς περισσότερα κορίτσια που προέρχονται από τα Λύκεια των χωριών και των κωμοπόλεων και γενικώτερα περισσότερα αγόρια και κορίτσια που φοιτούν σε μη αστικά Λύκεια ασχολούνται με τον χορό. Ως προς την ενασχόληση με το μπαλέτο δεν υπάρχουν διαφορές κατά φύλο και στρώμα Λυκείου. Με το άθλημα της πάλης ασχολούνται περισσότερα αγόρια,(9,9%), σε σχέση με τα κορίτσια(1,3%), που φοιτούν σε Λύκεια της πόλης. Με την πάλη ασχολούνται περισσότερα αγόρια και κορίτσια από τα Λύκεια της πόλης(6%) σε σχέση με τους μαθητές-μαθήτριες των Λυκείων της υπαίθρου(1,3%). Τέλος, με την κωπηλασία ασχολούνται περισσότερα αγόρια(7,5%) σε σχέση με τα κορίτσια(1,3%), που φοιτούν σε Λύκεια της Πόλης, ενώ προφανώς λόγω της λίμνης Παμβώτιδος, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια που φοιτούν σε Λύκεια της Πόλης(5,1%) ασχολούνται περισσότερο με την κωπηλασία, σε σχέση με τους μαθητές-μαθήτριες των Λυκείων της ενδοχώρας(0,6%).





## Ε. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΣ

Στην ενότητα αυτή καταγράφονται οι απαντήσεις από δυο ερωτήσεις που απευθύνθηκαν αποκλειστικά στα κορίτσια του δείγματός μας και έχουν σχέση με το ιστορικό της εμμηνόρρυσίας τους (κανονικοί κύκλοι και αμηνόρροια), γνωστού όντως ότι οι διαταραχές της εμμηνόρρυσίας είναι σταθερά ευρήματα στις διαταραχές διατροφής. (Η αμηνόρροια μεγαλύτερη από 3 κύκλους αποτελεί κριτήριο για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV, οι δε ακανόνιστοι κύκλοι αποτελούν σύμπτωμα της ψυχογενούς βουλιμίας.

Στην πρώτη ερώτηση "Αν είστε γυναίκα, είναι η περίοδός σας κανονική;" Οι απαντήσεις Ναι (1) και Όχι (2) καταγράφονται στον πίνακα 46.

**Πίνακας 43 :** Κανονικότητα περιόδου στο σύνολο των κοριτσιών (N=471)

ΝΑΙ	356	75,6%
ΟΧΙ	111	23,6%

Missing

4

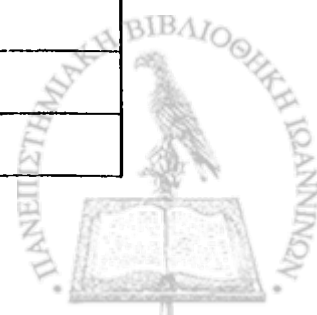
Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι 1 στα 4 κορίτσια (23,6%) του δείγματός μας έχει ακανόνιστη περίοδο, προφανώς για διάφορους λόγους, ως προς την αιτιολογία, που δεν μπορούν να διευκρινισθούν, στα πλαίσια και τις δυνατότητες της παρούσης έρευνας.

Μελετήθηκε επίσης η κανονικότητα της περιόδου σύμφωνα με την παραπάνω ερώτηση στα αστικά και μη αστικά στρώματα των κοριτσιών, τα δε στοιχεία παρατίθενται στον πίνακα 44.

**Πίνακας 44 :** Κανονικότητα περιόδου στα κορίτσια κατά

στρώμα αστικών και μη αστικών Λυκείων (N=467)

	Αστικά	%	Μη αστικά	%
ΝΑΙ	281	74,3	75	84,3
ΟΧΙ	97	25,7	14	15,7



Pvalue=3,921, df=1, Asymp. Sig (2-sided) = 0,048

Continuity Correction Value=3,392, df=1, Asymp. Sig. (2-sided)=0,066

Lik. Ratio=4,214, df=1, Asymp. Sig (2-sided) = 0,040

Φαίνεται ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ποσοστών στα αστικά και μη αστικά Λύκεια. Η στατιστική ανάλυση επιβεβαιώνει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ( $p < 0,00$ ) στην κανονικότητα της περιόδου στα κορίτσια των αστικών σε σχέση με αυτά των μη αστικών στρωμάτων.

Στην δεύτερη ερώτηση "Αν δεν έχετε κανονική περίοδο, ποια είναι η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου;" Από την απάντηση αυτή, καθορίστηκε η διάρκεια της αμηνόρροιας στα κορίτσια του δείγματός μας και ταξινομήθηκε, για τις ανάγκες της έρευνάς μας σε δύο κατηγορίες .Μικρότερη από 3 μήνες, και ίση η μεγαλύτερη από 3 μήνες. Τα στοιχεία παρατίθενται στον πίνακα 45.

Πίνακας 45 : Αμηνόρροια στα κορίτσια (N=105)

	Αριθμός (N=105)	%
<3 μήνες	95	90,5
>=3 μήνες	10	9,5

Missing . . . . . 6

Πίνακας 46 : Αμηνόρροια στα κορίτσια αστικών -

μη αστικών Λυκείων

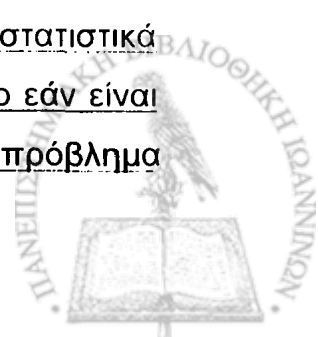
	Αστικά	%	Μη αστικά	%
<3 μήνες	0	89,4	11	100
>=3 μήνες	10	10,6	0	0

Από τα στοιχεία των παραπάνω πινάκων προκύπτει ότι 1 στα 10 κορίτσια (10%) που φοιτούν σε αστικά Λύκεια και που έχουν αμηνόρροια, έχει αμηνόρροια πάνω από 3 μήνες. Τα κορίτσια που φοιτούν σε Αστικά Λύκεια έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ακανόνιστη περίοδο ((25,7%) σε σχέση με τα κορίτσια που

φοιτούν σε Λύκεια της υπαίθρου(15,7%), ενώ Αμηνόρροια ίση η μεγαλύτερη των 3 μηνών βρέθηκε μόνο σε κορίτσια των Λυκείων της Πολης, σε ποσοστό 10,6%. Με βάση το εύρημα αυτό έγινε περαιτέρω διερεύνηση των κοριτσιών αυτών, ως προς τις τιμές των άλλων παραμέτρων που χρησιμοποιήθηκαν στην ερευνά μας, και συγκεκριμένα του Δείκτη Σωματικής Μάζας και της Ολικής Βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής(EAT-26), με σκοπό την συνεκτίμηση των κριτηρίων για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Βλ. κεφ. Εκτίμηση Επικράτησης των Διαταραχών Διατροφής).

#### Συμπεράσματα ( Ενότητες Α,Β,Γ,Δ,Ε)

1. Εκ των μεταβλητών που ανήκουν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση τόσο μεταξύ επαγγέλματος πατέρα όσο και επαγγέλματος μητέρας και φύλου, αλλά ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ επαγγέλματος πατέρα και μητέρας και φρίτησης σε αστικά - μη αστικά Λύκεια των μαθητών - μαθητριών (P<0,0001 και P<0,0001 αντιστοίχως).
2. Εκ των μεταβλητών που ανήκουν στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά βρέθηκε ότι ένας σχετικά μεγάλος αριθμός μαθητών και μαθητριών έχει εξαιρετικά χαμηλή τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας. Συγκεκριμένα 7 αγόρια (1,8%) και 26 κορίτσια (5,5%) έχουν τιμή του ΔΣΜ ίση ή μικρότερη της οριακής τιμής 17,5 (3,9% στο σύνολο). Επίσης διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εκτίμησης του βάρους και φύλου (P<0,0001) για αγόρια - κορίτσια).
3. Εκ των παραμέτρων που ανήκουν στις συνήθειες διατροφής παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συχνότητας γευμάτων και φύλου (Μεσημεριανό: (P<0,001) για αγόρια - κορίτσια, Βραδυνό,(P<0,000) για αγόρια-κορίτσια, Ενδιάμεσα (P<0,006) για αγόρια-κορίτσια), ενώ εκ των παραμέτρων που αναφέρονται στις συμπεριφορές σχετικά με τη διατροφή ως προς το εάν έχουν λάβει συμβουλή για δίαιτα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (P<0,0001) και μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, μεταξύ αστικών και μη αστικών Λυκείων (P<0,01). Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση και διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών ως προς το εάν είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος (P<0,001) ως προς το εάν έχουν πρόβλημα



διατροφής ( $P < 0,0001$ ), καθώς και ως προς το προσδιορισθέν από τους ίδιους πρόβλημα διατροφής ( $p < 0,001$ )

4. Εκ των παραμέτρων που ανήκουν στην ενότητα Σωματική Άσκηση διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση και διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών ως προς τις ενασχολήσεις, χορός ( $P < 0,0001$ ), πάλη ( $P < 0,0001$ ), και κωπηλασία ( $P < 0,0001$ ), καθώς και μεταξύ όλων των αγοριών και κοριτσιών των αστικών και μη αστικών Λυκείων ως προς τις ίδιες ενασχολήσεις (χορός  $P < 0,01$ , πάλη  $< 0,01$  και κωπηλασία  $P < 0,01$ ).
5. Ως προς το ιστορικό εμμηνορρυσίας, βρέθηκε ότι 23,6% των κοριτσιών έχουν ακανόνιστη περίοδο και εξ αυτών 9,5% είχε διάρκεια αμμηνόρροιας ίση ή μεγαλύτερη από 3 μήνες. Πιο συχνά ακανόνιστη περίοδο έχουν τα κορίτσια των αστικών Λυκείων (25,7% σε σχέση με 15,7%) ( $p < 0,040$ ), ενώ διάρκεια αμμηνόρροιας ίση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών παρατηρείται αποκλειστικά σε 10 κορίτσια (10,6%) των αστικών Λυκείων.



## ΣΤ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

## (Eating Attitudes Test-26)

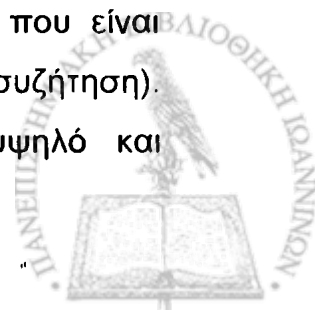
Η ολική βαθμολογία, του ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26), προκύπτει από το άθροισμα των τιμών των τριών υποκλιμάκων του, δηλαδή της Δίαιτας (Dieting), της Βουλιμίας και Ενασχόλησης με τις τροφές (Bulimia and Food Preoccupation) και του Στοματικού Ελέγχου (Oral Control), όπως έχει περιγραφεί στο κεφάλαιο Υλικό και Μέθοδος. Σύμφωνα με την παρατήρηση των Garner και Garfinkel (Garner και Garfinkel 1979, 1982) η τιμή 20, θεωρείται τιμή κατωφλίου, δηλαδή όταν η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, είναι ίση ή μεγαλύτερη της τιμής αυτής ( $\geq 20$ ), τότε είναι πολύ πιθανό το άτομο να παρουσιάζει παθολογική συμπεριφορά διατροφής ή να πάσχει από κάποια διαταραχή διατροφής. Βάσει αυτής της διαπίστωσης, που έχει καθολική βιβλιογραφική και ερευνητική αποδοχή, τα υποκείμενα της έρευνάς μας ταξινομήθηκαν ως προς τις δύο αυτές κατηγορίες της ολικής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου EAT-26: EAT-26 (OB)  $\geq 20$  και EAT-26, (OB)  $< 20$ . Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα.

Πίνακας 47: Ερωτηματολόγιο EAT-26. Ποσοστά κατά φύλο της Ολικής Βαθμολογίας (EAT-26 OB  $\geq 20$  και EAT-26 OB  $< 20$ )

EAT-26 Ολική Βαθμολογία	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
EAT-26 $\geq 20$	20	5,2	119	25,4	139	16,3
EAT-26 $< 20$	365	94,8	350	74,6	715	83,7
Missing	-	-	2		2	

$\chi^2=63,174, df=1, Asymp. Sig(2-sided)=0,000 P<0,0001$ . Υπάρχει στατιστικώς πολύ σημαντική σχέση μεταξύ EAT-26(OB) και φύλου.

Παρατηρούμε ότι το συνολικό ποσοστό των μαθητών και μαθητριών με συνολική βαθμολογία ανώτερη της τιμής κατωφλίου, είναι 16,2%, ποσοστό που είναι ιδιαίτερα υψηλό σε σύγκριση με ποσοστά άλλων ερευνών (βλέπε συζήτηση). Επίσης το ποσοστό των κοριτσιών (25,3%) είναι εξαιρετικά υψηλό και



πενταπλάσιο του ποσοστού των αγοριών (5,2%). Διαπιστώνεται δηλαδή ότι 1 στα 4 κορίτσια και 1 στα 20 αγόρια, παρουσιάζουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής, γεγονός που δείχνει ότι τα άτομα αυτά (119 κορίτσια και 20 αγόρια) είναι πολύ πιθανό να πάσχουν ή κινδυνεύουν να νοσήσουν από κάποια διαταραχή διατροφής. Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση και διαφορά της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ( $P < 0,0001$ ).

Αναλυτικά, οι τιμές του EAT-26 και των υποκλιμάκων του, παρατίθενται στον κάτωθι πίνακα.

**Πίνακας 48:** Ερωτηματολόγιο EAT-26 -Ολική βαθμολογία. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ολικής βαθμολογίας και των υποκλιμάκων σε αγόρια - κορίτσια

EAT-26	Αγόρια (N=385)		Κορίτσια (N=469)		One way ANOVA	Σύνολο (N=854)	
	x	s	x	s		x	s
<i>Δίαιτα (Δ)</i>	3,16	3,69	7,70	6,95	F=133,179 P<0,0001*	5,65	6,14
<i>Βουλιμία και Ενασχόληση με τις Τροφές (BET)</i>	1,46	1,89	1,84	2,21	F=7,059 P<0,008*	1,67	2,08
<i>Στοματικός έλεγχος (ΣΕ)</i>	3,22	2,91	4,82	3,63	F=49,428 P<0,0001*	4,10	3,41
<i>Συνολική τιμή</i>	7,83	5,54	14,41 9,72		F=139,391 P<0,0001*	11,44 8,74	

Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων (one way ANOVA) για αγόρια- κορίτσια

Δίαιτα: F= 133,179 df=1 p<0,0001\*

BET: F=7,059 df=1 p<0,008\*

Στ. έλεγχος: F=49,428 df=1 p<0,0001\*

Σύνολο: F=139,391 df=1 p<0,0001\*

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Πίνακα 48, ως προς τη σύγκριση κατά φύλο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των αγοριών και



κοριτσιών, τόσο της συνολικής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου της συνολικής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26)  $P < 0,0001$ , αλλά και των τιμών των Υποκλιμάκων (Δίαιτα:  $P < 0,0001$ , Βουλιμία και Ενασχόληση με την Τροφή:  $P < 0,08$ , Στοματικός έλεγχος:  $P < 0,0001$ ).

Ως προς τη σύγκριση κατά ηλικία των τιμών της Ολικής Βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) των μαθητών και μαθητριών, προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα:

Πίνακας 49: EAT-26 Ολική βαθμολογία κατά ηλικία και φύλο - EAT-26

Ολική Βαθμολογία (Μ.Τ. και Σ.Α.)

ΗΛΙΚΙΑ	Αγόρια (N=385)		Κορίτσια (N=469)		Σύνολο (N=854)	
15	(N=15)		(N=32)		(N=47)	
	x	s	x	s	x	s
	10,27	5,91	11,25	7,70	10,94	7,13
16	(N=108)		(N=134)		(N=242)	
	6,69	4,27	14,92	9,56	11,22	8,69
17	(N=151)		(N=196)		(N=347)	
	7,56	5,94	14,38	9,88	11,41	9,05
18	(N=79)		(N=86)		(N=165)	
	8,92	5,99	14,93	10,53	12,05	9,15
19	(N=20)		(N=9)		(N=29)	
	8,45	5,47	17,89	10,75	11,38	8,55
20	(N=12)		(N=12)		(N=24)	
	10,75	4,47	11,33	4,12	11,04	4,22
Σύνολο	7,83	5,54	14,41	9,72	11,44	8,74

Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων (One way ANOVA) με παράγοντα την ηλικία σε 6 επίπεδα.

Για τα αγόρια:  $F=3,085$   $df=5$   $P < 0,01^*$

Για τα κορίτσια:  $F=1,275$   $df=5$   $P < 0,274$

Βάσει των ανωτέρω, στα αγόρια υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας των μαθητών και της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26, με υψηλότερες τιμές στις ηλικίες 15 και 20, ενώ αντίθετα στα κορίτσια, δεν υπάρχει στατιστικά



σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26, με τα κορίτσια 16-19 ετών να έχουν τις υψηλότερες τιμές. Η μέση τιμή της βαθμολογίας του EAT-26 στα κορίτσια είναι διπλάσια της αντίστοιχης βαθμολογίας των αγοριών. Βρέθηκε λοιπόν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την τιμή της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 σε σχέση με την ηλικία στα αγόρια αλλά όχι στα κορίτσια.

Ως προς τη σύγκριση κατά την κοινωνική ομάδα, που προέκυψε από το επάγγελμα του πατέρα, της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26, των μαθητών και μαθητριών, προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα.

**Πίνακας 50:** Ερωτηματολόγιο EAT-26 Ολική Βαθμολογία κατά φύλο και κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα (Μ.Τ. και Τ.Α)

Κοινωνική ομάδα	Αγόρια (N=381)		Κορίτσια (N=463)		Σύνολο (N=844)	
1. Ανωτέρα	N=60		N=85		N=145	
	x	s	x	s	x	s
	7,55	6,49	15,00	9,97	11,92	9,43
2. Μεσαία	N=116		N=123		N=239	
	7,57	5,48	15,15	10,21	11,47	9,07
3. Έμποροι	N=60		N=86		N=146	
	7,88	5,27	14,50	9,79	11,78	8,84
4. Εργάτες	N=109		N=135		N=244	
	7,99	5,17	13,71	8,80	11,19	7,93
5. Γεωργοί	N=16		N=16		N=32	
	7,13	4,57	9,38	5,80	8,25	5,26
6. Οικιακά Ανεργοί Συνταξιούχοι	N=20		N=18		N=38	
	9,45	6,31	15,28	11,40	12,21	9,42
Σύνολο	7,82	5,53	14,40	9,63	11,43	8,68

Στατιστική επεξεργασία (One way ANOVA) με παράγοντα την κοινωνική ομάδα σε 6 επίπεδα.

Για τα αγόρια:  $F=0,494$   $df=5$   $P<0,781$ .





Για τα κορίτσια:  $F=1,235$   $df=5$   $P<0,291$

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 των αγοριών και των κοριτσιών και της κοινωνικής ομάδας στην οποία κατατάσσονται βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους και συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 ως προς την κοινωνική διαστρωμάτωση δηλαδή την κοινωνική ομάδα που κατατάσσονται τα αγόρια και τα κορίτσια βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους.

Εάν, λόγω των δυσχερειών προσδιορισμού της κοινωνικής τάξης στην Ελλάδα, χρησιμοποιήσουμε και το επάγγελμα της μητέρας για να κατατάξουμε τους μαθητές-μαθήτριες σε κοινωνικές ομάδες βάσει του επαγγέλματος που ασκεί η μητέρα τους και συγκρίνουμε (μαθητές - μαθήτριες) την Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου EAT-26 στις έξι κατηγορίες των μαθητών και μαθητριών, βάσει του επαγγέλματος της μητέρας τους (που προέκυψαν από την σύμπτυξη των 14 αρχικών επαγγελματικών κατηγοριών), προκύπτει ο ακόλουθος Πίνακας.

Πίνακας 51: Ερωτηματολόγιο EAT-26 Ολική Βαθμολογία κατά φύλο και κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος της μητέρας) (Μ.Τ. και Τ.Α)

Κοινωνική ομάδα	Αγόρια (N=381)		Κορίτσια (N=464)		Σύνολο (N=845)	
1. Ανωτέρα	N=41		N=58		N=99	
	x	s	x	s	x	s
	7,71	6,68	15,33	9,97	12,17	9,50
2. Μεσαία	N=51		N=49		N=100	
	6,57	4,52	13,80		10,11	
			10,48		8,76	
3. Έμποροι	N=15		N=22		N=37	
	6,47	4,52	17,45	19,95	13,0	10,50
4. Εργάτες	N=14		N=24		N=38	



	7,29	3,43	17,87	10,35	13,97	9,87
5.Γεωργοί	N=3		N=3		N=6	
	6,67	6,43	14,67		10,67	9,18
			11,02			
6.Οικιακά Άνεργοι Συντ/χοι	N=257		N=308		N=565	
	8,16	5,61	13,81	9,22	11,24	8,27
Σύνολο	7,79	5,53	14,39		11,41	8,68
			8,68			

Στατιστική επεξεργασία (One way ANOVA) με παράγοντα την κοινωνική ομάδα

Για τα αγόρια:  $F=0,948$   $df=5$   $P<0,450$

Για τα κορίτσια:  $F=1,454$   $df=5$   $P<0,203$

Βάσει των ανωτέρω στοιχείων δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 των αγοριών και των κοριτσιών και της κοινωνικής ομάδας στην οποία κατατάσσονται βάσει του επαγγέλματος της μητέρας τους και επομένως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 μεταξύ των κοινωνικών ομάδων βάσει του επαγγέλματος της μητέρας τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια.

Ως προς τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 των μαθητών και μαθητριών βάσει του Λυκείου φοίτησής τους, σε αστικά και μη αστικά Λύκεια, βρέθηκαν τα παρακάτω:

Πίνακας 52: Ερωτηματολόγιο EAT-26 Ολική Βαθμολογία σε μαθητές- μαθήτριες, αστικών και μη αστικών Λυκείων (Μ.Τ. και Τ.Α)

	Αγόρια (N=385)	Κορίτσια (N=469)	Σύνολο (N=854)
Αστικά	N=319	N=379	N=698
	x s	x s	x s

	7,83	5,68	14,76	9,98	11,59	8,98
<i>Μη αστικά</i>	N=66		N=90		N=156	
	7,84	4,86	12,94	8,41	10,78	7,54
<i>Σύνολο</i>	7,83	5,54	14,41	9,72	11,44	8,74

Στατιστική επεξεργασία (One way ANOVA) με παράγοντα αστικά μη αστικά  
Λύκεια

Για τα αγόρια:  $F=0,000$   $df=1$   $P<0,994$

Για τα κορίτσια:  $F=2,540$   $df=1$   $P<0,112$

Επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και φοίτησης σε αστικά-μη αστικά Λύκεια τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια. Άρα δεν υπάρχει διαφορά της βαθμολογίας του EAT-26 μεταξύ αγοριών αστικών και μη αστικών λυκείων αλλά ούτε και μεταξύ των κοριτσιών αστικών και μη αστικών λυκείων.

Συγκρίνοντας τις τιμές της Ολικής Βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου EAT-26 των μαθητών και μαθητριών βάσει των κατηγοριών σχολικής επίδοσης (όπως ταξινομήθηκαν σε 5 κατηγορίες βάσει του βαθμού ενδεικτικού της προηγούμενης χρονιάς), προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα.

Πίνακας 53: EAT-26 Ολική Βαθμολογία σε μαθητές-μαθήτριες σε

σχέση με τη σχολική επίδοση

<i>Βαθμός</i>	<i>Αγόρια (N=368)</i>		<i>Κορίτσια (N=432)</i>		<i>Σύνολο (N=800)</i>	
18-20	N=67		N=97		N=164	
	x	s	x	s	x	s
	6,24	3,89	13,76	9,95	10,69	8,85
15-17	N=157		N=238		N=395	
	7,43	5,36	15,26	10,17	12,15	9,40
12-14	N=128		N=92		N=220	
	8,93	6,19	12,76	8,06	10,53	7,27

10-12	N=15 8,13      6,14	N=3 6,00      6,93	N=18 7,78      6,11
<0	N=1 5,00      -	N=2 15,00      11,31	N=3 11,67      9,87
Σύνολο	7,76      5,53	14,33      9,73	11,30      8,71

Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων (One way ANOVA) με παράγοντα την σχολική Επίδοση.

Για τα αγόρια :  $F=2,981$   $df=4$   $P<0,019^*$

Για τα κορίτσια:  $F=1,789$   $df=4$   $P<0,130$

Επομένως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και σχολικής επίδοσης στα αγόρια, ενώ αντιθέτως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ EAT-26 (OB) και σχολικής επίδοσης στα κορίτσια, που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 κατά κατηγορία σχολικής επίδοσης στα αγόρια ενώ αντιθέτως στα κορίτσια δεν υπάρχει διαφορά της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 κατά κατηγορία σχολικής επίδοσης.

Συγκρίνοντας περαιτέρω τις μέσες τιμές του ερωτηματολογίου EAT-26 σε σχέση με τις υπόλοιπες παραμέτρους, όπως έχουν ταξινομηθεί σε ομάδες προκύπτει ότι στα αγόρια (βλέπε επόμενο πίνακα 54) δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές της μέσης τιμής του EAT-26 σε σχέση με τον Δείκτη Σωματικής Μάζας, την Εκτίμηση του Σωματικού Βάρους, την Συχνότητα λήψης Γευμάτων (πρωινό, μεσημεριανό, βραδυνό, ενδιάμεσα), την Συμβουλή για Δίαιτα, το εάν είναι μέλος Κέντρου Αδυνατίσματος, ως προς το εάν έχουν πρόβλημα διατροφής, ως προς τις συνήθειες χορού, μπαλέτου, κωπηλασίας και πάλης. Αντιθέτως στα κορίτσια (βλέπε επόμενο πίνακα 55) βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των μέσων τιμών του ερωτηματολογίου EAT-26 και του Δείκτη Σωματικής Μάζας ( $\leq 17,5$  και  $>17,5$ ) ( $p<0,0001$ ) ως προς την παράμετρο Εκτίμησης Σωματικού Βάρους ( $p<0,0001$ ) ως προς τη λήψη Βραδυνού ( $p<0,0001$ ) και ενδιάμεσων γευμάτων ( $p<0,006$ ) ως προς τη Συμβουλή για Δίαιτα ( $p<0,0001$ ) και ως προς τη μεταβλητή Πρόβλημα Διατροφής ( $p<0,023$ ). Ως προς τις υπόλοιπες μεταβλητές (Λήψη πρωινού και μεσημεριανού, μέλος κέντρου αδυνατίσματος,

Προσδιορισμός προβλήματος διατροφής, χορός, μπαλέτο, πάλη, κωπηλασία, ακανόνιστη περίοδος και χρόνος αμηνόρροιας) δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών του ερωτηματολογίου EAT-26.

Πίνακας 54:

	F	df	Sig
Δείκτης Σωματικής Μάζας	2,765		0,095
Εικόνα Σώματος	2,248	1	0,135
Πρωινό	1,435	1	0,232
Μεσημεριανό	1,373	1	0,242
Βραδυνό	3,495	1	0,062
Ενδιάμεσα	1,484	1	0,224
Συμβουλή για Δίαιτα	0,170	1	0,681
Μέλος Κέντρου	—	1	—
Προβλήματα Διατροφής	0,223	1	0,637
Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής	0,001	1	0,970
Χορός	0,759	1	0,384
Μπαλέτο	0,333	1	0,565
Πάλη	0,000	1	0,984
Κωπηλασία	0,184	1	0,669

Πίνακας 55:

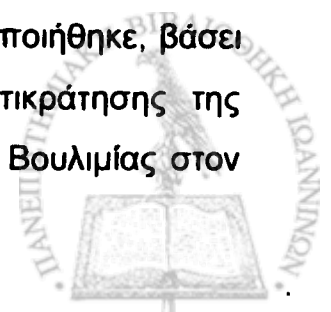
	F	df	Sig
Δείκτης Σωματικής Μάζας	7,661	1	0,006**
Εικόνα Σώματος	28,648	1	0,000**



Πρωινό	2,492	1	0,115
Μεσημεριανό	3,603	1	0,058
Βραδυνό	24,975	1	0,000**
Ενδιάμεσα	7,712	1	0,006**
Συμβουλή για Δίαιτα	16,853	1	0,000**
Μέλος Κέντρου	1,762	1	0,185
Προβλήματα Διατροφής	5,218	1	0,023*
Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής	0,931	1	0,335
Χορός	2,360	1	0,125
Μπαλέτο	2,331	1	0,127
Πάλη	0,203	1	0,653
Κωπηλασία	0,001	1	0,981
Κανονική περίοδος	0,054	1	0,816
Αμηνόρροια	0,160	1	0,690

Τέλος η διερεύνηση της συσχέτισης της βαθμολογίας του EAT-26 με την βαθμολογία του ερωτηματολογίου BITE στα αγόρια, έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $\chi^2=0,055$   $df=1$   $p<0,815$ ) ενώ στα κορίτσια ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων ( $\chi^2=8,230$   $df=1$   $p<0,004$ ).

Η υποκλίμακα του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) Βουλιμία και Ενασχόληση με τις Τροφές, (EAT-26, BET), χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο εκτίμησης των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τύπου βουλιμίας που εντάσσονται τόσο στην βουλιμική μορφή της Ψυχογενούς Ανορεξίας όσο και στο σύνδρομο της Ψυχογενούς Βουλιμίας και ως εκ τούτου χρησιμοποιήθηκε, βάσει μιας τιμής κατωφλίου ( $BET \geq 9$ ) για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας Βουλιμικού Τύπου και της Ψυχογενούς Βουλιμίας στον



πληθυσμό μας. Η τιμή κατωφλίου  $BET \geq 9$ , καθορίστηκε να είναι ίση η μεγαλύτερη με τη μέση τιμή της  $BET$  των πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία, όπως προκύπτει από τα βιβλιογραφικά δεδομένα (Piran et al, 1989). Βάσει αυτού του κριτηρίου, προέκυψε ο κάτωθι Πίνακας 56.

Πίνακας 56: Υποκλίμακα  $BET$  (Βουλιμία και Ενασχόληση με τις

Τροφές, του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής, (EAT-26, $BET$ ) σε αγόρια - κορίτσια.

BET	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
$BET \geq 9$	1	0,3	5	1,1	6	0,7
$BET < 9$	384	99,7	464	98,5	848	99,1

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι 1 αγόρι (0,3%) και 5 κορίτσια (1,1%) έχουν εξαιρετικά υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα  $BET$  και επομένως είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά συμπτώματα Ψυχογενούς Ανορεξίας Βουλιμικού Τύπου ή Ψυχογενούς Βουλιμίας. Άγνωστο όμως παραμένει, εάν και κατά πόσο, εκπληρούν όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση της πλήρους μορφής των συνδρόμων, καθόσον δεν έγινε στην έρευνά μας κλινική συνέντευξη και εξέταση. Οι ερωτήσεις που βαθμολογούνται στην υποκλίμακα  $BET$  είναι οι παρακάτω (6 ερωτήσεις):

Ερώτηση 3 : Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού.

Ερώτηση 4 : Μου συμβαίνει να τρώγω κατά κόρον, όποτε αισθάνομαι ότι δε θα μπορέσω να σταματήσω.

Ερώτηση 9 : Κάνω έμετο μετά το φαγητό.

Ερώτηση 18: Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου.

Ερώτηση 21: Αφιερώνω υπερβολικό χρόνο και σκέψη στο φαγητό.

Ερώτηση 26: Νιώθω την ανάγκη να κάνω έμετο μετά το φαγητό.

Στις παραπάνω ερωτήσεις μπορούμε να υποθέσουμε ότι καλύπτονται τα 2 από τα 3 κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά ICD-10 (Κριτήριο 1: Ενασχόληση με την τροφή και Κριτήριο 2: Επεισόδια υπερφαγίας και αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών), και όχι



το κριτήριο 3 (Κριτήριο 3: Νοσηρός φόβος πάχυνσης). Σύμφωνα με τα παραπάνω, καθώς και τα βιβλιογραφικά δεδομένα, βάσει της κλίμακας BET και μόνον, δεν μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία-βουλιμικού τύπου ή ψυχογενή βουλιμία, καθόσον τα συμπτώματα αυτά μπορεί να υπάρχουν και στις δυο διαταραχές (*Williamson και συν 1993, DSM-IV 1994, ICD-10 1992*). Επομένως επιβάλλεται η συνεκτίμηση της συνύπαρξης των κριτηρίων για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, κάτι που έγινε στην παρούσα έρευνα (Βλ. Κεφ. Εκτίμηση Επικράτησης της ΨΒ).

Όπως έχει αναφερθεί στο κεφάλαιο της Επιδημιολογίας, οι διαταραχές διατροφής επικρατούν εκεί όπου επικρατούν παθολογικές συνήθειες διατροφής με σκοπό τον έλεγχο και περιορισμό του σωματικού βάρους, όπως π.χ. δίαιτα κλπ. (*Hsu 1990*). Έτσι λοιπόν ο πληθυσμός των αγοριών και κοριτσιών του δείγματός μας που έχει τιμές στο EAT-26, μεγαλύτερες της τιμής κατωφλίου, αποτελεί έναν πληθυσμό που πάσχει ή κινδυνεύει να αναπτύξει, κάποια διαταραχή διατροφής, επομένως θα πρέπει να διερευνηθούν τα άτομα αυτά, συγκριτικά με τις τιμές άλλων παραμέτρων, όπως την τιμή του ΔΣΜ, την ακανόνιστη περίοδο και την αμηνόρροια, για να εντοπιστούν κάποιες πιθανόν τυπικές ή άτυπες περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας (βλέπε παρακάτω - Πίνακας ατόμων με EAT-26 OB>20, Αμηνόρροια>3μήνες και ΔΣΜ<17,5, στο κεφάλαιο της Επικράτησης των διαταραχών διατροφής).

Συμπερασματικά, σχετικά με τα ευρήματα από την εφαρμογή του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) φαίνεται ότι:

1. Υπάρχει στατιστικώς πολύ σημαντική σχέση μεταξύ EAT-26(OB) και φύλου. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο σύνολο και στις υποκλίμακες του EAT-26 σε σχέση με τα αγόρια, με ένα ποσοστό 25% των κοριτσιών να έχουν ολική βαθμολογία ανώτερη της οριακής τιμής 20, έναντι 5% των αγοριών.
2. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο EAT-26 (σύνολο και υποκλίμακες) σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με τα αγόρια. Τα κορίτσια, επίσης έχουν αντίστοιχη βαθμολογία σε όλες τις ηλικίες, με μεγαλύτερη βαθμολογία στην ηλικία των 19 ετών. Στα αγόρια αντίθετως υπάρχουν διαφορές στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26, αναλόγως



της ηλικίας. Η μεγαλύτερη βαθμολογία του EAT-26 στα αγόρια βρέθηκε στα αγόρια 20 ετών και στα αγόρια 15 ετών, που μπορεί να δείχνει την διαφορετική χρονική έναρξη των διαταραχών διατροφής στα αγόρια. Υπάρχει, επομένως, σχέση μεταξύ ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της ηλικίας στα αγόρια (υψηλότερες τιμές στα αγόρια στις ηλικίες 15 και 20) ενώ δεν υπάρχει αντίστοιχη σχέση στις μαθήτριες (σταθερή τιμή της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 στις ηλικίες 16-18 ετών).

3. Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και της κοινωνικής ομάδας τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια όπως κατατάσσονται βάσει του επαγγέλματος του πατέρα ή της μητέρας.
4. Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και φοίτησης σε αστικά-μη αστικά Λύκεια τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια.
5. Υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και της σχολικής επίδοσης των αγοριών, αλλά όχι των κοριτσιών. Βρέθηκε χαμηλή βαθμολογία του EAT-26 στους άριστους (>18) μαθητές αλλά και στους πολύ κακούς (<10) μαθητές, μέση βαθμολογία του EAT-26 στους καλούς μαθητές (15-17) και υψηλή βαθμολογία στους μέτριους (10-14) μαθητές.
6. Επιπλέον στα κορίτσια υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και του Δείκτη Σωματικής Μάζας, της Εκτίμησης του σωματικού βάρους, της λήψης βραδυνού και ενδάμεσων γευμάτων, της συμβουλής για δίαιτα και του προβλήματος διατροφής.
7. Υπάρχει, στα κορίτσια, στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της Ολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου BITE, αλλά αντίστοιχη σχέση δεν διαπιστώθηκε στα αγόρια.
8. Ως προς τα ευρήματα από την εφαρμογή της υποκλίμακας του EAT-26 BET, 1 αγόρι (0,3%) και 5 κορίτσια (1,1%) παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα Βουλιμίας και Ενασχόλησης με τις Τροφές, του EAT-26 και είναι πολύ πιθανόν να πάσχουν από κάποια διαταραχή διατροφής με προεξάρχουσα συμπτωματολογία Βουλιμικού τύπου.



## Z. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΕΔΙΜΒΟΥΡΓΟΥ (Bulimic Investigatory Test Edinburg)

Το ερωτηματολόγιο αυτό που αποτελείται από 33 ερωτήσεις και εμπεριέχει 2 υποκλίμακες, συλλέγει πληροφορίες για συμπεριφορές διατροφής που εντάσσονται στο σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας. Οι υποκλίμακες είναι η Υποκλίμακα των Συμπτωμάτων, (ΥΣ) (Symptoms-Scale), που περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις) και η Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων, (ΥΒΣ) (Severity Scale), που αποτελείται από 3 ερωτήσεις) (Βλέπε περιγραφή και χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου BITE, Κεφ. Υλικό και Μέθοδος).

Σύμφωνα με τους εισηγητές του ερωτηματολογίου BITE Henderson και Freeman (1987) ως τιμή κατωφλίου της υποκλίμακας συμπτωμάτων BITE (ΥΣ) θεωρείται η τιμή 20, αντιστοίχως της υποκλίμακας βαρύτητας των συμπτωμάτων θεωρείται ως τιμή κατωφλίου η τιμή 5 και συνολικά η τιμή 25 θεωρείται ως τιμή κατωφλίου για την ολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου BITE. Πάνω από τις τιμές αυτές οι βαθμολογίες (ολική και των υποκλιμάκων) αποκτούν κλινική σημασία. Επείδη λοιπόν το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να καταγράφει αφ' ενός τα επεισόδια υπερφαγίας και αφ' ετέρου τα γνωσιακά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα του συνδρόμου της ψυχογενούς βουλιμίας (αποχή από το φαγητό, αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών), θεωρείται ως έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της επικράτησης του συνδρόμου της ψυχογενούς βουλιμίας όταν διερευνάται μεγάλος αριθμός υποκειμένων όπου η διαταραχή επικρατεί ή ενδημεί.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου BITE παρατίθενται στους παρακάτω πίνακες. Ως προς την Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου BITE, τα αποτελέσματα σε αγόρια - κορίτσια είναι τα κάτωθι:



Πίνακας 57: Ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ, Ταξινόμηση βάσει της τιμής της Ολικής Βαθμολογίας κατά φύλο, σύμφωνα με την τιμή κατωφλίου (ΒΙΤΕ OB  $\geq$ 25, ΒΙΤΕ OB <25)

ΒΙΤΕ OB	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο %
ΒΙΤΕ $\geq$ 25	1	0,3	3	0,6	4 0,5
ΒΙΤΕ<25	384	99,7	465	99,4	849 99,5

$\chi^2=5,044$   $df=1$  Asymp.Sig (2-sided)=0,025 ,  $p<0,025$

Fisher's Exact Test:  $df=1$ , Exact Sig (2-sided)=0,027,  $p<0,027$ .

Από τη στατιστική ανάλυση διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και φύλου. Παρατηρούμε λοιπόν ότι 1 αγόρι (0,3%) και 3 κορίτσια (0,6%), με σύνολο 4 ατόμων (0,5%) έχουν ολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου(25) και επομένως ανήκουν στην ομάδα των ατόμων που πιθανόν να νοσήσουν ή να νοσούν ήδη, από Ψυχογενή Βουλιμία. Τα ποσοστά αυτά δεν θεωρούνται υψηλά και είναι λίγο μικρότερα αυτών από έρευνες σε αντίστοιχους πληθυσμούς, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην παρατήρηση ότι οι βουλιμικές συμπεριφορές αρχίζουν σε μεγαλύτερες ηλικίες ( $\approx 20$ ), όσο και σε άλλους παράγοντες όπως ο ρόλος της «διαφήμισης» των συμπεριφορών αυτών από τα ΜΜΕ μέσω ταινιών, αλλά και των προληπτικών προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν στη Δύση, με αντίστροφο αποτέλεσμα, και δεν υπάρχουν στην Ελλάδα. Ειδικά για την υποκλίμακα Συμπτωμάτων, των 30 ερωτήσεων, οι εισηγητές του ερωτηματολογίου προτείνουν αφ ενός τιμή κατωφλίου την τιμή 20 και αφ' ετέρου δύο επιπλέον κατηγορίες, Μέσης βαθμολογίας(με τιμές 10-19) και Χαμηλής βαθμολογίας(με τιμές<10). Έτσι, τα άτομα της έρευνάς μας, ως προς την Υποκλίμακα Συμπτωμάτων, κατατάσσονται σε τρεις ομάδες.



**Πίνακας 58 :** Ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ - Υποκλίμακα Συμπτωμάτων

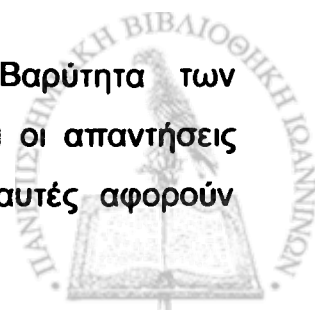
(κατηγοριοποίηση σε 3 ομάδες: 1:  $\geq 20$ , 2: 10-19, 3:  $<10$  δηλαδή αντιστοίχως, Υψηλή, Μέση και Χαμηλή βαθμολογία) σε αγόρια - κορίτσια

ΒΙΤΕ- Υποκλίμακα Συμπτωμάτων	Αγόρια (N=385)	%	Κορίτσια (N=471)	%	Σύνολο (N=856)	%
$\geq 20$ (Υψηλή)	1	0,3	12	2,5	13	1,5
10-19 (Μέση)	90	23,4	158	33,5	248	29,0
$< 10$ (Χαμηλή)	294	76,4	298	63,5	592	69,2

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 58 και την κατηγοριοποίηση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων που έχει προταθεί από τους εισηγητές του ερωτηματολογίου για την υποκλίμακα συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ τα υποκείμενα κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες 1. Με ύψηλή βαθμολογία  $> 20$  2. Μέση 10-19 και 3. Χαμηλή βαθμολογία  $<10$ . Βάσει αυτών προκύπτει ότι 12 κορίτσια και 1 αγόρι λαμβάνουν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ, ενώ επί του συνόλου το ποσοστό των μαθητών και μαθητριών με υψηλή βαθμολογία είναι 1,5% (2,5% στα κορίτσια και 0,3% στα αγόρια). Το ποσοστό των κοριτσιών με υψηλή βαθμολογία είναι το οκταπλάσιο του ποσοστού των αγοριών.

Στην κατηγορία όπου η βαθμολογία της υποκλίμακας συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ κυμαίνεται από 10-19 (Μέση τιμή) καταγράφεται ένα ποσοστό 23,4% για τα αγόρια και 33,5% για τα κορίτσια, που σημαίνει ότι περίπου 1 στα 5 αγόρια και 1 στα 3 κορίτσια παρουσιάζει παθολογικές συμπεριφορές διατροφής του υπερφαγικού βουλιμικού φάσματος πιθανόν χωρίς κλινική σημασία ενώ το 70% του συνόλου έχει χαμηλή βαθμολογία (75% των αγοριών και 64% των κοριτσιών).

Στη βαθμολογία της Υποκλίμακας του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ-Βαρύτητα των Συμπτωμάτων(ΥΒΣ), όπως έχει ήδη αναφερθεί καταγράφονται οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 6,7 και 27. Υπενθυμίζεται ότι οι ερωτήσεις αυτές αφορούν



επεισόδια υπερφαγίας και αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών. Ως τιμή κατωφλίου της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BITE (BITE-YBΣ) θεωρείται η τιμή 5, άνωθεν της οποίας η βαθμολογία των υποκειμένων αποκτά κλινική σημασία.

Η κατηγοριοποίηση των αποτελεσμάτων έγινε σε 2 ομάδες βάσει των τιμών : 1. Τιμή  $\geq 5$  (Υψηλή βαθμολογία, σημαντικός βαθμός σοβαρότητας) και 2. Τιμή  $< 5$  (χαμηλή βαθμολογία, χωρίς κλινική σημασία), σύμφωνα με τις οδηγίες των εισηγητών του Ερωτηματολογίου BITE (Henderson και Freeman 1987). Οι βαθμολογίες της υποκλίμακας BITE - YBΣ των μαθητών και μαθητριών καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

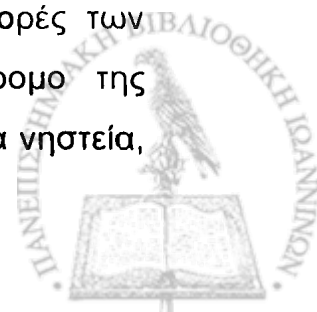
\* Πίνακας 59: Ερωτηματολόγιο BITE - Υποκλίμακα Βαρύτητας των

Συμπτωμάτων (κατηγοριοποίηση σε 2 ομάδες : 1.  $\geq 5$

Υψηλή Βαθμολογία 2.  $< 5$  Χαμηλή Βαθμολογία)

BITE- Υποκλίμακα Βαρύτητας Συμπτωμάτων	Αγόρια (N=385)	%	Κορίτσια (N=471)	%	Σύνολο (N=856)	%
$\geq 5$	9	2,4	58	12,3	67	7,8
$< 5$	376	97,6	410	87,1	786	91,8

Το ποσοστό των αγοριών με τιμή άνωθεν της τιμής κατωφλίου (τιμή κατωφλίου  $> 5$ ) είναι 2,4% και το ποσοστό των κοριτσιών αντιστοίχως 12,3% με αναλογία περίπου 1:6 (ενώ στην υποκλίμακα συμπτωμάτων η αναλογία ήταν 1:8). Το ποσοστό των αγοριών όσο και των κοριτσιών είναι αρκετά υψηλό, συγκριτικά με τα ποσοστά παρόμοιων ερευνών (Le Grange και συν 1998 , Βλ. Συζήτηση). Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά αυτά καταγράφουν συμπεριφορές των υποκειμένων που εντάσσονται χωρίς διαφοροποίηση στο σύνδρομο της Ψυχογενούς Βουλιμίας, δε γίνεται όμως διάκριση εάν αφορά ειδικότερα νηστεία,



αντιρροπιστική συμπεριφορά αποβολής των τροφών όπως έμετοι, χρήση καθαρτικών ή υπερφαγία. Ιδιαίτερως για την συμπεριφορά υπερφαγίας εάν καταγράψουμε τις απαντήσεις των μαθητών και μαθητριών, της ερώτησης 60, του ερωτηματολογίου SCL-90R (Ερώτηση 60 : Πόσο σ' ενόχλησε, κατά την τελευταία εβδομάδα, το να τρως υπερβολικά: με κλίμακες απαντήσεων, Καθόλου: 0, Λίγο: 1, Μέτρια: 2, Πολύ: 3, Πάρα πολύ: 4), και αξιολογήσουμε τις θετικές απαντήσεις με βαθμολογία 3 και 4 (πολύ και πάρα πολύ) μπορούμε να λάβουμε πληροφορίες για τη συμπεριφορά τύπου υπερφαγίας. Τα αποτελέσματα αυτά παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (βλέπε Πίνακα 60: Συμπεριφορά υπερφαγίας σε αγόρια - κορίτσια Ερώτηση 60 SCL-90R).

Πίνακας 60: Ερώτηση 60, του Ερωτηματολογίου SCL-90 R (Υπερφαγία : Πόσο σ' ενόχλησε το να τρως υπερβολικά;)

	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
0. Καθόλου	204	53,0	214	45,4	418	48,8
1. Λίγο	69	17,9	100	21,3	169	19,7
2. Μέτρια	51	13,2	53	11,3	104	12,1
3. Πολύ	24	6,2	58	12,3	82	9,6
4. Πάρα πολύ	24	6,2	37	7,9	61	7,1

Απουσιάζουν τα δεδομένα από 13 αγόρια και 9 κορίτσια.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, 48 αγόρια (12,4%) και 95 κορίτσια (20,2%) αναφέρουν επεισόδια υπερφαγίας κατά την τελευταία εβδομάδα και σημαντικό βαθμό ενόχλησης (πολύ και πάρα πολύ, άθροισμα απαντήσεων 3 και 4). Τα παραπάνω ποσοστά πιθανώς εκφράζουν την εκτίμηση της επικράτησης των επεισοδίων υπερφαγίας (Binge Eating) και πιθανώς της διαταραχής Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) στους εφήβους που μελετήσαμε (βλέπε κεφάλαιο Συζήτηση των Αποτελεσμάτων).



Αναλυτικά τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του ΒΙΤΕ κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα πατέρα και μητέρας, στρώμα Λυκείου και σχολική επίδοση παρατίθενται στους παρακάτω πίνακες. Στον πίνακα 61 παρατίθενται οι τιμές της ολικής βαθμολογίας και της βαθμολογίας των υποκλιμάκων ΥΣ και ΥΒΣ σε αγόρια και κορίτσια.

Πίνακας 61: Ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ, Ολική Βαθμολογία (ΒΙΤΕ ΟΒ), και βαθμολογία των υποκλιμάκων ΒΙΤΕ (ΥΣ), ΒΙΤΕ (ΥΒΣ,) Μ.Τ και Τ.Α. σε αγόρια και κορίτσια

ΒΙΤΕ	Αγόρια(N=385)		Κορίτσια (N=468)		Σύνολο (N=853)	
	x	s	x	s	x	s
ΒΙΤΕ ΥΣ	7,16	3,59	8,66	4,71	7,98	4,30
ΒΙΤΕ ΥΒΣ	0,99	1,43	1,85	2,06	1,46	1,85
ΒΙΤΕ ΟΒ	8,16	4,27	10,51	5,84	9,45	5,32



Στατιστική επεξεργασία (one way ANOVA) σε αγόρια κορίτσια

α) BITE OB:  $F= 43,582$   $df=1$   $p<0,0001^*$

β) BITE ΥΣ:  $F= 26,475$   $df=1$   $p<0,0001^*$

γ) BITE ΥΒΣ:  $F=47,724$   $df=1$   $p<0,0001^*$

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική σχέση τόσο της ολικής βαθμολογίας όσο και των δύο υποκλιμάκων του BITE ως προς τη σύγκριση κατά φύλο, υπάρχει δηλαδή στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά τόσο της ολικής βαθμολογίας αλλά και της βαθμολογίας των υποκλιμάκων BITE ΥΣ και BITE ΥΒΣ μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.

Ως προς την σύγκριση κατά ηλικία των τιμών της Ολικής Βαθμολογίας του ερωτηματολογίου BITE και των υποκλιμάκων BITE (ΥΣ) και BITE (ΥΒΣ), προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα, που παρατίθενται στον πίνακα 62.

Πίνακας 62: Ερωτηματολόγιο BITE BITE (OB)-Ολική Βαθμολογία, BITE (ΥΣ) και BITE(ΥΒΣ) κατά ηλικία και φύλο

0	Αγόρια (N=385)						Κορίτσια (N=468)					
	BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ		BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
15	1,60±3,46		7,0± 3,12		0,6 ± 0,99		10,0±5,54		8,0± 4,55		2,0± 2,17	
16	7,88±4,76		6,81±3,73		1,06±1,67		10,10±5,28		8,39±4,38		1,72±2,0	
17	8,01±3,91		7,19±3,49		0,82 1,16		10,83 6,19		9,13 4,94		1,70 1,96	
18	8,72 4,56		7,70 3,89		1,03 1,54		11,09 6,18		8,77 4,85		2,33 2,35	
19	8,85 3,98		6,90 3,24		1,95 1,50		9,11 5,23		7,33 4,36		1,78 1,56	
20	8,25 3,67		7,00 2,80		1,25 1,29		7,91 3,70		5,91 2,81		2,00 1,61	

Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

Για τα αγόρια:

BITE-OB :  $F=0,555$   $df=5$   $p=0,734$

BITE-ΥΣ :  $F=0,582$   $df=5$   $p=0,714$

BITE-ΥΒΣ :  $F=2,654$   $df=5$   $p=0,023^*$





Μεταξύ των ηλικιών δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση για την Ολική Βαθμολογία του ΒΙΤΕ (ΒΙΤΕ-ΟΒ) και για την υποκλίμακα Συμπτωμάτων (ΒΙΤΕ-ΥΣ) ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων (ΒΙΤΕ-ΥΒΣ) και της ηλικίας των αγοριών με μεγαλύτερες τιμές στις ηλικίες 19 και 20 ετών.

Για τα κορίτσια:

ΒΙΤΕ-ΟΒ :  $F=1,010$   $df=5$   $p=0,411$

ΒΙΤΕ-ΥΣ :  $F=1,514$   $df=5$   $p=0,184$

ΒΙΤΕ-ΥΒΣ :  $F=1,283$   $df=5$   $p=0,270$

Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας και των υποκλιμάκων του ΒΙΤΕ και της ηλικίας στα κορίτσια.

Ως προς τη σύγκριση κατά κοινωνική ομάδα, που προέκυψε από το επάγγελμα του πατέρα, της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και των Υποκλιμάκων του τα αποτελέσματα παρατίθενται στον πίνακα 63.

Πίνακας 63. Ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ. ΒΙΤΕ (ΟΒ)-Ολική Βαθμολογία, ΒΙΤΕ(ΥΣ) και ΒΙΤΕ(ΥΒΣ) κατά φύλο και κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα)

	Αγόρια (N=385)						Κορίτσια (N=463)					
	ΒΙΤΕ-ΟΒ		ΒΙΤΕ-ΥΣ		ΒΙΤΕ-ΥΒΣ		ΒΙΤΕ-ΟΒ		ΒΙΤΕ-ΥΣ		ΒΙΤΕ-ΥΒΣ	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
Ανωτέρ α	8,65	4,21	7,68	3,88	0,97	1,25	10,34	5,90	8,53	4,89	1,81	2,17
Μεσαία	8,42	4,60	7,29	3,71	1,13	1,68	10,76	5,97	8,83	4,66	1,93	2,01
Έμπορο ι	8,07	4,33	7,25	3,88	0,82	1,33	10,99	6,06	8,84	5,00	2,15	2,18
Εργάτες	7,83	4,01	6,87	3,30	0,95	1,28	10,36	5,37	8,60	4,23	1,76	1,96
Γεωργοί	7,56	4,75	6,44	3,67	1,13	1,54	8,37	5,51	7,31	5,07	1,06	1,39
Οικιακά Ανεργοί Συντ/χοί	7,50	3,94	6,76	3,10	0,80	1,47	10,61	6,79	9,00	5,46	1,61	2,45

### Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

Για τα αγόρια :

BITE-OB :  $F=0,533$   $df=5$   $p=0,751$

BITE-ΥΣ :  $F=0,619$   $df=5$   $p=0,685$

BITE-ΥΒΣ :  $F=0,506$   $df=5$   $p=0,771$

Σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής ανάλυσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας του BITE (ολικής και των υποκλιμάκων) και της κοινωνικής ομάδας των αγοριών, όπως προσδιορίστηκε βάσει του επαγγέλματος του πατέρα.

Για τα κορίτσια:

BITE-OB :  $F=0,622$   $df=5$   $p=0,683$

BITE-ΥΣ :  $F=0,357$   $df=5$   $p=0,878$

BITE-ΥΒΣ :  $F=0,971$   $df=5$   $p=0,435$

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, δεν υπάρχει επίσης, όπως και στα αγόρια, στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας του BITE (ολικής και των υποκλιμάκων) και της κοινωνικής ομάδας των κοριτσιών, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα.

Όπως έγινε και στην ανάλυση των δεδομένων του Ερωτηματολογίου EAT-26, χρησιμοποιήσαμε και το επάγγελμα της μητέρας για τον προσδιορισμό της κοινωνικής ομάδας που εντάσσονται οι μαθητές και μαθήτριες του δείγματός μας, με σκοπό την ανίχνευση πιθανών κοινωνικοπολιτιστικών επιδράσεων στη συμπεριφορά διατροφής, όπως καταγράφεται μέσω του ερωτηματολογίου BITE. Τα αποτελέσματα καταγράφονται στον πίνακα 64.



Πίνακας 64. Ερωτηματολόγιο BITE. BITE(OB) - Ολική Βαθμολογία, BITE(ΥΣ) και BITE(ΥΒΣ) κατά φύλο και κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος της μητέρας)

	Αγόρια (N=381)						Κορίτσια (N=464)					
	BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ		BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
Ανωτέρ α	9,59	4,23	8,71	4,00	0,88	1,12	10,45	6,59	8,81	5,37	1,64	2,10
Μεσαία	8,20	4,32	7,10	3,50	1,10	1,82	9,69	5,22	7,84	4,04	1,86	2,03
Έμπορο ι	6,47	4,34	5,67	3,79	0,80	1,15	10,50	6,81	8,09	5,18	2,41	2,09
Εργάτες	7,64	4,27	6,36	3,32	1,29	1,44	14,13	6,67	10,71	5,09	3,42	2,28
Γεωργοί	7,33	3,21	7,33	3,21	0,0	0,0	12,0	12,29	8,67	8,14	3,33	4,16
Οικιακά Άνεργοι Συντ/χοι	8,00	4,24	7,04	3,53	0,96	1,36	10,34	5,49	8,62	4,53	1,72	1,97

Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

Για τα αγόρια :

BITE-OB :  $F=1,527$   $df=5$   $p=0,180$

BITE-ΥΣ :  $F=2,260$   $df=5$   $p=0,048^*$

BITE-ΥΒΣ :  $F=0,593$   $df=5$   $p=0,705$

Επομένως στα αγόρια υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της Υποκλίμακας Συμπτωμάτων BITE (ΥΣ) και της κοινωνικής ομάδας (όπως προσδιορίζεται βάσει του επαγγέλματος της μητέρας) ενώ δεν υπάρχει για την Υποκλίμακα Βαρύτητας (BITE-ΥΒΣ) ούτε για την Ολική Βαθμολογία (BITE-OB).

Για τα κορίτσια:

BITE-OB :  $F=2,163$   $df=5$   $p=0,057^*$



BITE-ΥΣ :  $F=1,306$   $df=5$   $p=0,260$

BITE-ΥΒΣ :  $F=3,914$   $df=5$   $p=0,002^*$

Στα κορίτσια αντίθετα υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ τόσο της Ολικής Βαθμολογίας (BITE-OB) όσο και της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων (BITE-ΥΒΣ) και της κοινωνικής ομάδας, βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, όχι όμως της Υποκλίμακας Συμπτωμάτων.

Ως προς τη σύγκριση της Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και Υποκλιμάκων) στους μαθητές και μαθήτριες που φοιτούν σε αστικά και μη αστικά Λύκεια, προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα που καταγράφονται στον πίνακα 65.

Πίνακας 65. Ερωτηματολόγιο BITE. BITE(OB)-Ολική Βαθμολογία, BITE (ΥΣ) και BITE (ΥΒΣ) κατά φύλο και φοίτηση σε αστικά - μη αστικά Λύκεια

	Αγόρια (N=385)						Κορίτσια (N=468)					
	BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ		BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
Αστικά	8,17	4,26	7,18	3,60	0,98	1,44	10,82		8,82		2,00	2,1
							6,01		4,87			
Μη αστικά	8,09	4,38	7,05	3,57	1,05	1,37	9,22		8,00		1,22	1,6
							4,86		3,89			

Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

Για τα αγόρια :

BITE-OB :  $F=0,18$   $df=1$   $p=0,892$

BITE-ΥΣ :  $F=0,082$   $df=1$   $p=0,775$

BITE-ΥΒΣ :  $F=0,100$   $df=1$   $p=0,752$

Σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής ανάλυσης, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και των Υποκλιμάκων) και φοίτησης σε αστικά ή μη αστικά Λύκεια στα αγόρια.

Για τα κορίτσια:

BITE-OB :  $F=5,503$   $df=1$   $p=0,019^*$



BITE-ΥΣ :  $F=2,213$   $df=1$   $p=0,138$

BITE-ΥΒΣ :  $F=10,620$   $df=1$   $p=0,001^{**}$

Για τα κορίτσια βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του BITE καθώς και στατιστικά πολύ σημαντική σχέση μεταξύ της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του BITE και της φοίτησης σε αστικά ή μη αστικά Λύκεια, που σημαίνει ότι υπάρχει διαφορά ως προς τη Βαθμολογία του BITE (Ολικής και Υποκλίμακας Βαρύτητας) μεταξύ των μαθητριών στα Αστικά και τα μη Αστικά Λύκεια, γεγονός που υποσημαίνει κάποιο Βαθμό κοινωνικοπολιτιστικής επίδρασης.

Τέλος, ως προς τη σύγκριση της Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και των Υποκλιμάκων) με τη Σχολική Επίδοση των μαθητών και μαθητριών, προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα, όπως καταγράφονται στον πίνακα 66.

Πίνακας 66: Ερωτηματολόγιο BITE. BITE(OB)-Ολική Βαθμολογία, BITE -ΥΣ και BITE -ΥΒΣ κατά φύλο και Σχολική Επίδοση (βάσει του Βαθμού της Προηγούμενης Χρονιάς - ΒΠΧ)

	Αγόρια (N=368)						Κορίτσια (N=432)					
	BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ		BITE-OB		BITE-ΥΣ		BITE-ΥΒΣ	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
18-20	8,43	4,43	7,42	3,83	1,01	1,62	9,78	5,99	8,37	4,88	1,41	2,01
15-17	8,14	4,28	7,18	3,64	0,96	1,29	10,74	5,76	8,76	4,64	1,98	2,07
12-14	8,07	4,13	7,05	3,40	1,02	1,47	10,93	5,68	8,76	4,56	2,17	2,03
10-12	8,13	4,37	7,13	4,03	1,00	1,36	6,00	3,61	5,67	3,21	0,33	0,58
< 10	12,0	--	12,0	--	0	--	7,00	2,83	6,50	3,54	0,50	0,71

Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

Για τα αγόρια :

BITE-OB :  $F=0,285$   $df=4$   $p=0,888$

BITE-ΥΣ :  $F=0,562$   $df=4$   $p=0,690$

BITE-ΥΒΣ :  $F=0,168$   $df=4$   $p=0,955$



Για τα κορίτσια:

Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

BITE-OB :  $F=1,244$   $df=4$   $p=0,292$

BITE-ΥΣ :  $F=0,548$   $df=4$   $p=0,701$

BITE-ΥΒΣ :  $F=2,551$   $df=4$   $p=0,039^*$

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και των Υποκλιμάκων) και της Σχολικής Επίδοσης στα αγόρια, ενώ αντιθέτως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων και της Σχολικής Επίδοσης στα κορίτσια.

Συγκρίνοντας περαιτέρω τις μέσες τιμές της Ολικής Βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου BITE δηλ. την BITE (OB) σε σχέση με τις υπόλοιπες παραμέτρους, όπως αυτές έχουν ταξινομηθεί, προκύπτει ότι στα αγόρια υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μέσων τιμών στις παραμέτρους, πρόβλημα διατροφής ( $p<0,006$ ) και προσδιορισμός προβλήματος διατροφής ( $p<0,001$ ) (βλέπε πίνακα 67).

Στα κορίτσια βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση στην μέση τιμή του Ερωτηματολογίου BITE(OB) με τον Δείκτη Σωματικής Μάζας ( $\leq 17,5$  και  $>17,5$ )  $p<0,002$ , με την Εκτίμηση του Σωματικού Βάρους ( $p<0,0001$ ), την λήψη Πρωινού ( $p<0,024$ ), την Συμβουλή για Δίαιτα ( $p<0,0001$ ), και την ενασχόληση με πάλη ( $p<0,008$ ). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της μέσης τιμής στις μεταβλητές λήψη μεσημεριανού, βραδυνού και ενδιάμεσων γευμάτων, μέλος κέντρου αδυνατίσματος, πρόβλημα διατροφής, προσδιορισμός προβλήματος διατροφής, χορός μπαλέτο, κωπηλασία, ακανόνιστη περίοδος και χρόνος αμηνόρροιας (βλέπε πίνακα 68).



Πίνακας 67:

	F	df	Sig
Δείκτης Σωματικής Μάζας	0,001	1	0,972
Εικόνα Σώματος	1,748	1	0,187
Πρωινό	2,592	1	0,108
Μεσημεριανό	0,087	1	0,768
Βραδυνό	0,435	1	0,510
Ενδιάμεσα	0,166	1	0,684
Συμβουλή για Δίαιτα	0,035	1	0,852
Μέλος Κέντρου	-	1	-
Προβλήματα Διατροφής	7,687	1	0,006**
Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής	10,467	1	0,001**
Χορός	0,156	1	0,693
Μπαλέτο	0,016	1	0,900
Πάλη	0,109	1	0,741
Κωπηλασία	0,081	1	0,776

Πίνακας 68:

	F	df	Sig
Δείκτης Σωματικής Μάζας	9,911	1	0,002**
Εικόνα Σώματος	15,826	1	0,000**
Πρωινό	5,125	1	0,024*
Μεσημεριανό	0,597	1	0,440



Βραδυνό	0,000	1	0,992
Ενδιάμεσα	0,038	1	0,846
Συμβουλή για Δίαιτα	12,689	1	0,000**
Μέλος Κέντρου	0,179	1	0,672
Προβλήματα Διατροφής	2,239	1	0,135
Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής	0,055	1	0,815
Χορός	1,322	1	0,251
Μπαλέτο	2,085	1	0,149
Πάλη	7,081	1	0,008**
Κωπηλασία	0,159	1	0,690
Κανονική περίοδος	0,822	1	0,365
Αμηνόρροια	0,320	1	0,573

### Συμπεράσματα από την εφαρμογή του Ερωτηματολογίου BITE

- 1 αγόρι (0,3%) και 9 κορίτσια(1,9%) έχουν υψηλή συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο BITE, δηλαδή ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 25, (BITE OB>25) και αποτελούν την ομάδα των ατόμων(1,2% επί του συνόλου) που πάσχουν ή μπορεί να πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία. Πιο αναλυτικά, ως προς τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες του BITE, 12 κορίτσια (2,5%) και 1 αγόρι (0,3%) παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία στην Υποκλίμακα Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου BITE (BITE-ΥΣ≥20) (1,5% στο σύνολο), ενώ στην Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων 58 κορίτσια (12,3%) και 9 αγόρια (2,4%) παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία (BITE-ΥΒΣ≥5), (7,8% στο σύνολο).
2. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του BITE και του φύλου. Τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη Βαθμολογία τόσο στην Ολική Βαθμολογία του BITE (BITE-OB) όσο και στις



Υποκλίμακες BITE(ΥΣ) και BITE(ΥΒΣ) και η διαφορά είναι στατιστικά πολύ σημαντική.

3. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων και της ηλικίας των αγοριών, με υψηλότερη τιμή στις ηλικίες 19 και 20, ενώ δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και των Υποκλιμάκων) και ηλικίας στα κορίτσια.
4. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και των Υποκλιμάκων) και κοινωνικής ομάδας τόσο των μαθητών όσο και των μαθητριών (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα).
5. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας της Υποκλίμακας των Συμπτωμάτων (BITE-ΥΣ) και της κοινωνικής ομάδας - βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα αγόρια. Βρέθηκε δηλαδή ότι τα αγόρια με μητέρα που ανήκει στα ανώτερα επαγγέλματα, έχουν υψηλή βαθμολογία στην Υποκλίμακα Συμπτωμάτων του BITE. Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τόσο της Ολικής Βαθμολογίας (BITE-OB) όσο και της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων (BITE-ΥΒΣ) και της κοινωνικής ομάδας - βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα κορίτσια. Τα κορίτσια με μητέρα εργάτρια ή γεωργό είχαν υψηλότερη βαθμολογία και στις δύο υποκλίμακες του BITE, σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες.
6. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων) και φοίτησης σε Αστικά - μη Αστικά Λύκεια στα κορίτσια. Δηλαδή, τα κορίτσια των αστικών Λυκείων είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία και στις δύο υποκλίμακες σε σχέση με τα κορίτσια των Λυκείων της υπαίθρου. Δεν βρέθηκε, αντίστοιχη, στατιστικά σημαντική σχέση στα αγόρια.
7. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων και της Σχολικής Επίδοσης στα κορίτσια, με τα κορίτσια που έχουν μέτρια Σχολική επίδοση(12-14) να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του BITE. Δεν βρέθηκε αντίστοιχη σχέση στα αγόρια.



8. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και του Δείκτη Σωματικής Μάζας ,της Εκτίμησης του Σωματικού βάρους,της λήψης πρωινού ,της συμβουλής για διαίτα και της ενασχόλησης με την πάλη,στα κορίτσια. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η θετική συσχέτιση της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και του Δείκτη Σωματικής Μάζας δεν επιβεβαιώθηκε από την δοκιμασία  $\chi^2$  και ως εκ τούτου αποκλείστηκε ως παράμετρος από την περαιτέρω στατιστική ανάλυση με Λογιστική Παλινδρόμηση.
9. Στα αγόρια βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ και του Προβλήματος διατροφής που περιγράφουν οι ίδιοι οι μαθητές στις απαντήσεις τους.
10. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων EAT-26 και ΒΙΤΕ στα κορίτσια.



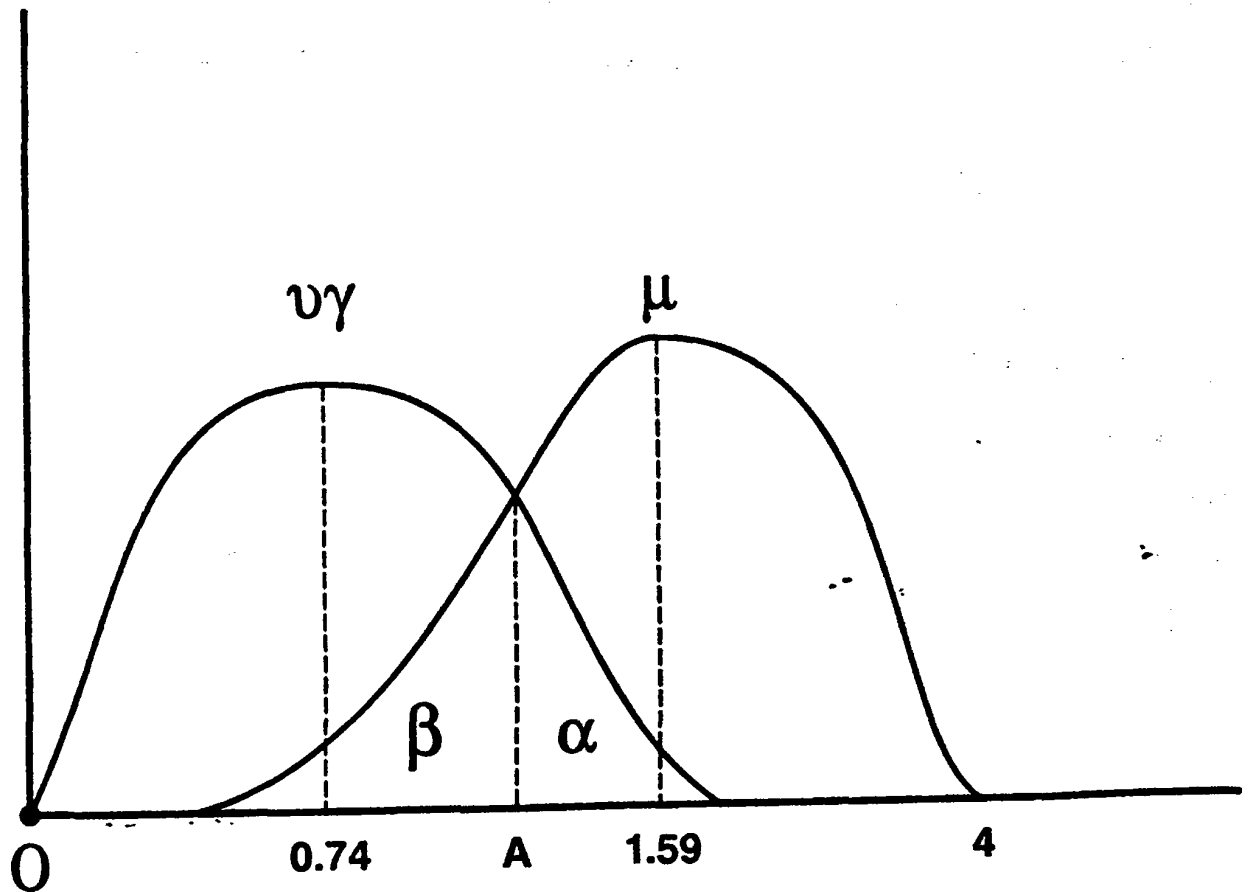
## Η. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ SCL-90R (Symptom Checklist-90 Revised)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στους μαθητές και μαθήτριες του δείγματός μας, μαζί με τα ερωτηματολόγια των διατροφικών συνηθειών χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο SCL-90R των 90 ερωτήσεων, μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα Ελληνικά από τους Ντώνια και συνεργάτες (Ντώνιας και συν 1991), που μας το παραχώρησαν ευγενικά, με σκοπό την εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας των ατόμων αυτών. Η εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας προκύπτει από τους τρεις δείκτες, το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ), και το Δείκτη Ενόχληση Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) αλλά και από τις εννέα υποκλίμακες του SCL-90R (Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα, Διαπροσωπική ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Φοβικό άγχος, Θυμός-Επιθετικότητα, Παρανοειδής ιδεασμός, Ψυχωτισμός). Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (Αξιοπιστία, Εγκυρότητα, Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό) του ερωτηματολογίου έχουν αναφερθεί στο κεφάλαιο Υλικό και Μέθοδος. Πρέπει, επίσης να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο αυτό δεν είχε χρησιμοποιηθεί ολόκληρο σε έρευνα, εφήβων γενικού πληθυσμού, μέχρι το 1993, όταν έγινε ο σχεδιασμός της παρούσης διατριβής. Η R.Casper (1990), έχει χρησιμοποιήσει μέρος του ερωτηματολογίου σε μια παρόμοια δική της έρευνα, και πρόσφατα χρησιμοποιήθηκε από τους Buddeberg-Fischer και συν. (1996) σε μια αντίστοιχη επίσης έρευνα που θα αναφερθεί στην συζήτηση.

Για την εκτίμηση της επικράτησης της ψυχοπαθολογίας χρειάζονται τιμές κατωφλίου για τους Δείκτες και τις Υποκλίμακες. Για τον υπολογισμό των τιμών κατωφλίου τόσο των Δεικτών όσο και των Υποκλιμάκων χρησιμοποιήσαμε τις τιμές των ασθενών και των υγιών της μελέτης των Ντώνια και συν (1991) βάσει της υπόθεσης ότι η τιμή κατωφλίου θα είναι η τιμή εκείνη όπου το σφάλμα Τύπου 1 θα είναι ίσο με το σφάλμα Τύπου 2. Έτσι η μεθοδολογία υπολογισμού των Τιμών κατωφλίου που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα μας έγινε σύμφωνα με τα παραπάνω και τα δεδομένα με τις τιμές παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα:



Καμπύλες Κατανομής, Μέσες Τιμές, Σφάλματα τύπου  $\alpha$  και τύπου  $\beta$ , των Τιμών του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου SCL-90R. (Σχήμα και πίνακας).



Σημείωση : το σχήμα που περιγράφει τις καμπύλες υπάρχει στο index.

για  $> A$ : οι ασθενείς

για  $< A$ : οι υγιείς

B : ψευδώς αρνητικό      M1 : Μέση τιμή ΓΔΣ των Υγιών μαρτύρων

$\alpha$  : ψευδώς θετικό      M2 : Μέση τιμή ΓΔΣ των ασθενών



Ο υπολογισμός της τιμής κατωφλίου για τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) προέκυψε ως εξής :

ΓΔΣ	Μέση Τιμή	Σφάλμα Τύπου I α	Σφάλμα Τύπου II β
1,165		0,2246	0,2664
1		0,321	0,1933
1,2		0,2	0,283
1,17		0,222	0,268
1,163		0,2256	0,265
1,15		0,2326	0,259
1,1		0,26	0,236
1,13		0,2437	0,2498
1,35		0,24	0,252
1,125		0,246	0,247
1,124		0,247	0,247

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν η πιθανότητα λανθασμένα θετικής απάντησης είναι ίση με την πιθανότητα λανθασμένα αρνητικής απάντησης (Σφάλμα Τύπου I = Σφάλμα Τύπου II,  $\alpha = \beta$ ), η Τιμή του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του SCL-90R, είναι: 1,124 και αντιπροσωπεύει την Τιμή κατωφλίου. Με ανάλογη διαδικασία υπολογίστηκαν οι τιμές κατωφλίου των υπόλοιπων Δεικτών και Υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SCL-90R, που οι τιμές των παρατίθενται παρακάτω :

#### Τιμές Κατωφλίου Δεικτών και Υποκλιμάκων

1. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων : 1,12
2. Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων : 49,54
3. Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων : 1,94
4. Σωματοποίηση : 0,89
5. Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα : 1,34
6. Διαπροσωπική Ευαισθησία : 1,22
7. Κατάθλιψη : 1,40



- 8. Άγχος : 1,24
- 9. Θυμός - Επιθετικότητα :
- 10. Φοβικό Άγχος: 0,65
- 11. Παρανοειδής Ιδεασμός
- 12. Ψυχωτισμός : 0,90

Για την εκτίμηση της [μαθήτριες με το ε] χρησιμοποιήθηκε τιμή [υπολογίστηκε βάσει της απάντησης]= (πιθανότητα = Σφάλμα τύπου II ). Δείκτες και τις Υποκλίμακες προέκυψαν οι πίνακες [μαθήτριες σε δύο ομάδες και την άλλη με τιμή άνο] ):

Πίνακας 69: Τιμές κατω[ και (%) με μεγαλύτερη κορίτσια

Δείκτες και Υποκλίμακες SCL-90R	Τιμή Δείκτη Υποκλίμακας
1. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (Σύνολο όλων/90):	≥ 1,1



(0-4) (ΓΔΣ)				(62,2)	
2. Σύνολο θετικών συμπτωμάτων (Σύνολο ερωτήσεων με θετική βαθμολόγηση): (0-90) ΣΘΣ	$\geq 49,54$	193	(50,1)	306 (65)	499 (58,3)
3. Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (Σύνολο όλων /ΣΘΣ) : (0-4) ΔΕΘΣ	$\geq 1,94$	173	(44,9)	259 (55)	432 (50,5)
Σωματοποίηση (0 - 4)	$\geq 0,89$	143	(37,1)	239 (50,7)	382 (44,6)
Ψυχαν/τα - Καταναγ/τα (0-4)	$\geq 1,34$	153	(39,7)	259 (55)	412 (48,1)
Διαπροσωπική ευαισθησία (0-4)	$\geq 1,22$	187	(48,6)	318 (67,5)	505 (59)
4. Κατάθλιψη (0-4)	$\geq 1,4$	108	(28,1)	240 (51)	348 (40,7)
5. Άγχος (0-4)	$\geq 1,24$	117	(30,4)	235 (49,9)	352 (41,1)
Θυμός - Επιθετικότητα (0-4)	$\geq 1,10$	240	(62,3)	294 (62,4)	534 (62,4)
7. Φοβικό άγχος (0-4)	$\geq 0,65$	140	(36,4)	240 (51)	380 (44,4)
Παρανοειδής ιδεασμός (0-4)	$\geq 1,23$	210	(54,5)	311 (66)	521 (60,9)
9. Ψυχωτισμός (0-4)	$\geq 0,90$	202	(52,5)	293 (62,2)	495 (57,8)

τιμής κατωφλίου και 55% έχουν τιμή του ΔΕΘΣ μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τα αγόρια.

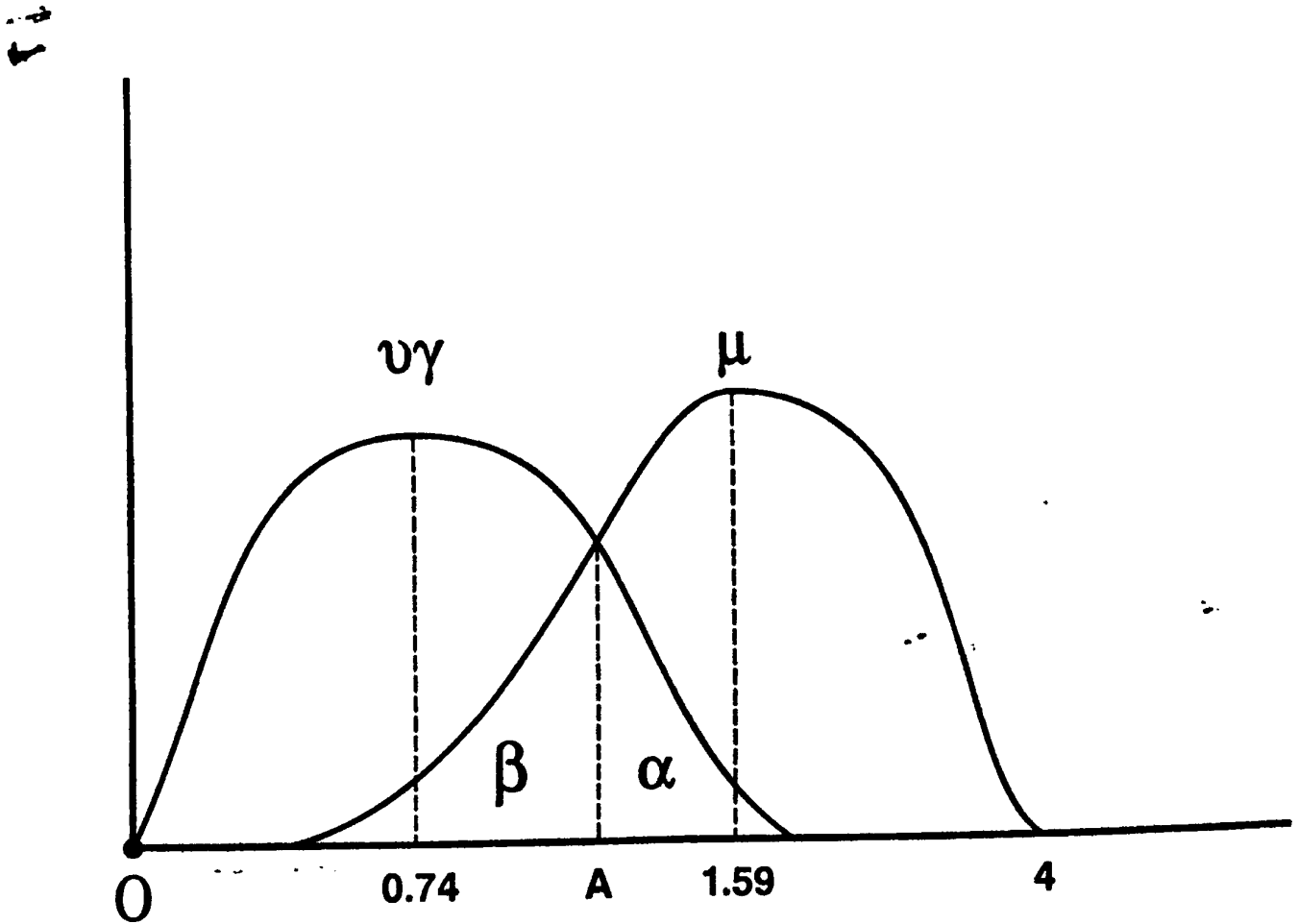
2. Ως προς τις Υποκλίμακες, τα αγόρια έχουν μεγαλύτερες τιμές από την τιμή κατωφλίου στις κάτωθι υποκλίμακες και σε αντίστοιχα ποσοστά : Σωματοποίηση 37%, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα 39,7%, Διαπροσωπική Ευαισθησία 48,6%, Κατάθλιψη 28,1%, Άγχος 30,4%, Θυμός - Επιθετικότητα 62,3%, Φοβικό Άγχος 36,4%, Παρανοειδής Ιδεασμός 54,5% και Ψυχωτισμός 52,5%. Αντιστοίχως τα κορίτσια, παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από την τιμή κατωφλίου, στις κάτωθι Υποκλίμακες και με τα αντίστοιχα ποσοστά : Σωματοποίηση 50,7%, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα 55%, Διαπροσωπική Ευαισθησία 67,5%, Κατάθλιψη 51%, Άγχος 49,9%, Θυμός - Επιθετικότητα 62,4%, Φοβικό Άγχος 51%, Παρανοειδής Ιδεασμός 66% και Ψυχωτισμός 62,2%.
3. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερα ποσοστά τόσο στους 3 Δείκτες όσο και σε όλες τις Υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τα αγόρια.
4. Στα αγόρια υψηλά ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας παρατηρούνται στις Υποκλίμακες Θυμός - Επιθετικότητα, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός και Διαπροσωπική Ευαισθησία, ενώ στα κορίτσια αντιστοίχως παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας στις Υποκλίμακες Διαπροσωπική Ευαισθησία, Παρανοειδής Ιδεασμός, Θυμός - Επιθετικότητα και Ψυχωτισμός. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας με το SCL-90R αφορά στην διάσταση της ψυχοπαθολογίας και όχι την κατηγορική μέτρησή της.
5. Επί του συνόλου, από τα στοιχεία των πινάκων 67 και 68 προκύπτει ότι περίπου το μισό (54%) του συνόλου των ατόμων (μαθητών και μαθητριών) παρουσιάζει θετική τιμή στον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων, (58,3%) θετική τιμή στο Δείκτη Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων και (50,5%) θετική τιμή στον Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων. Βάσει μόνο της τιμής του ΓΔΣ περίπου 2 στα 3 κορίτσια εμφανίζουν ψυχολογική καταπόνηση (είναι ΓΔΣ+), ενώ αντιστοίχως αυτό συμβαίνει σε λιγότερα από τα μισά αγόρια.

Αναλυτικά, τα στοιχεία από την εφαρμογή του SCL-90 R παρατίθενται παρακάτω ταξινομημένα κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα πατέρα και μητέρας, στρώμα





Καμπύλες Κατανομής, Μέσες Τιμές, Σφάλματα τύπου  $\alpha$  και τύπου  $\beta$ , των Τιμών του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου SCL-90R. (Σχήμα και πίνακας).



Σημείωση : το σχήμα που περιγράφει τις καμπύλες υπάρχει στο index.

για  $> A$ : οι ασθενείς

για  $< A$ : οι υγιείς

B : ψευδώς αρνητικό      M1 : Μέση τιμή ΓΔΣ των Υγιών μαρτύρων

$\alpha$  : ψευδώς θετικό      M2 : Μέση τιμή ΓΔΣ των ασθενών



Ο υπολογισμός της τιμής κατωφλίου για τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) προέκυψε ως εξής :

ΓΔΣ	Μέση Τιμή	Σφάλμα Τύπου I α	Σφάλμα Τύπου II β
1,165		0,2246	0,2664
1		0,321	0,1933
1,2		0,2	0,283
1,17		0,222	0,268
1,163		0,2256	0,265
1,15		0,2326	0,259
1,1		0,26	0,236
1,13		0,2437	0,2498
1,35		0,24	0,252
1,125		0,246	0,247
1,124		0,247	0,247

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν η πιθανότητα λανθασμένα θετικής απάντησης είναι ίση με την πιθανότητα λανθασμένα αρνητικής απάντησης (Σφάλμα Τύπου I = Σφάλμα Τύπου II,  $\alpha = \beta$ ), η Τιμή του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του SCL-90R, είναι: 1,124 και αντιπροσωπεύει την Τιμή κατωφλίου. Με ανάλογη διαδικασία υπολογίστηκαν οι τιμές κατωφλίου των υπόλοιπων Δεικτών και Υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SCL-90R, που οι τιμές των παρατίθενται παρακάτω :

#### Τιμές Κατωφλίου Δεικτών και Υποκλιμάκων

1. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων : 1,12
2. Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων : 49,54
3. Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων : 1,94
4. Σωματοποίηση : 0,89
5. Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα : 1,34
6. Διαπροσωπική Ευαισθησία : 1,22
7. Κατάθλιψη : 1,40



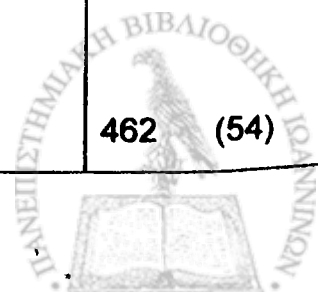
8. Άγχος : 1,24  
 9. Θυμός - Επιθετικότητα : 1,10  
 10. Φοβικό Άγχος:0,65  
 11. Παρανοειδής Ιδεασμός :1,23  
 12. Ψυχωτισμός : 0,90

Για την εκτίμηση της Επικράτησης της Ψυχοπαθολογίας στους μαθητές και μαθήτριες με το ερωτηματολόγιο SCL-90R, όπως προαναφέρθηκε, χρησιμοποιήθηκε τιμή κατωφλίου (για τους Δείκτες και τις Υποκλίμακες), που υπολογίστηκε βάσει της στατιστικής εξίσωσης, (πιθανότητα λανθασμένης θετικής απάντησης)= (πιθανότητα λανθασμένης αρνητικής απάντησης) (Σφάλμα τύπου I = Σφάλμα τύπου II ). Χρησιμοποιώντας λοιπόν, τις τιμές κατωφλίου για τους Δείκτες και τις Υποκλίμακες σύμφωνα με τη μεθοδολογία που προαναφέραμε, προέκυψαν οι πίνακες 69 και 70, στους οποίους ταξινομούνται οι μαθητές και οι μαθήτριες σε δύο ομάδες, την μία ομάδα με τιμή κάτω από την τιμή κατωφλίου και την άλλη με τιμή άνω της τιμής κατωφλίου( συνοπτικά SCL-90R+ ,SCL-90R- ):

**Πίνακας 69: Τιμές κατωφλίου Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R**

και (%) με μεγαλύτερη τιμή της τιμής κατωφλίου (SCL- 90R+) σε αγόρια και κορίτσια

Δείκτες και Υποκλίμακες SCL-90R	Τιμή κατωφλίου και υποκλιμάκων	SCL -90 R (+)		Συνολικό δείγμα (%)
		Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)	
1. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (Σύνολο όλων/90):	$\geq 1,12$	169 (43,9)	293	462 (54)



(0-4) (ΓΔΣ)				(62,2)	
2. Σύνολο θετικών συμπτωμάτων (Σύνολο ερωτήσεων με θετική βαθμολόγηση): (0-90) ΣΘΣ	$\geq 49,54$	193	(50,1)	306 (65)	499 (58,3)
3. Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (Σύνολο όλων /ΣΘΣ) : (0-4) ΔΕΘΣ	$\geq 1,94$	173	(44,9)	259 (55)	432 (50,5)
Σωματοποίηση (0 - 4)	$\geq 0,89$	143	(37,1)	239 (50,7)	382 (44,6)
Ψυχαν/τα - Καταναγ/τα (0-4)	$\geq 1,34$	153	(39,7)	259 (55)	412 (48,1)
Διαπροσωπική ευαισθησία (0-4)	$\geq 1,22$	187	(48,6)	318 (67,5)	505 (59)
4. Κατάθλιψη (0-4)	$\geq 1,4$	108	(28,1)	240 (51)	348 (40,7)
5. Άγχος (0-4)	$\geq 1,24$	117	(30,4)	235 (49,9)	352 (41,1)
Θυμός - Επιθετικότητα (0-4)	$\geq 1,10$	240	(62,3)	294 (62,4)	534 (62,4)
7. Φοβικό άγχος (0-4)	$\geq 0,65$	140	(36,4)	240 (51)	380 (44,4)
Παρανοειδής ιδεασμός (0-4)	$\geq 1,23$	210	(54,5)	311 (66)	521 (60,9)
9. Ψυχωτισμός (0-4)	$\geq 0,90$	202	(52,5)	293 (62,2)	495 (57,8)

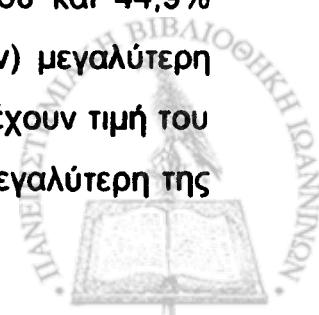
**Πίνακας 70: Ταξινόμηση σε SCL-90R (+) και SCL-90(-) βάσει των τιμών κατωφλίου (Δεικτών και Υποκλιμάκων) σε αγόρια - κορίτσια**

	SCL Σύνολο (N)	-90 (+) Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)	SCL Σύνολο (N)	-90 (-) Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)
1. ΓΔΣ	462	43,9	62,2	350	56,1	37,8
2. ΣΘΣ	499	50,1	65,0	313	49,9	35,0
3. ΔΕΘΣ	432	44,9	55,0	380	55,1	45,0
1. Σωματοποίηση	382	37,1	50,7	430	62,9	49,3
2. Ψυχ/τα, Κατ/τα	412	39,7	55,0	400	60,3	45,0
3. Διαπρ. Ευαισθ.	505	48,6	67,5	307	51,4	32,5
4. Κατάθλιψη	348	28,1	51,0	464	71,9	49,0
5. Άγχος	352	30,4	49,9	460	69,6	50,1
6. Θυμός- Επιθετικ.	534	62,3	62,4	278	37,7	37,6
7. Φοβικό άγχος	380	36,4	51,0	432	63,6	49,0
8. Παραν. Ιδεασμός	521	54,5	66,0	291	45,5	34,0
9. Ψυχωτισμός	495	52,5	62,2	317	47,5	37,8

Σχολιάζοντας τα αποτελέσματα των πινάκων 67 και 68 προκύπτουν τα κάτωθι στοιχεία:

Ως προς τους Δείκτες

1. Τα αγόρια σε ποσοστό 43,9% έχουν τιμή του ΓΔΣ (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων) μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου, 50,1% έχουν τιμή του ΣΘΣ (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων) μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου και 44,9% έχουν τιμή του ΔΕΘΣ (Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων) μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου. Αντιστοίχως τα κορίτσια σε ποσοστό 62,2% έχουν τιμή του ΓΔΣ μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου, 65% έχουν τιμή του ΣΘΣ μεγαλύτερη της



τιμής κατωφλίου και 55% έχουν τιμή του ΔΕΘΣ μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τα αγόρια.

2. Ως προς τις Υποκλίμακες, τα αγόρια έχουν μεγαλύτερες τιμές από την τιμή κατωφλίου στις κάτωθι υποκλίμακες και σε αντίστοιχα ποσοστά : Σωματοποίηση 37%, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα 39,7%, Διαπροσωπική Ευαισθησία 48,6%, Κατάθλιψη 28,1%, Άγχος 30,4%, Θυμός - Επιθετικότητα 62,3%, Φοβικό Άγχος 36,4%, Παρανοειδής Ιδεασμός 54,5% και Ψυχωτισμός 52,5%. Αντιστοίχως τα κορίτσια, παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από την τιμή κατωφλίου, στις κάτωθι Υποκλίμακες και με τα αντίστοιχα ποσοστά : Σωματοποίηση 50,7%, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα 55%, Διαπροσωπική Ευαισθησία 67,5%, Κατάθλιψη 51%, Άγχος 49,9%, Θυμός - Επιθετικότητα 62,4%, Φοβικό Άγχος 51%, Παρανοειδής Ιδεασμός 66% και Ψυχωτισμός 62,2%.
3. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερα ποσοστά τόσο στους 3-Δείκτες όσο και σε όλες τις Υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τα αγόρια.
4. Στα αγόρια υψηλά ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας παρατηρούνται στις Υποκλίμακες Θυμός - Επιθετικότητα, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός και Διαπροσωπική Ευαισθησία, ενώ στα κορίτσια αντιστοίχως παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας στις Υποκλίμακες Διαπροσωπική Ευαισθησία, Παρανοειδής Ιδεασμός, Θυμός - Επιθετικότητα και Ψυχωτισμός. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας με το SCL-90R αφορά στην διάσταση της ψυχοπαθολογίας και όχι την κατηγορική μέτρησή της.
5. Επί του συνόλου, από τα στοιχεία των πινάκων 67 και 68 προκύπτει ότι περίπου το μισό (54%) του συνόλου των ατόμων (μαθητών και μαθητριών) παρουσιάζει θετική τιμή στον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων, (58,3%) θετική τιμή στο Δείκτη Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων και (50,5%) θετική τιμή στον Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων. Βάσει μόνο της τιμής του ΓΔΣ περίπου 2 στα 3 κορίτσια εμφανίζουν ψυχολογική καταπόνηση (είναι ΓΔΣ+), ενώ αντιστοίχως αυτό συμβαίνει σε λιγότερα από τα μισά αγόρια.

Αναλυτικά, τα στοιχεία από την εφαρμογή του SCL-90 R παρατίθενται παρακάτω ταξινομημένα κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα πατέρα και μητέρας, στρώμα



Λυκείου και Σχολική Επίδοση. Στον πίνακα 71 παρατίθενται οι τιμές Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά φύλο.

**Πίνακας 71:** Ερωτηματολόγιο SCL-90 R, Μέση τιμή και ΤΑ των Δεικτών ΓΔΣ, ΣΘΣ, ΔΕΘΣ και των Υποκλιμάκων σε αγόρια-κορίτσια

	Αγόρια (N=354)		Κορίτσια(N=458)		Σύνολο (N=812)	
	x	s	x	s	x	s
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	1,12	0,63	1,35	0,62	1,25	0,63
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	49,67	20,28	57,04 17,77		53,82	19,24
Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,95	0,57	3,10	16,14	2,60 12,14	
Σωματοποίηση	0,85	0,69	1,01	0,69	0,94	0,70
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	1,27	0,73	1,55	1,17	1,43	1,01
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,37	1,31	1,61	0,78	1,51	1,05
Κατάθλιψη	1,13	0,72	1,44	0,70	1,31	0,73
Άγχος	1,00	0,73	1,39	0,99	1,22	0,91
Θυμός	1,56	0,91	1,55	0,92	1,55	0,92

Επιθετικότητα						
Φοβικό Άγχος	0,65	0,66	0,77	0,64	0,72	0,65
Παρανοειδής Ιδεασμός	1,52	0,90	1,79	0,94	1,67	0,93
Ψυχωτισμός	1,10	0,78	1,25	0,83	1,19	0,81

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 71, οι τιμές τόσο των Δεικτών όσο και των Υποκλιμάκων του SCL-90R είναι μεγαλύτερες στα κορίτσια, γεγονός πιθανόν που αντικατοπτρίζει την μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση που υφίστανται τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Πιθανόν η ανάγκη για έλεγχο και αντοχή σε εσωτερικές και εξωτερικές αλλαγές στα κορίτσια εφηβικής ηλικίας να είναι μεγαλύτερη από ότι στα αγόρια .

Για να μελετήσουμε τις διαφορές των τιμών ψυχοπαθολογίας σε αγόρια - κορίτσια έγινε η παρακάτω στατιστική ανάλυση, της οποίας τα αποτελέσματα παρατίθενται στον πίνακα 72.

Πίνακας 72: Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση τιμών των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SCL-90R κατά φύλο

	F	df	p
ΓΔΣ	26,422	1	0,0001**
ΣΘΣ	30,273	1	0,0001**
ΔΕΘΣ	1,784	1	0,182
Σωματοποίηση	11,711	1	0,001**
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	14,770	1	0,0001**





Διαπροσωπική Ευαισθησία	11,114	1	0,001**
Κατάθλιψη	37,733	1	0,0001**
Άγχος	37,252	1	0,0001**
Θυμός Επιθετικότητα	0,040	1	0,841
Φοβικό Άγχος	7,602	1	0,006**
Παρανοειδής Ιδεασμός	16,999	1	0,0001**
Ψυχωτισμός	6,774	1	0,009**

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία της στατιστικής επεξεργασίας υπάρχει στατιστικώς πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στις τιμές του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) ( $p < 0,0001$ ), του-Συνόλου των Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ) ( $p < 0,0001$ ) και στις τιμές των Υποκλιμάκων Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα ( $p < 0,0001$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0,0001$ ), Άγχος ( $p < 0,0001$ ) και Παρανοειδής Ιδεασμός ( $p < 0,0001$ ). Επίσης υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0,001$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0,006$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0,009$ ). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών στην τιμή του Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0,182$ ) και στην τιμή της Υποκλίμακας Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,841$ ).

Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται οι τιμές των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου SCL -90R κατά ηλικία στα αγόρια.

Πίνακας 73. Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μ.Τ. και Τ.Α. των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά ηλικία (15-20) στα αγόρια



	15 (N=15)		16 (N=94)		17 (N=141)		18 (N=77)		19 (N=19)		20 (N=8)	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1,21	0,51	1,10	0,73	1,09	0,57	1,09	0,64	1,41	0,64	1,41	0,61
ΣΘΣ	50,93	15,34	50,12	23,55	48,43	19,14	48,16	19,70	58,58	16,18	57,50	18,35
ΔΕΘΣ	2,12	0,52	1,84	0,56	1,99	0,57	1,93	0,60	2,12	0,51	2,13	0,57
Σωματοποίηση	0,89	0,61	0,88	0,81	0,75	0,59	0,87	0,74	1,26	0,65	0,98	0,40
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1,44	0,64	1,26	0,78	1,23	0,66	1,23	0,76	1,64	0,85	1,48	0,78
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,28	0,68	1,51	2,22	1,30	0,74	1,23	0,81	1,70	0,80	1,56	0,79
Κατάθλιψη	1,16	0,54	1,11	0,72	1,12	0,69	1,10	0,79	1,33	0,79	1,46	0,70
Άγχος	1,03	0,63	0,97	0,80	0,97	0,72	0,97	0,66	1,40	0,80	1,32	0,78
Θυμός Επιθετικότητα	1,88	0,88	1,49	0,85	1,53	0,92	1,51	0,96	2,04	0,94	1,56	0,65
Φοβικό Άγχος	0,63	0,52	0,62	0,68	0,62	0,64	0,68	0,69	0,75	0,78	0,82	0,55
Παρανοειδής Ιδεασμός	1,62	0,62	1,46	0,99	1,54	0,88	1,43	0,88	1,87	1,00	1,83	0,67
Ψυχωτισμός	1,24	0,67	1,06	0,90	1,08	0,76	1,12	0,73	1,19	0,66	1,36	0,74

Πίνακας 74: Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση Τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων κατά ηλικία στα Αγόρια

	F	df	p
ΓΔΣ	1,316	5	0,257
ΣΘΣ	1,188	5	0,314
ΔΕΘΣ	1,603	5	0,159
Σωματοποίηση	2,059	5	0,070



Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	1,383	5	0,230
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0,738	5	0,596
Κατάθλιψη	0,670	5	0,647
Άγχος	1,504	5	0,188
Θυμός Επιθετικότητα	1,620	5	0,154
Φοβικό Άγχος	0,291	5	0,918
Παρανοειδής Ιδεασμός	1,039	5	0,394
Ψυχωτισμός	0,395	5	0,853

Σύμφωνα με τα στοιχεία των πινάκων 73 και 74 δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της Ψυχοπαθολογίας και της ηλικίας (15-20 ετών) στα αγόρια.

Αντιστοίχως στον πίνακα 75 παρατίθενται οι τιμές των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SCL-90R, στα κορίτσια.



**Πίνακας 75 :** Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μ.Τ. και Τ.Α. των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά ηλικία (15-20) στα κορίτσια

	15 (N=)		16 (N=)		17 (N=)		18 (N=)		19 (N=)		20 (N=)	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1,17	0,52	1,30	0,63	1,43	0,65	1,34	0,56	1,23	0,58	1,41	0,61
ΣΘΣ	55,90	15,88	54,57	17,57	59,25	18,69	57,58	16,33	50,78	18,96	50,45	15,38
ΔΕΘΣ	1,83	0,44	3,52	16,66	3,60	20,85	2,02	0,48	2,18	0,71	2,17	0,59
Σωματοποίηση	0,84	0,47	0,91	0,64	1,10	0,71	1,09	0,64	0,67	0,47	0,96	0,75
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1,42	0,61	1,42	0,66	1,69	1,64	1,54	0,61	1,40	0,66	1,23	0,57
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,48	0,68	1,61	0,82	1,69	0,77	1,48	0,75	1,60	0,76	1,60	0,83
Κατάθλιψη	1,27	0,65	1,37	0,70	1,54	0,74	1,10	0,79	1,22	0,63	1,45	0,71
Άγχος	1,13	0,69	1,30	0,82	1,52	1,22	1,35	0,74	1,30	0,85	1,30	0,85
Θυμός Επιθετικότητα	1,22	0,86	1,55	0,93	1,58	0,93	1,61	0,93	1,40	0,60	1,51	1,09
Φοβικό Άγχος	0,72	0,44	0,69	0,62	0,89	0,69	0,71	0,59	0,72	0,62	0,36	0,30
Παρανοειδής Ιδεασμός	1,60	1,04	1,78	1,00	1,81	0,90	1,81	0,85	1,94	1,15	1,90	1,15
Ψυχωτισμός	1,04	0,75	1,19	0,83	1,39	0,86	1,14	0,75	1,18	1,06	1,10	0,77

**Πίνακας 76:** Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση Τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων κατά ηλικία στα κορίτσια

	F	df	p
ΓΔΣ	1,483	5	0,194
ΣΘΣ	1,684	5	0,137
ΔΕΘΣ	0,180	5	0,970
Σωματοποίηση	2,185	5	0,055*



Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	1,146	5	0,335
✓ Διαπροσωπική ✓ Ευαισθησία	1,103	5	0,358
Κατάθλιψη	1,493	5	0,191
Άγχος	1,385	5	0,228
Θυμός Επιθετικότητα	0,933	5	0,459
Φοβικό Άγχος	2,810	5	0,016*
Παρανοειδής Ιδεασμός	0,368	5	0,870
Ψυχωτισμός	1,987	5	0,079

Σύμφωνα με τα στοιχεία των πινάκων 75 και 76 υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των Τιμών και των Υποκλιμάκων Σωματοποίηση ( $p < 0,055$ ) και Φοβικό Άγχος ( $p < 0,016$ ) και της ηλικίας στα κορίτσια.

Εν συνεχεία διερευνήθηκε η σχέση της Ψυχοπαθολογίας των μαθητών και μαθητριών με την Κοινωνική Ομάδα στην οποία κατατάσσονται βάσει του επαγγέλματος του πατέρα. Τα στοιχεία παρατίθενται στους πίνακες 77, 78, 79 και 80 που ακολουθούν.



**Πίνακας 77:** Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μ.Τ. και Τ.Α. των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα) στα ΑΓΟΡΙΑ

	Ανωτέρα (N=55)		Μεσαία (N=111)		Έμποροι (N=53)		Εργάτες (N=101)		Γεωργοί (N=14)		Άνεργοι Συντ/χοι Οικιακά (N=17)	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1,03	0,58	1,10	0,61	1,21	0,68	1,12	0,65	1,05	0,76	1,34	0,54
ΣΘΣ	45,22	22,79	50,46	19,76	51,85	19,25	48,95	20,10	49,21	20,78	54,88	18,93
ΔΕΘΣ	1,99	0,65	1,89	0,53	2,01	0,59	1,96	0,55	1,75	0,63	2,16	0,51
Σωματοποίηση	0,71	0,62	0,82	0,65	0,85	0,78	0,89	0,74	0,88	0,71	1,11	0,64
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1,16	0,69	1,27	0,73	1,39	0,71	1,26	0,76	1,17	0,70	1,53	0,73
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,23	0,77	1,47	2,03	1,39	0,86	1,32	0,79	1,20	0,97	1,45	0,80
Κατάθλιψη	1,13	0,75	1,10	0,73	1,15	0,67	1,10	0,69	1,23	1,06	1,39	0,58
Άγχος	0,87	0,60	1,00	0,76	1,13	0,80	0,98	0,71	0,85	0,85	1,20	0,77
Θυμός Επιθετικότητα	1,37	0,85	1,55	0,87	1,79	1,00	1,55	0,93	1,58	1,06	1,38	0,68
Φοβικό Άγχος	0,57	0,61	0,63	0,65	0,73	0,76	0,61	0,60	0,65	0,94	0,91	0,63
Παρανοειδής Ιδεασμός	1,43	0,87	1,51	0,91	1,67	1,00	1,43	0,87	1,37	0,91	1,99	0,79
Ψυχωπισμός	1,00	0,66	1,04	0,73	1,15	0,80	1,15	0,86	1,00	0,97	1,34	0,70

**Πίνακας 78:** Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση Τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα) στα αγόρια

	F	df	p
ΓΔΣ	0,911	5	0,474
ΣΘΣ	0,935	5	0,458



ΔΕΘΣ	1,195	5	0,311
Σωματοποίηση	1,055	5	0,385
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	0,987	5	0,426
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0,331	5	0,894
Κατάθλιψη	0,567	5	0,725
Άγχος	1,037	5	0,396
Θυμός Επιθετικότητα	1,294	5	0,266
Φοβικό Άγχος	0,923	5	0,466
Παρανοειδής Ιδεασμός	1,567	5	0,169
Ψυχωτισμός	0,802	5	0,549

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ψυχοπαθολογίας (Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R) και κοινωνικής ομάδας των μαθητών (αγοριών), όπως κατατάχθηκαν βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους.

Πίνακας 79: Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μ.Τ. και Τ.Α. των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα) στα ΚΟΡΙΤΣΙΑ

	Ανωτέρα (N=85)		Μεσαία (N=120)		Έμποροι (N=84)		Εργάτες (N=131)		Γεωργοί (N=15)		Άνεργοι Συντ/χοι Οικιακά (N=18)	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1.22	0.59	1.44	0.67	1.31	0.55	1.36	0.62	1.35	0.63	1.48	0.62
ΣΘΣ	53.75	18.04	59.06	18.25	57.16	17.45	56.75	17.02	57.80	19.03	60.39	19.03
ΔΕΘΣ	1.94	0.51	4.52	26.37	4.25	20.73	2.11	0.53	2.04	0.57	2.12	0.57
Σωματοποίηση	0.88	0.68	1.12	0.71	1.03	0.58	1.02	0.72	0.89	0.71	1.00	0.68
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1.44	0.63	1.58	0.72	1.50	0.67	1.61	1.90	1.56	0.78	1.62	0.78
Διαπροσωπική	1.42	0.76	1.68	0.83	1.62	0.71	1.63	0.77	1.79	0.68	1.70	0.68

Ευαισθησία												
Κατάθλιψη	1.30	0.69	1.52	0.71	1.38	0.65	1.48	0.73	1.45	0.74	1.63	0.73
Άγχος	1.25	0.82	1.44	0.84	1.32	0.70	1.36	0.77	2.18	3.36	1.57	0.96
Θυμός	1.39	0.90	1.71	1.02	1.49	0.82	1.58	0.91	1.13	0.94	1.74	0.83
Επιθετικότητα												
Φοβικό Άγχος	0.63	0.53	0.82	0.70	0.76	0.57	0.82	0.67	0.96	0.65	0.77	0.74
Παρανοειδής Ιδεασμός	1.51	0.87	1.93	0.98	1.70	0.87	1.88	0.91	1.82	1.00	1.99	1.14
Ψυχωτισμός	1.06	0.78	1.38	0.84	1.22	0.74	1.23	0.89	1.39	0.86	1.39	0.87

Πίνακας 80: Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση Τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα) στα κορίτσια

	F	df	p
ΓΔΣ	1.41	5	0.21
ΣΘΣ	1.03	5	0.39
ΔΕΘΣ	0.47	5	0.79
Σωματοποίηση	1.27	5	0.27
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	0.26	5	0.93
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1.41	5	0.21
Κατάθλιψη	1.42	5	0.21
Άγχος	2.55	5	0.02 *
Θυμός Επιθετικότητα	2.08	5	0.06





Φοβικό Άγχος	1.35	5	0.23
Παρανοειδής Ιδεασμός	2.66	5	0.02 *
Ψυχωτισμός	1.67	5	0.13

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ψυχοπαθολογίας (Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R) και κοινωνικής ομάδας των μαθητριών (κοριτσιών), όπως κατατάχθηκαν βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους.

Εν συνέχεια, προσπαθήσαμε να καταγράψουμε τις τιμές Ψυχοπαθολογίας των μαθητών - μαθητριών κατά κοινωνική ομάδα, βάσει του επαγγέλματος της μητέρας και να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα, με σκοπό την εκτίμηση της επίδρασης αυτού του παράγοντα στην ψυχοπαθολογία των εφήβων. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους πίνακες 81, 82, 83 και 84 σε αγόρια και κορίτσια.

Πίνακας 81: Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μ.Τ. και Τ.Α. των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος της μητέρας) στις ΑΓΟΡΙΑ

	Ανωτέρα (N=38)		Μεσαία (N=49)		Έμποροι (N=15)		Εργάτες (N=14)		Γεωργοί (N=3)		Ανεργοί Συντ/χοι Οικιακά (N=232)
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	
ΓΔΣ	1.23	0.50	1.00	0.58	1.24	0.74	1.26	0.60	0.60	0.44	1.11
ΣΘΣ	52.32	18.47	47.43	20.39	47.00	21.96	57.36	18.52	32.67	16.74	49.53
ΔΕΘΣ	2.08	0.54	1.83	0.54	2.28	0.69	1.96	0.54	1.54	0.34	1.93
Σωματοποίηση	0.84	0.57	0.72	0.67	0.82	0.94	0.99	0.82	0.51	0.34	0.86
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1.37	0.61	1.19	0.74	1.46	0.87	1.66	0.61	0.46	0.05	1.25
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1.44	0.71	1.19	0.76	1.69	1.02	1.52	0.69	0.81	1.02	1.37

Κατάθλιψη	1.33	0.69	1.02	0.74	1.16	0.75	1.24	0.63	0.84	0.80	1.12	0.72
Άγχος	1.15	0.74	0.87	0.61	1.08	0.81	1.07	0.75	0.33	0.23	0.99	0.75
Θυμός	1.61	0.87	1.42	0.82	1.35	0.74	1.52	0.66	0.88	0.41	1.59	0.95
Επιθετικότητα												
Φοβικό Άγχος	0.67	0.65	0.60	0.59	0.86	0.77	0.75	0.64	0.19	0.32	0.62	0.65
Παρανοειδής Ιδεασμός	1.67	0.80	1.42	0.86	1.81	1.14	1.58	0.81	0.89	0.38	1.50	0.92
Ψυχωτισμός	1.19	0.60	1.04	0.74	1.20	0.92	1.19	0.75	0.60	0.60	1.08	0.81

Πίνακας 82: Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση Τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος της μητέρας) στα αγόρια

	F	df	p
ΓΔΣ	1.19	5	0.32
ΣΘΣ	1.12	5	0.34
ΔΕΘΣ	2.19	5	0.05*
Σωματοποίηση	0.60	5	0.69
Ψυχαναγκαστικότητα α Καταναγκαστικότητα	2.04	5	0.72
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.51	5	0.76
Κατάθλιψη	0.98	5	0.43
Άγχος	1.16	5	0.32
Θυμός	0.75	5	0.58
Επιθετικότητα			
Φοβικό Άγχος	0.80	5	0.54
Παρανοειδής Ιδεασμός	0.94	5	0.45
Ψυχωτισμός	0.51	5	0.76



Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων και κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας ( $p < 0,054$ ) που σημαίνει ότι υπάρχει διαφορά της τιμής ΔΕΘΣ μεταξύ των κοινωνικών ομάδων όπως προσδιορίστηκαν βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, στα ΑΓΟΡΙΑ. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των άλλων Δεικτών και των Υποκλιμάκων με την κοινωνική ομάδα βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα Αγόρια.

Αντιστοίχως στα κορίτσια, τα αποτελέσματα των Τιμών Ψυχοπαθολογίας σε σχέση με την κοινωνική ομάδα βάσει του επαγγέλματος της μητέρας παρατίθενται στον πίνακα 83.

**Πίνακας 83:** Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μ.Τ. και Τ.Α. των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος της μητέρας) στα ΚΟΡΙΤΣΙΑ

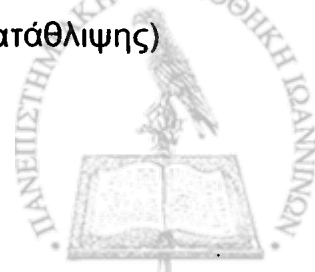
	Ανωτέρα (N=58)		Μεσαία (N=48)		Έμποροι (N=22)		Εργάτες (N=22)		Γεωργοί (N=3)		Ανεργοί Συντ/χοί Οικιακά (N=301)	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1.21	0.60	1.45	0.74	1.50	0.76	1.64	0.71	1.84	0.71	1.32	0.61
ΣΘΣ	52.55	19.06	58.35	19.19	60.14	18.05	61.09	16.61	72.33	16.17	57.08	17.17
ΔΕΘΣ	1.95	0.56	2.13	0.54	2.14	0.59	2.30	0.58	2.24	0.43	3.62	1.59
Σωματοποίηση	0.88	0.62	1.14	0.77	1.18	0.74	1.19	0.80	1.39	0.84	1.00	0.61
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1.44	0.67	1.56	0.67	1.59	0.81	1.70	0.76	1.53	0.70	1.55	0.61
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1.42	0.76	1.65	0.85	1.71	0.90	1.78	0.86	2.55	0.87	1.61	0.61
Κατάθλιψη	1.28	0.72	1.59	0.81	1.71	0.80	1.78	0.74	2.00	1.08	1.40	0.61
Άγχος	1.21	0.85	1.47	0.98	1.55	0.94	1.74	0.89	1.83	0.80	1.37	0.61
Θυμός Επιθετικότητα	1.40	0.87	1.70	1.12	1.60	0.87	1.97	1.96	1.66	0.72	1.52	0.61
Φοβικό Άγχος	0.60	0.51	0.77	0.70	0.95	0.82	1.02	0.82	1.24	1.07	0.77	0.61
Παρανοειδής Ιδεασμός	1.55	0.95	1.90	1.04	2.06	1.05	2.02	1.09	2.66	0.60	1.77	0.61

Ψυχωτισμός	1.03	0.84	1.39	0.94	1.45	0.82	1.54	1.00	2.06	0.95	1.22	0.79
------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

**Πίνακας 84:** Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA). Σύγκριση Τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R κατά κοινωνική ομάδα (βάσει του επαγγέλματος της μητέρας) στα κορίτσια

	F	df	p
ΓΔΣ	2.504	5	0.03
ΣΘΣ	1.612	5	0.15
ΔΕΘΣ	0.182	5	0.97
Σωματοποίηση	1.546	5	0.17
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	0.190	5	0.96
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1.899	5	0.09
Κατάθλιψη	3.283	5	0.006*
Άγχος	1.221	5	0.29
Θυμός Επιθετικότητα	1.566	5	0.16
Φοβικό Άγχος	2.147	5	0.059
Παρανοειδής Ιδεασμός	2.064	5	0.069
Ψυχωτισμός	2.539	5	0.028*

Σύμφωνα με τα στοιχεία της στατιστικής ανάλυσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0,03$ ), και της υποκλίμακας Ψυχωτισμός ( $p < 0,028$ ) και στατιστικά πολύ σημαντική σχέση μεταξύ της Υποκλίμακας της Κατάθλιψης ( $p < 0,006$ ) και της κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα κορίτσια, που σημαίνει ότι υπάρχει διαφορά των τιμών Ψυχολογίας (Ολικής, Ψυχωτισμού και Κατάθλιψης)



μεταξύ των κοινωνικών ομάδων βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα κορίτσια.

Ως προς την διερεύνηση της επικράτησης Ψυχοπαθολογίας κατά στρώμα Λυκείου, τα αποτελέσματα είναι τα εξής, σε αγόρια - κορίτσια (Πίνακες 85, 86, 87,88).

Πίνακας 85: Ερωτηματολόγιο SCL-90 R, Μέση τιμή και ΣΑ των δεικτών και των 9 υποκλιμάκων στα ΑΓΟΡΙΑ αστικών και μη αστικών Λυκείων

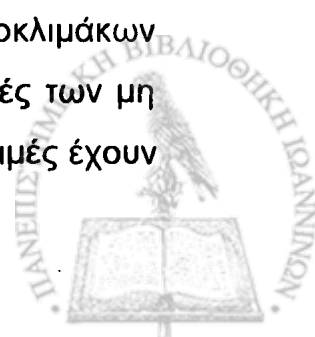
	ΑΣ	ΤΙΚΑ	ΜΗ ΑΣ	ΤΙΚΑ
	$\bar{x}$	$s$	$\bar{x}$	$s$
SCL-90 Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	1.11	0.63	1.21	0.65
SCL-90 (ΣΘΣ) Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων	48.96	20.50	53.65	18.69
SCL-90 (ΔΕΘΣ) Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων	1.96	0.57	1.91	0.54
1. Σωματοποίηση	0.82	0.68	0.97	0.73
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	1.27	0.74	1.29	0.67
Διαπροσωπική ευαισθησία	1.37	1.39	1.35	0.80
4. SCL-90 Κατάθλιψη	1.12	0.71	1.23	0.78
5. Άγχος	1.01	0.74	0.97	0.71
6. Θυμός-Επιθετικότητα	1.53	0.91	1.73	0.91
7. SCL-90 Φοβικό άγχος	0.64	0.66	0.70	0.69
8. Παρανοειδής ιδεασμός	1.49	0.91	1.69	0.83
9. SCL-90 Ψυχωτισμός	1.08	0.77	1.22	0.83



Πίνακας 86: Στατιστική ανάλυση: Ερωτηματολόγιο SCL-90R σε αγόρια αστικών και μη - αστικών Λυκείων. (One way ANOVA).

	F	df	p
ΓΔΣ	1.120	1	0.291
ΣΘΣ	2.460	1	0.118
ΔΕΘΣ	0.393	1	0.531
Σωματοποίηση	2.147	1	0.144
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	0.020	1	0.888
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.012	1	0.912
Κατάθλιψη	1.146	1	0.285
Άγχος	0.149	1	0.700
Θυμός Επιθετικότητα	2.232	1	0.136
Φοβικό Άγχος	0.434	1	0.511
Παρανοειδής Ιδεασμός	2.309	1	0.129
Ψυχωτισμός	1.484	1	0.224

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 86, φαίνεται ότι οι τιμές των Δεικτών (ΓΔΣ και ΣΘΣ) και των Υποκλιμάκων του SCL-90R (εκτός των υποκλιμάκων Διαπροσωπική Ευαισθησία και Άγχος) είναι υψηλότερες στους μαθητές των μη αστικών Λυκείων. Στους μαθητές των αστικών Λυκείων μεγαλύτερες τιμές έχουν



οι υποκλίμακες Θυμός-Επιθετικότητα, Παρανοειδής Ιδεασμός και Διαπροσωπική Ευαισθησία, ενώ στους μαθητές μη αστικών Λυκείων παρατηρούνται υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες του Θυμού-Επιθετικότητας, Κατάθλιψης και Παρανοειδούς Ιδεασμού. Από τη στατιστική ανάλυση της σύγκρισης των τιμών Δεικτών και Υποκλιμάκων του SCL-90R των μαθητών αστικών και μη - αστικών Λυκείων παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τιμές ψυχοπαθολογίας μεταξύ των αγοριών των αστικών και των μη - αστικών Λυκείων.

**Πίνακας 87:** Ερωτηματολόγιο SCL-90 R, Μέση τιμή και ΤΑ των δεικτών και των 9 υποκλιμάκων στα ΚΟΡΙΤΣΙΑ αστικών και μη αστικών περιοχών

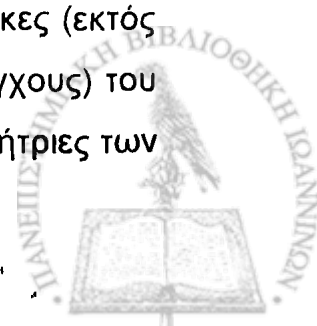
	ΑΣ	ΤΙΚΑ	ΜΗ ΑΣ	ΤΙΚΑ
	x	s	x	s
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	1.36	0.62	1.32	0.64
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	56.82	18	58	18
Δείκτης ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	56.82	17.85	57.98	17.50
1. Σωματοποίηση	1.02	0.70	0.97	0.64
Ψυχαναγκ/τητα - Καταναγκαστικότητα	1.55	1.25	1.53	0.73
Διαπροσωπική ευαισθησία	1.61	0.78	1.61	0.79
4. Κατάθλιψη	1.45	0.69	1.41	0.75
5. Άγχος	1.37	0.80	1.46	1.56
6. Θυμός-Επιθετικότητα	1.57	0.92	1.42	0.92
7. Φοβικό άγχος	0.76	0.63	0.84	0.68
8. Παρανοειδής ιδεασμός	1.80	0.95	1.75	0.90
9. Ψυχωτισμός	1.26	0.83	1.23	0.82



Πίνακας 88: Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

	F	df	p
ΓΔΣ	0.227	1	0.634
ΣΘΣ	0.296	1	0.587
ΔΕΘΣ	0.510	1	0.476
Σωματοποίηση	0.396	1	0.529
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	0.036	1	0.850
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.000	1	0.997
Κατάθλιψη	0.229	1	0.632
Άγχος	0.531	1	0.467
Θυμός Επιθετικότητα	1.882	1	0.171
Φοβικό Άγχος	1.000	1	0.317
Παρανοειδής Ιδεασμός	0.231	1	0.631
Ψυχωτισμός	0.091	1	0.763

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 88, τα κορίτσια των αστικών Λυκείων έχουν ελαφρώς υψηλότερες τιμές τόσο στους Δείκτες όσο και στις υποκλίμακες (εκτός του Δείκτη ΣΘΣ και των υποκλιμάκων του Άγχους και του Φοβικού Άγχους) του SCL-90R, σε σχέση με τα κορίτσια των μη αστικών Λυκείων. Στις μαθήτριες των



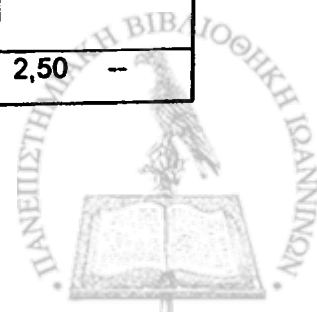


αστικών Λυκείων καταγράφονται υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες Παρανοειδής Ιδεασμός, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Θυμός - Επιθετικότητα, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα και Άγχος. Παρόλ' αυτά, βάσει της στατιστικής ανάλυσης (One - Way ANOVA) μεταξύ των τιμών ψυχοπαθολογίας στις μαθήτριες αστικών και μη - αστικών Λυκείων βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ψυχοπαθολογίας των μαθητριών των δύο ομάδων (μαθήτριες αστικών - μαθήτριες μη αστικών Λυκείων).

Τέλος, διερευνήθηκε η σχέση ψυχοπαθολογίας όπως καταγράφεται μέσω των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου SCL-90R και Σχολικής Επίδοσης όπως καθορίζεται βάσει του Βαθμού της Προηγούμενης Χρονιάς.

Πίνακας 89: Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μέση Τιμή και Τυπική απόκλιση των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά ομάδες βάσει της Σχολικής επίδοσης (Βαθμού Προηγούμενης Χρονιάς, ΒΠΧ) στα αγόρια.

SCL-90R	18-20		15-17		12-14		10-12		<10	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1,22	0,60	1,11	0,62	1,11	0,63	1,27	0,85	2,04	--
ΣΘΣ	54,05	20,91	49,59	20,01	49,14	9,55	49,93	20,41	68,00	--
ΔΕΘΣ	1,94	0,49	1,97	0,54	1,92	0,59	2,18	0,57	2,71	--
Σωματοποίηση	0,86	0,64	0,80	0,65	0,92	0,74	1,02	1,02	1,00	--
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1,41	0,70	1,26	0,72	1,27	0,74	1,32	0,89	2,80	--
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,43	0,74	1,45	1,81	1,27	0,83	1,65	1,01	1,67	--
Κατάθλιψη	1,27	0,71	1,12	0,75	1,11	0,68	1,21	0,82	2,62	--
Άγχος	1,10	0,69	1,02	0,76	0,95	0,69	1,17	1,03	1,60	--
Θυμός / Επιθετικότητα	1,70	0,88	1,49	0,88	1,52	0,90	2,00	1,01	2,00	--
Φοβικό Άγχος	0,61	0,68	0,65	0,65	0,69	0,65	0,62	0,84	1,71	--
Παρανοϊκός Ιδεασμός	1,72	0,90	1,50	0,86	1,51	0,94	1,52	1,14	2,00	--
Ψυχωτισμός	1,12	0,73	1,10	0,80	1,11	0,79	1,16	0,85	2,50	--



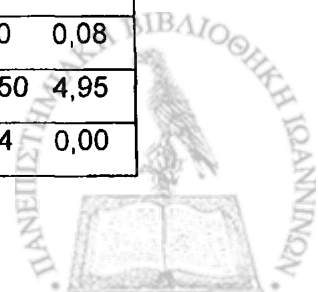
Πίνακας 90. Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

	F	df	p
ΓΔΣ	0,999	4	0,408
ΣΘΣ	0,875	4	0,479
ΔΕΘΣ	1,168	4	0,325
Σωματοποίηση	0,681	4	0,606
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	1,518	4	0,197
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0,465	4	0,761
Κατάθλιψη	1,587	4	0,177
Άγχος	0,718	4	0,580
Θυμός Επιθετικότητα	1,546	4	0,189
Φοβικό Άγχος	0,791	4	0,532
Παρανοειδής Ιδεασμός	0,782	4	0,537
Ψυχωτισμός	0,785	4	0,535

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 90, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ψυχοπαθολογίας (Δεικτών και Υποκλιμάκων) και Σχολικής επίδοσης στα ΑΓΟΡΙΑ.

Πίνακας 91: Ερωτηματολόγιο SCL-90R. Μέση Τιμή και Τυπική απόκλιση των Δεικτών και των Υποκλιμάκων κατά ομάδες βάσει της Σχολικής επίδοσης (Βαθμού Προηγούμενης Χρονιάς, ΒΠΧ) στα κορίτσια.

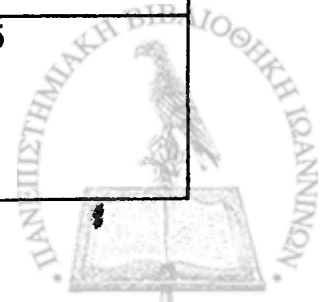
SCL-90R	18-20		15-17		12-14		10-12		<10	
	x	s	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1,20	0,57	1,41	0,61	1,40	0,69	1,17	0,81	0,70	0,08
ΣΘΣ	54,03	18,18	58,97	17,34	56,77	18,18	58,33	31,50	38,50	4,95
ΔΕΘΣ	1,93	0,50	4,11	22,51	2,15	0,58	1,62	0,54	1,64	0,00



Σωματοποίηση	0,86	0,61	1,07	0,69	1,11	0,77	1,52	1,25	0,70	0,53
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1,44	0,65	1,66	1,48	1,42	0,74	1,36	1,05	0,90	0,14
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,48	0,72	1,67	0,78	1,66	0,81	0,99	0,57	0,44	0,46
Κατάθλιψη	1,31	0,68	1,49	0,67	1,50	0,79	1,22	0,88	0,72	0,16
Άγχος	1,30	1,50	1,44	0,78	1,36	0,87	1,20	1,04	0,80	0,42
Θυμός / Επιθετικότητα	1,37	0,93	1,62	0,88	1,61	0,99	1,33	0,72	1,58	1,06
Φοβικό Άγχος	0,71	0,60	0,80	0,63	0,86	0,70	0,90	0,71	0,07	0,09
Παρανοϊκός Ιδεασμός	1,60	0,92	1,83	0,86	1,96	1,10	1,16	0,66	0,83	0,24
Ψυχωτισμός	1,09	0,75	1,30	0,83	1,31	0,90	0,80	0,75	0,40	0,00

Πίνακας 92. Στατιστική ανάλυση (one way ANOVA)

	F	df	p
ΓΔΣ	2,54	4	0,039*
ΣΘΣ	1,882	4	0,113
ΔΕΘΣ	0,404	4	0,806
Σωματοποίηση	2,375	4	0,051*
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	1,115	4	0,349
Διαπροσωπική Ευαισθησία	2,649	4	0,033*
Κατάθλιψη	1,813	4	0,125
Άγχος	0,544	4	0,703
Θυμός Επιθετικότητα	1,312	4	0,265



Φοβικό Άγχος	1,307	4	0,267
Παρανοειδής Ιδεασμός	2,768	4	0,027*
Ψυχωτισμός	1,941	4	0,103

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 92, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0,039$ ) και των Υποκλιμάκων Σωματοποίηση ( $p < 0,051$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,033$ ), και του Παρανοειδούς Ιδεασμού ( $p < 0,027$ ), και της Σχολικής Επίδοσης (βάσει του Βαθμού Προηγούμενης Χρονιάς) στα Κορίτσια.

Τέλος, διερευνήσαμε τη σχέση μεταξύ των κοριτσιών με υψηλή βαθμολογία στα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE και αυτών με χαμηλή βαθμολογία, ως προς τις πμές ψυχοπαθολογίας του ερωτηματολογίου SCL-90R (Δείκτες και Υποκλίμακες). Τα κορίτσια διαχωρίστηκαν στις αντίστοιχες ομάδες α. EAT-26 (OB) < 20 β. EAT-26 (OB)  $\geq 20$  γ. BITE (OB) < 25 και δ. BITE-OB  $\geq 25$  και έγινε σύγκριση των τιμών ψυχοπαθολογίας των δύο ομάδων για κάθε ερωτηματολόγιο χωριστά. Η διερεύνηση έγινε μόνο για τα κορίτσια, επειδή στα αγόρια ο αριθμός των υποκειμένων με EAT-26 (OB)  $\geq 20$  και BITE-OB  $\geq 25$  ήταν εξαιρετικά μικρός και η έρευνα θα είχε χαμηλή αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στους παρακάτω πίνακες.



Πίνακας 93 : Σύγκριση τιμών Ψυχοπαθολογίας των κοριτσιών με υψηλή βαθμολογία στα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE με τις αντίστοιχες ομάδες με χαμηλή βαθμολογία.

	EAT- 26(OB)<20		EAT- 26(OB)≥20		BITE(OB)<2 5		BITE(OB)≥25	
	x	s	x	s	x	s	x	s
ΓΔΣ	1.29	0.61	1.53	0.63	1.34	0.61	2.03	0.64
ΣΘΣ	55.69	18.04	61.13	16.34	56.82	17.75	69.50	15.07
ΔΕΘΣ	3.39	18.60	2.20	0.52	3.11	16.29	2.59	0.55
Σωματοποίηση	0.98	0.69	1.12	0.68	1.00	0.68	1.83	0.64
Ψυχαναγκαστικό τητα- Καταναγκαστικό- τητα	1.51	1.29	1.67	0.67	1.54	1.17	2.08	0.56
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1.55	0.74	1.82	0.87	1.60	0.77	2.30	0.95
Κατάθλιψη	1.38	0.68	1.65	0.73	1.43	0.70	2.07	0.69
Άγχος	1.33	1.03	1.56	0.83	1.38	0.99	1.93	1.15
Θυμός- Επιθετικότητα	1.44	0.90	1.87	0.92	1.53	0.92	2.22	0.72
Φοβικό άγχος	0.72	0.59	0.93	0.75	0.76	0.63	1.30	0.90
Παρανοειδής Ιδεασμός	1.74	0.93	1.94	0.94	1.78	0.93	2.28	0.99
Ψυχωτισμός	1.20	0.83	1.40	0.81	1.24	0.83	2.00	0.77



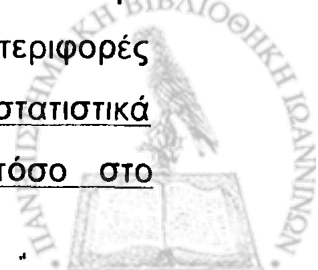
Πίνακας 94: Στατιστική ανάλυση για τα κορίτσια (One-Way ANOVA)

EAT-26

BITE

	F	df	p	F	df	p
ΓΔΣ	12.73	1	0.00**	9.73	1	0.00**
ΣΘΣ	8.09	1	0.00**	4.03	1	0.04*
ΔΕΘΣ	0.46	1	0.49	0.00	1	0.92
Σωματοποίηση	3.36	1	0.06	11.35	1	0.00**
Ψυχαναγκαστικότητα Καταναγκαστικότητα	1.73	1	0.18	1.69	1	0.19
Διαπροσωπική Ευαισθησία	10.82	1	0.00**	6.20	1	0.01**
Κατάθλιψη	12.93	1	0.00**	6.41	1	0.01**
Άγχος	4.24	1	0.04*	2.44	1	0.11
Θυμός-Επιθετικότητα	19.17	1	0.00**	4.33	1	0.03**
Φοβικό Άγχος	9.41	1	0.00**	5.43	1	0.02**
Παρανοειδής Ιδεασμός	3.57	1	0.05	2.23	1	0.13
Ψυχωτισμός	4.62	1	0.03*	6.55	1	0.01**

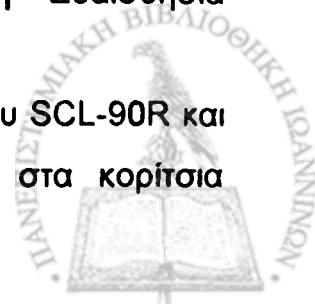
Από τη σύγκριση τιμών Ψυχοπαθολογίας μεταξύ των δύο ομάδων με παθολογικές συμπεριφορές διατροφής και χωρίς παθολογικές συμπεριφορές διατροφής φαίνεται ότι σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων των κοριτσιών τόσο στο



Ερωτηματολόγιο EAT-26 όσο και στο BITE. Ως προς το πρώτο (EAT-26) τα κορίτσια με βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 20 έχουν μεγαλύτερες τιμές ψυχοπαθολογίας σε σχέση με την ομάδα των κοριτσιών με βαθμολογία μικρότερη του 20 και μάλιστα με στατιστική σημαντικότητα. Ιδιαίτερα στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.0001$ ) στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0.005$ ) και στις Υποκλίμακες Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0.001$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0.0001$ ), Άγχος ( $p < 0.04$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0.0001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0.02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0.03$ ). Αντιστοίχως, ως προς το Ερωτηματολόγιο BITE τα κορίτσια με βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου 25 έχουν μεγαλύτερες τιμές ψυχοπαθολογίας σε σχέση με την ομάδα των κοριτσιών με βαθμολογία μικρότερη του 20 και μάλιστα με στατιστική σημαντικότητα. Συγκεκριμένα, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.002$ ), στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0.04$ ) και στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0.001$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0.01$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0.01$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0.03$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0.02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0.01$ ).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου SCL-90R, είναι τα κάτωθι:

1. Τα κορίτσια όλων των Λυκείων (αστικών και μη - αστικών) έχουν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης Ψυχοπαθολογίας, σε σχέση με τα αγόρια (ΓΔΣ: 62.2% SCL-90R+ στα κορίτσια και αντιστοίχως 43.9% SCL-90R+ στα αγόρια).
2. Υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών στις διαστάσεις της Ψυχοπαθολογίας, τόσο στο σύνολο, όπως αποτυπώνεται με το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.0001$ ) και το Δείκτη Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0.0001$ ) όσο και στις Υποκλίμακες Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα ( $p < 0.0001$ ), Άγχος ( $p < 0.0001$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0.0001$ ) και Παρανοειδής Ιδεασμός ( $p < 0.0001$ ), καθώς επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0.001$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0.001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0.006$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0.009$ ).
3. Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του SCL-90R και της ηλικίας στους μαθητές (αγόρια) ενώ αντιθέτως υπάρχει στα κορίτσια



στατιστικά σημαντική σχέση των Υποκλιμάκων Σωματοποίηση ( $p < 0.055$ ) και Φοβικό Άγχος ( $p < 0.016$ ), όπου τα κορίτσια των ηλικιών 16 και 17 ετών έχουν τις υψηλότερες τιμές στην υποκλίμακα της Σωματοποίησης, και αντιστοίχως τα κορίτσια ηλικίας 20 ετών έχουν τις μικρότερες τιμές της υποκλίμακας φοβικό άγχος, ενώ την μεγαλύτερη βαθμολογία έχουν στην ηλικία 17 ετών.

4. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του SCL-90R και της κοινωνικής ομάδας, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια.
5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων και της κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα αγόρια ( $p < 0.054$ ), με υψηλότερες τιμές του ΔΕΘΣ στα αγόρια με μητέρες στα ανώτερα επαγγέλματα και τις εμπόρους και μικρότερη στις γεωργούς, ενώ στα κορίτσια του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.03$ ) και των Υποκλιμάκων Ψυχωτισμός ( $p < 0.028$ ) και Κατάθλιψη ( $p < 0.006$ ), που βρέθηκε να έχουν υψηλότερες τιμές στα κορίτσια με μητέρα γεωργό.
6. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών Ψυχοπαθολογίας του SCL-90R (Δεικτών και Υποκλιμάκων) τόσο μεταξύ αγοριών όσο και κοριτσιών αστικών και μη - αστικών Λυκείων.
7. Στα αγόρια δεν υπάρχει σχέση μεταξύ τιμών Ψυχοπαθολογίας και Σχολικής Επίδοσης, ενώ αντιστοίχως στα κορίτσια υπάρχει σχέση και επομένως διαφορά, μεταξύ των τιμών των ψυχοπαθολογικών διαστάσεων, αναλόγως της ηλικίας των μαθητριών και της σχολικής τους επίδοσης. Συγκεκριμένα, τόσο του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.039$ ), όπου τα κορίτσια με μέτρια (12-14) και καλή (15-17) σχολική επίδοση έχουν υψηλή βαθμολογία του ΓΔΣ ενώ την μικρότερη έχουν οι μαθήτριες με κακή σχολική επίδοση ( $< 10$ ) όσο και των Υποκλιμάκων Σωματοποίηση ( $p < 0.051$ ), με υψηλότερες τιμές στις κατηγορίες σχολικής επίδοσης (15-17, 12-14, 10-12) και μικρότερη στις αριστες αλλά και τις πολύ κακές μαθήτριες, στην Υποκλίμακα Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0.033$ ), όπου και πάλι οι υψηλότερες τιμές της ψυχοπαθολογικής αυτής διάστασης απαντώνται στις μέτριες και καλές μαθήτριες και η μικρότερη τιμή στις κακές και στην υποκλίμακα Παρανοειδής Ίδεασμός ( $p < 0.027$ ), όπου επίσης τα κορίτσια με καλή





και μέτρια σχολική επίδοση έχουν τις υψηλότερες βαθμολογίες ενώ οι πολύ κακές μαθήτριες έχουν την χαμηλότερη τιμή.

8. Στα κορίτσια υπάρχει σχέση μεταξύ Παθολογικής Συμπεριφοράς Διατροφής και Ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα τα κορίτσια με υψηλή Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26, δηλαδή Ολική Βαθμολογία  $\geq 20$ , έχουν υψηλότερες τιμές τόσο στους Δείκτες όσο και σε όλες τις υποκλίμακες των ψυχοπαθολογικών διαστάσεων, σε σχέση με τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία στο EAT-26 (EAT-26 OB<20). Η διαφορά αυτή, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, αφορά στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p<0,0001$ ) στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p<0,005$ ) και στις Υποκλίμακες, Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p<0,001$ ), Κατάθλιψη ( $p<0,0001$ ), Άγχος ( $p<0,04$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p<0,0001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p<0,02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p<0,03$ ). Αντιστοίχως, τα κορίτσια με υψηλή Βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο BITE δηλαδή Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου  $\geq 25$ , έχουν επίσης υψηλότερες τιμές Ψυχοπαθολογίας τόσο στους Δείκτες, όσο και σε όλες τις υποκλίμακες των ειδικών ψυχοπαθολογικών διαστάσεων σε σχέση με τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία (BITE-OB<25). Η διαφορά αυτή, αφορά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p<0,002$ ), στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p<0,04$ ) και στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p<0,001$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p<0,01$ ), Κατάθλιψη ( $p<0,01$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p<0,03$ ), Φοβικό Άγχος ( $p<0,02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p<0,01$ ).



## Θ. Η ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΑΘΗΤΡΙΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΑΣ

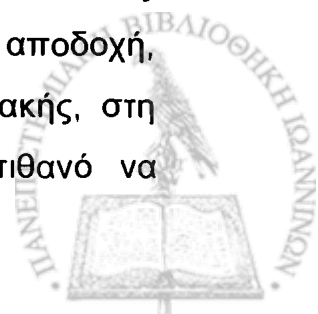
Όπως έχει αναγραφεί στην εισαγωγή, ένας από τους σκοπούς αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της επιδημιολογίας δηλαδή η εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας στους μαθητές και τις μαθήτριες ηλικίας 15 -20 ετών των Λυκείων του Νομού Ιωαννίνων, δεδομένου ότι οι διαταραχές αυτές επικρατούν σε νεαρά άτομα, κυρίως γυναίκες αυτής της ηλικίας. Για τον σκοπό αυτό καθορίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες έρευνες (Meadows και συν 1986) και βοηθούν στην ανίχνευση ατόμων που πάσχουν από τις παραπάνω διαταραχές. Θα πρέπει να επισημανθεί και πάλι ότι δεν έγινε κλινική συνέντευξη και εξέταση των μαθητών και μαθητριών, όπως αρχικά είχε προβλεφθεί. Επομένως τα αποτελέσματα της επικράτησης των Διαταραχών Διατροφής στους μαθητές και τις μαθήτριες των Λυκείων του Νομού Ιωαννίνων στην ουσία βασίζονται στα δεδομένα που συλλέξαμε από τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και όχι βάσει των κλινικών κριτηρίων όπως ορίζουν τα διαγνωστικά εγχειρίδια της ΠΟΥ (ICD-10) και της APA (DSM-IV) για τη διάγνωση των Διαταραχών Διατροφής.

### I. Εκτίμηση επικράτησης Ψυχογενούς Ανορεξίας

Στα κριτήρια για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας συμπεριλήφθησαν τα κάτωθι:

α. Η τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ), ίση ή μικρότερη της οριακής τιμής 17,5 ( $\Delta\Sigma\text{M} \leq 17,5$ ) που είναι το κριτήριο Α για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά την ICD-10 της ΠΟΥ (ICD-10, 1992).

β. Η συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου των Συνηθειών Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT-26), ως ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 20. (EAT-26 Ολική βαθμολογία  $\geq 20$ ). Το κριτήριο αυτό έχει καθορισθεί από τους Garner και συν. (Garner et al 1979, 1982) έχει απόλυτη βιβλιογραφική αποδοχή, έχει δε περιγραφεί ότι τα άτομα που έχουν ανώτερη τιμή της οριακής, στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, είναι πάρα πολύ πιθανό να



πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. Το κριτήριο αυτό θεωρείται ότι εμπεριέχει τα κριτήρια Β και Γ της ICD-10 και του DSM-IV.

(Δίαιτα και αποφυγή παχυντικών τροφών, αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών, νοσηρός φόβος πάχυνσης, παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού Εγώ).

γ. Η αμηνόρροια (μόνο για τα κορίτσια) με διάρκεια ίση ή μεγαλύτερη από 3 συνεχείς μήνες. (Αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες) Το κριτήριο αυτό είναι το κριτήριο Δ του DSM-IV της APA αλλά και το κριτήριο Δ, επίσης, της ICD-10 της ΠΟΥ. (APA, 1994, ICD-10 1992)

Σχετικά με την ευαισθησία (sensitivity) και την ειδικότητα (specificity) των κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ευαισθησία αναφέρεται στην ιδιότητα του οργάνου να διακρίνει τα πιθανά θετικά αποτελέσματα, δηλαδή τις ψυχιατρικές περιπτώσεις, μεταξύ των ατόμων που εμφανίζουν θετικά ψυχιατρικά συμπτώματα ή υψηλή βαθμολόγηση στη δοκιμασία, αλλά δεν είναι βέβαιο ότι νοσούν, δηλαδή η ευαισθησία είναι το ποσοστό των ορθώς θετικών περιπτώσεων ή το ποσοστό των περιπτώσεων με θετική βαθμολόγηση στη δοκιμασία, ενώ αντίθετα η ειδικότητα, είναι η ικανότητα του ερευνητικού οργάνου να διακρίνει τους πραγματικά υγιείς μεταξύ εκείνων που δεν παρουσιάζουν τη νόσο, δηλαδή το ποσοστό των περιπτώσεων με χαμηλή βαθμολόγηση στη δοκιμασία (Μαδιανός 1989 σ. 165 - 166).

Σε σχέση με τα παραπάνω, είναι γνωστό ότι, τα κριτήρια ΔΣΜ  $\leq 17.5$  και Αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες έχουν θεσπιστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, στα εγχειρίδια για τη διάγνωση των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV και ICD-10, ως επίσημα και απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το κριτήριο EAT-26 (OB)  $\geq 20$  σύμφωνα με την εργασία των εισηγητών (Garner et Garfinkel 1979, 1982) επέτρεψε τη σωστή ταξινόμηση του 84% των κλινικών περιπτώσεων, διαφοροποιώντας τες από τη μεικτή ομάδα ανορεκτικών και ομάδας ελέγχου, παρότι ταξινόμησε ένα ποσοστό 13% των φοιτητριών της ομάδας ελέγχου προς την ομάδα των πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία. Από τα δεδομένα της χρήσης του EAT-26 και BITE σε ελληνικό πληθυσμό (Βάρσου και Τρίκκας 1991)



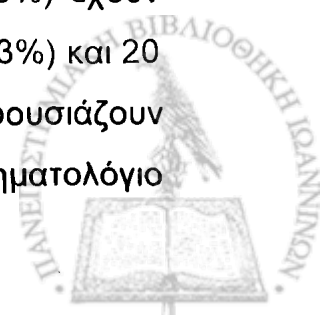
για ασθενείς πάσχουσες από Διαταραχές Διατροφής (N=10) και ομάδα ελέγχου (N=30) φάνηκε ότι τόσο το ερωτηματολόγιο EAT-26 διέφερε στατιστικά και σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ( $t=2,840$   $p<0.01$ ) όσο και οι δύο Υποκλίμακες του ερωτηματολογίου BITE, BITE (ΥΣ)  $t=3,949$   $p<0.001$  και BITE (ΥΒΣ)  $t=3,274$   $p<0.01$ . Οι οριακές τιμές των ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE (EAT-26 $\geq$ 20 και BITE (ΥΣ)  $\geq$ 20, BITE (ΥΒΣ)  $\geq$ 5) θεωρούνται αξιόπιστες για τη διακρίβωση των περιπτώσεων σοβαρού κινδύνου νόσησης από Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία, αντιστοίχως (Nathan et Allison 1999).

Σύμφωνα με τα παραπάνω προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα που δείχνουν την εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας βάσει των κριτηρίων αυτών (βλ. πίνακα 95).

Πίνακας 95: Εκτίμηση Επικράτησης Ψυχογενούς Ανορεξίας

Εκτίμηση επικράτησης και κριτήρια	Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)	Σύνολο (%)
1 ΔΣΜ (Δείκτης Σωματικής Μάζας) $\leq 17,5$	7 (1,8)	26 (5,5)	33 (3,9)
2 EAT-26 $\geq 20$	20 (5,2)	119 (25,3)	139 (16,2)
3 Αμηνόρροια $\geq 3$ μηνών	-	10 (9,5)	
1 & 2	-	3 (0,6)	3(0,4)
2 & 3	-	3 (0,6)	-
1 & 3	-	2 (0,4)	-
1, 2 & 3	0	0	0

Σχετικά με την εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, από τα στοιχεία του πίνακα, προκύπτει ότι, σύμφωνα με το κριτήριο του Δείκτη Σωματικής Μάζας, 7 αγόρια (1,8%) και 26 κορίτσια (5,5%) έχουν ΔΣΜ  $\leq 17,5$  και ανήκουν στο ανορεκτικό φάσμα, και είναι πολύ πιθανόν να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. Επί του συνόλου, 33 αγόρια και κορίτσια (3,9%) έχουν ΔΣΜ  $\leq 17,5$ . Σύμφωνα με το κριτήριο EAT-26  $\geq 20$ , 119 κορίτσια (25,3%) και 20 αγόρια (5,2%) ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία, αυτών δηλαδή που παρουσιάζουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο



Συνηθειών Διατροφής (EAT-26). Στο σύνολο του δείγματος, 139 αγόρια και κορίτσια, ήτοι ποσοστό 16,2% παρουσιάζουν βαθμολογία στο EAT-26  $\geq 20$ , που θεωρείται υψηλή, συγκριτικά με τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών (Βλ. Κεφ. Συζήτηση).

Ως προς την αμηνόρροια διάρκειας τουλάχιστον τριών μηνών για τα κορίτσια, βρέθηκαν 10 μαθήτριες (9,5%) που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία. Σύμφωνα με τα κριτήρια 1 και 2 ( $\Delta\Sigma\text{M} \leq 17,5$  και Ολική βαθμολογία στο EAT-26  $\geq 20$ ), 3 κορίτσια (0,6%), και κανένα αγόρι, ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία με μεγάλη πιθανότητα να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία.

Σύμφωνα με τα κριτήρια 2 και 3 (Ολική βαθμολογία στο EAT-26  $\geq 20$  και αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες) ομοίως 3 κορίτσια (0,6%) εκπληρώνουν αυτά τα κριτήρια και επομένως είναι πολύ πιθανόν να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία.

Σύμφωνα με τα κριτήρια 1 και 3 ( $\Delta\Sigma\text{M} \leq 17,5$  και αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες) μόνο 2 κορίτσια βρέθηκαν να εκπληρώνουν τα κριτήρια αυτά, τα οποία επίσης έχουν σοβαρή πιθανότητα να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία.

Κανένα αγόρι ούτε κορίτσι όμως, δεν βρέθηκε να εκπληρώνει και τα τρία κριτήρια ταυτοχρόνως, γεγονός που αποτελεί έκπληξη και αναπαριστά τις ιδιαίτερες δυσκολίες που συναντώνται στην επιδημιολογική έρευνα των διαταραχών διατροφής, όπως αυτές έχουν επισημανθεί στη βιβλιογραφία (άρνηση συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, μεγάλο δείγμα, αντικρουόμενα ευρήματα) (Shomacher 1998) έτσι ώστε να διαπιστώνεται ότι η άρνηση της νόσου και η απουσία κινήτρου για θεραπεία που χαρακτηρίζει τις ΔΔ να αναπαριστάται και στην επιδημιολογική έρευνα όσο και στη θεραπεία των. Παρόλ' αυτά αν γίνει περαιτέρω διερεύνηση των δεδομένων των κοριτσιών βάσει του κριτηρίου 3 (Αμηνόρροια  $\geq 3$  μηνών) συγκριτικά με τις παραμέτρους Δείκτης Σωματικής Μάζας και Ολική Βαθμολογία στο EAT-26 θα διαπιστώσουμε ότι εκ των δέκα κοριτσιών, 4 κορίτσια έχουν ιδιαίτερα μεγάλη πιθανότητα να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία (βλέπε πίνακα 95).



Πίνακας 96 :Ολική Βαθμολογία στο EAT-26(EAT-26,OB), Τιμή του

ΔΣΜ στα κορίτσια με αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες (N=10)

α/α	Αριθμός Ερωτηματολογίου	Αμηνόρροια $\geq 3$ μήνες	ΔΣΜ (B/Y <sup>2</sup> )	EAT-26 (OB)	Εκτίμηση νόσησης από ΨΑ
1	180	Ναι	17,50	9	Πιθανή ΨΑ
2	206	Ναι	17,73	54	Πιθανή ΨΑ
3	270	Ναι	17,64	11	Πιθανή ΨΑ
4	318	Ναι	19,17	12	Άτυπη ΨΑ
5	335	Ναι	18,07	19	Άτυπη ΨΑ
6	352	Ναι	20,22	3	Άτυπη ΨΑ
7	367	Ναι	19,02	22	Άτυπη ΨΑ
8	400	Ναι	15,46	0	Πιθανή ΨΑ
9	423	Ναι	18,75	43	Άτυπη ΨΑ
10	457	Ναι	20,08	13	Άτυπη ΨΑ

Και αυτό επειδή τα κορίτσια αυτά έχουν όλα αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες, τιμές ΔΣΜ από 15,46 έως 18,75 και ολική βαθμολογία στο EAT-26 από 0-54. Αναλυτικά: το κορίτσι με αριθμό 1 (ερwt. 180) έχει αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες, ΔΣΜ=17,50 και ολική βαθμολογία στο EAT-26=9, εκπληροί δηλαδή τα δυο "σκληρά" κριτήρια, χωρίς να εκπληροί το τρίτο, που μπορεί να οφείλεται σε άρνηση της νόσου, που στην περίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, είναι παρούσα ως στάση και συμπεριφορά. Το κορίτσι με αριθμό 2 (ερwt. 206) έχει αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες, ΔΣΜ=17,73, που είναι πολύ κοντά στην οριακή τιμή 17,5 και ολική βαθμολογία στο EAT-26=54. Παρ' ότι δεν εκπληρώνει και τα 3 κριτήρια, επειδή η τιμή του ΔΣΜ είναι πολύ χαμηλή, και πολύ κοντά στην οριακή, είναι πολύ πιθανό να πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία. Το κορίτσι με αριθμό 3 (ερwt. 270) έχει αμηνόρροια  $>3$  μήνες, ΔΣΜ=17,64 και ολική βαθμολογία στο EAT-26=11, επομένως είναι πολύ πιθανόν να πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, όπως στην περίπτωση 1. Τέλος η περίπτωση του κοριτσιού αρ. 8 (ερwt. 400) έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον, διότι αφ' ενός έχει αμηνόρροια  $>3$  μήνες, αφ' ετέρου έχει πολύ χαμηλή τιμή ΔΣΜ=15,46, ενώ στο



ερωτηματολόγιο EAT-26, έχει τιμή ολικής βαθμολογίας=0, που δείχνει χαρακτηριστικά την προαναφερθείσα άρνηση της νόσου, που εκφράζεται ως άρνηση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Βάσει της ανωτέρω εκτίμησης των αποτελεσμάτων, τα 4 αυτά κορίτσια είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία και ως εκ τούτου η εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, στα κορίτσια του δείγματός μας πρέπει να κυμαίνεται στο 0,85%.

Από τη στατιστική ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των κριτηρίων 1,2 και 3, υπολογίστηκε κατ' αρχήν ο συντελεστής συσχέτισης  $r$  μεταξύ των μεταβλητών EAT-26, Ολική βαθμολογία (κριτήριο 2) και Δείκτη Σωματικής Μάζας (κριτήριο 1). Βρέθηκε λοιπόν ότι για  $H_0: r=0$  και  $H_a: r \neq 0$ , ο συντελεστής συσχέτισης έχει τιμή  $r=0,0076$  και  $Pvalue=0,825$ .

Επίσης, σύμφωνα με τη δοκιμασία  $\chi^2$  μεταξύ EAT-26 (OB) και ΔΣΜ :

$\chi^2$  Pearson=1,294 df=1 Asym,p. Sig. (2-sided)=0,255

Likelihood ratio=1,488 df=1 Asymp. Sig. (2-sided)=0,223

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας στο EAT-26 (EAT-26 OB) και της τιμής του Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ).

Για την ορθότητα των συμπερασμάτων οφείλαμε να διερευνήσουμε περαιτέρω τη σχέση μεταξύ των παραμέτρων-μεταβλητών, διάρκεια αμηνόρροιας (κριτήριο 3) και ολικής βαθμολογίας στο EAT-26 (κριτήριο 2). Έτσι διαμορφώσαμε τα δεδομένα υπό τη μορφή του πίνακα 97.



Πίνακας 97: Διάρκεια αμηνόρροιας σε σχέση με την ολική βαθμολογία στο EAT-26 στα κορίτσια του δείγματός μας (N=105)

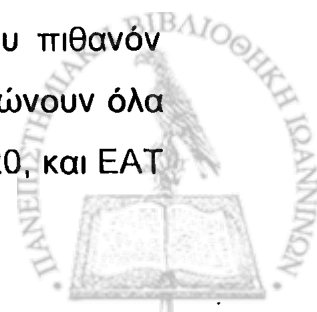
		Αμηνόρροια		
		<3 μήνες	≥ 3 μήνες	Σύνολο
EAT-26	<20	72	7	N=79
Ολική		75,8%	70,0%	75,2%
βαθμολογία	≥ 20	23	3	N=26
		24,2%	30,0%	24,8%
Σύνολο		N=95	N=10	N=105

$\chi^2$  Pearson Value=0,163 df=1 Asymp. Sig (2-sided)=0,687 Exact Sig (2-sided)=0,706, Exact Sig (1-sided)=0,471

Likelihood ratio=0,157 df=1 Asymp. Sig (2-sided)=0,692

Από την παραπάνω στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών, δηλαδή δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των παραμέτρων-κριτηρίων διάρκειας αμηνόρροιας και ολικής βαθμολογίας του EAT-26.

Από τα παραπάνω, ως προς την εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, φαίνεται ότι, σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων που περιγράψαμε, αυτή φαίνεται ότι κυμαίνεται στο 0,85% στα κορίτσια και 0% στα αγόρια, παρουσιάζει επομένως μια μικρή αύξηση κατά την τελευταία δεκαετία, καθόσον είχε υπολογισθεί ως 0,35% σε προηγούμενη έρευνα (Fichter και συν 1988). Επιπλέον για την εκτίμηση της επικράτησης των άτυπων μορφών, βάσει των στοιχείων του πίνακα 97 χρησιμοποιώντας τα κριτήρια που περιγράφονται στα διαγνωστικά εγχειρίδια δηλαδή όταν η αμηνόρροια ( $\geq 3$  μήνες) ή η σημαντική απώλεια βάρους ( $\Delta\Sigma M \leq 17,5$ ) απουσιάζουν αλλά υπάρχουν τα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας της ΨΑ (ICD-10) και(DSM-IV) τα κορίτσια που πιθανόν παρουσιάζουν άτυπη Ψυχογενή Ανορεξία είναι 6, επειδή δεν εκπληρώνουν όλα τα κριτήρια, αλλά έχουν αμηνόρροια  $\leq 3$  μήνες,  $\Delta\Sigma M$  πολύ χαμηλό  $\leq 20$ , και EAT





- OB με τιμές 3-43). Επομένως η εκτίμηση της επικράτησης των άτυπων ή υποκλινικών μορφών της ΨΑ, φαίνεται να είναι 1,27% (6/471). Επιπλέον το μεγάλο ποσοστό των μαθητών (5,2%) και των μαθητριών (25,3%) που παρουσιάζουν παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές διατροφής, όπως προκύπτει από τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT - 26 ( $EAT-26 \geq 20$ ) συνάδει με την διαπίστωση ότι υπάρχει αύξηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά τις τελευταίες δεκαετίες στα άτομα (κυρίως γυναίκες) ηλικίας 15 - 24 ετών, καθόσον αυτά τα άτομα αποτελούν την δεξαμενή τροφοδοσίας της αυξανόμενης νοσηρότητας από Ψυχογενή Ανορεξία, επομένως σ' αυτούς θα πρέπει να εστιαστεί και η έρευνα διακρίβωσης των κλινικών περιπτώσεων καθώς και οποιαδήποτε προληπτική παρέμβαση (πρωτογενής και δευτερογενής).

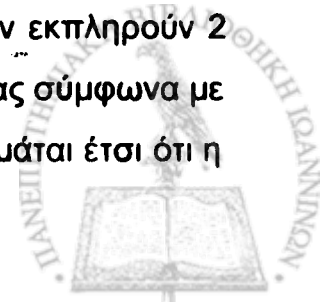
Σύμφωνα με τα παραπάνω, η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στα κορίτσια, βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, κυμαίνεται αναλόγως της μορφής του συνδρόμου (πιθανή ή άτυπη) στις τιμές που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 98:** Εκτίμηση Επικράτησης ΨΑ και Παθολογικών Συμπεριφορών Διατροφής στα κορίτσια της έρευνάς μας

Κριτήρια 1,2,3	0	0
Πιθανή ΨΑ	4/471	0,85%
Άτυπη ΨΑ	6/471	1,27%
Με παθολογικές συμπεριφορές διατροφής $EAT-26 \geq 20$	119/471	25,3%

Συμπερασματικά :

1. Σύμφωνα με τα αυστηρά κριτήρια που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας ( $\Delta\Sigma M \leq 17,5$ ,  $EAT-26OB \geq 20$ , Αμηνόρροια  $\geq 3$  μήνες) κανείς μαθητής και καμία μαθήτρια δεν εκπληρώνει και τα τρία κριτήρια ταυτόχρονα. Παρ' όλα αυτά 4 κορίτσια είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία καθόσον εκπληρούν 2 σκληρά κριτήρια (του Δείκτη Σωματικής Μάζας και της Αμηνόρροιας σύμφωνα με τα διαγνωστικά εγχειρίδια ICD-10 και DSM- IV) και επομένως εκτιμάται έτσι ότι η πιθανή επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι 0,85%.



2. Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων που έχει περιγραφεί παραπάνω βρέθηκαν 6 επιπλέον κορίτσια να εκπληρώνουν τα κριτήρια για νόσηση από Άτυπη Ψυχογενή Ανορεξία (κατά το ICD-10) ή Διαταραχή Διατροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (EDNOS) κατά το DSM-IV έτσι ώστε να εκτιμάται ότι η πιθανή επικράτηση των άτυπων μορφών να είναι 1,27%.
3. Ένα ποσοστό 25% των κοριτσιών της έρευνάς μας παρουσιάζει σαφώς παθολογικές συμπεριφορές και συνήθειες διατροφής, ποσοστό εξαιρετικά υψηλό σε σχέση με δεδομένα άλλων ερευνών, γεγονός που υποσημαίνει το διαταραγμένο μοντέλο διατροφής των νεαρών γυναικών στη χώρα μας, κάτι που πιθανώς να αναδεικνύει το κρυμμένο τμήμα του παγόβουνου σε σχέση με το φάσμα της νοσηρότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

## II. Εκτίμηση Επικράτησης Ψυχογενούς Βουλιμίας

Για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι κριτήρια:

- α. Η τιμή της Υποκλίμακας Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου της Βουλιμίας, (BITE-ΥΣ) ως ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 20. (BITE-Υποκλίμακα Συμπτωμάτων  $\geq 20$ ). Το κριτήριο αυτό, θεσπίστηκε από τους Henderson και Freeman (1987) και έχει γίνει αποδεκτό στη βιβλιογραφία (Dolan 1991). Θεωρείται ότι καταγράφει την ψυχοπαθολογία που καθορίζεται από τα κριτήρια Α και Γ του ICD-10 της ΠΟΥ και τα Α, Γ και Δ τους DSM-IV της APA. (Υπεραπασχόληση με τη Διατροφή - Υπερφαγία με απώλεια του ελέγχου - Νοσηρός φόβος πάχυνσης)
- β. Η τιμή της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου της Βουλιμίας, (BITE-ΥΒΣ), ως ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 5 (BITE-Υποκλίμακα Βαρύτητας  $\geq 5$ ). Το κριτήριο αυτό περιγράφει την βαρύτητα των συμπτωμάτων του συνδρόμου της Ψυχογενούς Βουλιμίας και θεωρείται ότι καταγράφει τόσο τα επεισόδια Υπερφαγίας, όσο και τις αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών, όπως περιγράφονται στα κριτήρια Α και Β της ICD-10 και του DSM-IV. Η οριακή αυτή τιμή  $\geq 5$  έχει καθορισθεί από τους Henderson και Freeman (1987).



γ. Η τιμή της Υποκλίμακας "Βουλιμία και Ενασχόληση με την Τροφή" του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (BET, EAT-26) να είναι ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 9. (BET, EAT-26  $\geq$  9). Το κριτήριο αυτό περιγράφει επίσης την Βουλιμική Ψυχοπαθολογία και εισάγεται από εμάς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας του Piran και συν (1989). Στην έρευνά μας η τιμή κατωφλίου προσδιορίστηκε βάσει των αποτελεσμάτων της παραπάνω εργασίας να είναι ίση ή μεγαλύτερη της ανώτερης τιμής της βαθμολογίας των ανορεκτικών ασθενών στην υποκλίμακα BET. Στην εργασία των Piran και συν (1989) η τιμή της EAT-16 BET ήταν 8,6 (Μ.Τ.) για ασθενείς με ΨΑ, έτσι καθορίστηκε η οριακή τιμή ως τιμή κατωφλίου η τιμή 9. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική υπόδειξη της G.Waller (1992) φαίνεται ότι, όταν χρησιμοποιούμε το ερωτηματολόγιο BITE και τις Υποκλίμακές του, με τιμές κατωφλίου 20 και 5 (συνολικά 25) δεν είναι δυνατή η διακρίβωση και ο εντοπισμός ανορεκτικών ασθενών με βουλιμική συμπτωματολογία. Άρα χρειάζεται ένα επιπλέον εργαλείο εκτίμησης και μέτρησης των βουλιμικών συμπτωμάτων και ως εκ τούτου επιλέχθηκε η υποκλίμακα BET του EAT-26.

δ. Οι απαντήσεις 3 και 4 (πολύ και πάρα πολύ) στην ερώτηση 60 του SCL-90R: "Πόσο σ' ενόχλησε, την τελευταία εβδομάδα, το να τρως υπερβολικά;" Το κριτήριο αυτό, θεωρήθηκε ότι περιγράφει την ψυχοπαθολογία του κριτηρίου Α της ICD-10 και του DSM-IV και εισήχθη από εμάς, για τις ανάγκες της παρούσης εργασίας, χωρίς βιβλιογραφική υποστήριξη, με σκοπό την εκτίμηση της συχνότητας των επεισοδίων υπερφαγίας και της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) που χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας βουλιμικού τύπου και σημαντικό βαθμό ενόχλησης χωρίς όμως αντιρροπιστικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών.

Έτσι λοιπόν, για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα κριτήρια (1<sup>ο</sup>.BITE-ΥΣ>20, 1β.BITE-ΥΒΣ>5, 2<sup>ο</sup>.EAT-26,BET>9,2β.Ερώτηση 60 του SCL-90R με απαντήσεις 3 και 4) λαμβάνουμε τα παρακάτω αποτελέσματα (Πίνακας 99).



Πίνακας 99: Εκτίμηση Επικράτησης Ψυχογενούς Βουλιμίας

Εκτίμηση επικράτησης με κριτήρια	Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)	Σύνολο (%)
1)Ερωτηματολόγιο BITE - α) Υποκλίμακα συμπτωμάτων, βαθμολογία $\geq 20$	1 (0,3)	12 (2,5)	13 (1,5)
1)Ερωτηματολόγιο BITE - β) Υποκλίμακα βαρύτητας, βαθμολογία $\geq 5$	9 (2,4)	58 (12,3)	67 (7,8)
α και β	1 (0,3)	3 (0,6)	4 (0,5)
2) (α) EAT-26, BET $\geq 9$	1 (0,3)	5 (1,1)	6 (0,7)
SCL-90R=3 ή 4)	48 (12,4)	95 (20,2)	143 (16,7)
(α) και (β)	-	3 (0,6)	3 (0,4)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, 1 μαθητής (0,3%) και 12 μαθήτριες (2,5%), εκπληρώνουν το κριτήριο 1<sup>ο</sup>. (13 μαθητές και μαθήτριες, 1,5% επί του συνόλου) δηλαδή έχουν βαθμολογία της υποκλίμακας συμπτωμάτων του BITE ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου 20. Το κριτήριο 1β εκπληρώνουν 9 μαθητές (2,4%) και 58 μαθήτριες(12,3%) που σημαίνει ότι 67 μαθητές και μαθήτριες 7,8% στο σύνολο έχουν βαθμολογία της υποκλίμακας βαρύτητας των συμπτωμάτων του BITE ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου 5. Τα κριτήρια 1<sup>ο</sup> και 1β ταυτοχρόνως εκπληρώνουν 4 άτομα (0,5%), 1 μαθητής(0,3%) και 3 μαθήτριες (0,6%). Επομένως φαίνεται ότι 1 μαθητής και 3 μαθήτριες έχουν υψηλή βαθμολογία τόσο στην υποκλίμακα συμπτωμάτων του BITE όσο και στην υποκλίμακα βαρύτητας των συμπτωμάτων ταυτοχρόνως. Η διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των κριτηρίων 1<sup>ο</sup> (BITE-ΥΣ) και 1β (BITE-ΥΒΣ) έδειξε :

Pearson Chi-square=51,447 df=4, Asymp.Sig,2-Sided=0.0001, Likelihood Ratio=45,226, df=1, Asymp.Sig.2-sided=0.0001, McNemar Test Exact Sig(2-sided)=0,0001



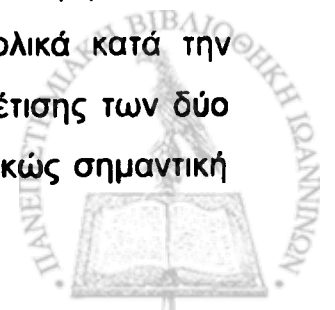
ότι υπάρχει στατιστικώς πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κριτηρίων αυτών και επομένως ότι μπορούν να ληφθούν υπόψη για την εκτίμηση της επικράτησης της ΨΒ τα κριτήρια αυτά δηλαδή το ερωτηματολόγιο BITE με τις δύο υποκλίμακές του, το οποίο φαίνεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο επιδημιολογικής έρευνας της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Σύμφωνα με τα παραπάνω βάσει των κριτηρίων 1<sup>ο</sup> και 1β, η εκτίμηση της επικράτησης της ΨΒ είναι 0,5% στο σύνολο και ειδικότερα 0,3% στα αγόρια και 0,6% στα κορίτσια.

Ως προς το κριτήριο 2<sup>ο</sup> (EAT-26 BET>9) 1 μαθητής(0,3%) και 5 μαθήτριες (1,1%) κατατάσσονται στους, πολύ πιθανόν πάσχοντες από διαταραχή διατροφής με βουλιμική συμπτωματολογία (0,7 στο σύνολο του δείγματος). Η διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των κριτηρίων 1<sup>ο</sup> (BITE-ΥΣ) και 2<sup>ο</sup> (EAT-26 BET) δείχνει ότι υπάρχει στατιστικώς πολύ σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών κριτηρίων: (Pearson Chi-square Value=170,991, df=2, Likelihood Ratio=27,605,df=2,Asymp.Sig.(2-Sided)=0,0001).

Επίσης, κατά την διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των κριτηρίων 1β(BITE-ΥΒΣ) και 2<sup>ο</sup> (EAT-26 BET) διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των δύο αυτών κριτηρίων : (Pearson chi-square Value=0.681 df=2 Asymp.Sig(2-sided)=0,712, Likelihood Ratio=0,534, df=2, Asymp.Sig(2-sided)=0,766).

Βάσει των ανωτέρω η εκτίμηση της επικράτησης που γίνεται σύμφωνα με τα κριτήρια 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> , φαίνεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,7 και 1,5 στο σύνολο μαθητών και μαθητριών.

Εν συνεχεία σύμφωνα με το κριτήριο 2β (ερώτηση 60 του SCL-90R, με απαντήσεις 3 και 4, 16,7% του συνόλου των μαθητών και μαθητριών του δείγματός μας (48 αγόρια, 12,4% και 95 κορίτσια, 20,2%), αναφέρουν ότι ενοχλήθηκαν πολύ και πάρα πολύ από το να τρώνε υπερβολικά κατά την τελευταία εβδομάδα. Από την διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των δύο αυτών κριτηρίων (2<sup>ο</sup> και 2β) προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική



συσχέτιση μεταξύ των δύο παραπάνω κριτηρίων:(Pearson Chi-square Value=7,354, df=4, Asymp.Sig.(2-sided)=0,118, Likelihood Ratio=5,163, df=4,Asymp.Sig.(2-sided)=0,271). Πιθανώς λοιπόν τα παραπάνω ποσοστά απλώς να παρέχουν κάποιες ενδείξεις σχετικά με την πιθανή επικράτηση της επεισοδιακής υπερφαγίας στους μαθητές και τις μαθήτριες και επομένως η εκτίμηση της επικράτησης της διαταραχής αυτής (Binge Eating Disorder) να κυμαίνεται στο 16,7% στο σύνολο, 12,4% στα αγόρια και 20,2% στα κορίτσια. Τα παραπάνω δεδομένα καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 100: Εκτίμηση Επικράτησης ΨΒ

	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Πιθανή ΨΒ (κριτήρια Α και Β)	1 (0,3%)	3(0,6%)	4(0,5%)
Βουλιμική Συμπτωματολογία (Υπερφαγία-έμετοι)	1(0,3%)	5(1,1%)	6(0,7%)
Επεισόδια Υπερφαγίας	48(12,4%)	95(20,2%)	143(16,7%)
Επεισόδια Υπερφαγίας και Αποβολή Τροφών	0	3(0,6%)	3(0,4%)

Συμπερασματικά, με βάση όλα τα παραπάνω ευρήματα, η εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας στους εφήβους μαθητές και μαθήτριες Λυκείου του Νομού Ιωαννίνων είναι 0,3% για τα αγόρια-μαθητές ενώ στα κορίτσια-μαθήτριες κυμαίνεται μεταξύ 0,6% και 1,1%.

Τα παραπάνω ευρήματα συγκρίνονται με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας στο επόμενο κεφάλαιο (βλέπε κεφ. Συζήτηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων).



## Ι. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Στην ενότητα αυτή καταγράφονται οι διαπιστωθείσες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών κατόπιν στατιστικής επεξεργασίας. Η στατιστική ανάλυση έγινε θεωρώντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις ολικές βαθμολογίες των δύο ερωτηματολογίων ανίχνευσης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, δηλαδή την παράμετρο της ολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου των Συνηθειών Διατροφής, EAT-26(OB) και την παράμετρο της ολικής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Βουλιμίας του Εδιμβούργου BITE -(OB). Η στατιστική μεθοδολογία έγινε βήμα προς βήμα, κατά στάδια, ώστε τα αποτελέσματα να είναι περισσότερο έγκυρα, επειδή οι μεταβλητές είναι πολλές και δεν ήταν δυνατόν να εισαχθούν όλες ταυτοχρόνως στο μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης.. Τα στάδια αυτά ήταν τα εξής:

α) Η μονομεταβλητή διερεύνηση της σχέσης των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής (EAT-26, OB και BITE, OB) με τις παραμέτρους των δημογραφικών και των σωματομετρικών στοιχείων, των συνηθειών διατροφής, της σωματικής άσκησης, του ιστορικού εμμηνορρυσίας για τα κορίτσια και ψυχοπαθολογίας, χωριστά για την κάθε μία από τις παραπάνω, σε αγόρια - κορίτσια, όπου μελετήθηκε η συμπεριφορά των μεταβλητών της έρευνας μας με τη μέθοδο  $\chi^2$  που είναι κατάλληλη για συσχετίσεις ποιοτικών ή διατάξιμων μεταβλητών, όπως είναι οι περισσότερες της έρευνας μας και έγινε προσπάθεια να γίνει έλεγχος του κατά πόσο οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Με την παραπάνω προσέγγιση έγινε η πρώτη επιλογή των μεταβλητών που επηρεάζουν τις παθολογικές συμπεριφορές διατροφής. Εν συνέχεια, στο επόμενο στάδιο έγινε περαιτέρω στατιστική επεξεργασία.

β) Η πολυμεταβλητή διερεύνηση της σχέσης των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής(ανεξάρτητες μεταβλητές) με τις υπόλοιπες μεταβλητές που βρέθηκαν συσχετίσεις, με τη μεθοδολογία της Λογιστικής Παλινδρόμησης (Logistic Regression) που είναι μία πολυπαραγοντική στατιστική τεχνική για την εκτίμηση της πιθανότητας να συμβεί ή να μη συμβεί ένα γεγονός με βάση τις τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών. Είναι δε η τεχνική αυτή κατάλληλη όταν η προς



διερεύνηση μεταβλητή λαμβάνει δύο τιμές (π.χ. EAT-26 (OB)  $\geq 20$  και EAT-26 (OB)  $< 20$  ή αντιστοίχως BITE (OB)  $\geq 25$  και BITE (OB)  $< 25$ ).

Βάσει της παραπάνω στατιστικής μεθοδολογίας προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα:

### I. Σχέση της παραμέτρου Ολική Βαθμολογία του EAT-26 με όλες τις άλλες μεταβλητές

Μελετήθηκε η μεταβλητή Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου των Συνηθειών Διατροφής EAT-26 (OB) σε σχέση με όλες τις άλλες παραμέτρους (φύλο, ηλικία, επάγγελμα πατέρα, επάγγελμα μητέρας, φοίτηση σε αστικά ή μη αστικά λύκεια, σχολική επίδοση, δείκτης σωματικής μάζας, συχνότητα γευμάτων, συμβουλή για διαίτα, μέλος κέντρου αδυνατίσματος, πρόβλημα διατροφή, προσδιορισμός προβλήματος διατροφής, ενασχόληση με χορό, ενασχόληση με μπαλέτο, ενασχόληση με πάλη, ενασχόληση με κωπηλασία, κανονική περίοδος και αιμηνόρροια). Η μεταβλητή EAT - 26 είχε δύο τιμές: EAT-26  $\geq 20$  και EAT-26  $< 20$ . Η στατιστική ανάλυση έγινε με το test ανεξαρτησίας  $\chi^2$  και τα αποτελέσματα παρατίθενται παρακάτω χωριστά σε αγόρια - κορίτσια. Η δοκιμασία γίνεται χωριστά για αγόρια - κορίτσια, αφ ενός επειδή βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ EAT-26 (OB) και φύλου (βλ. πίνακα 101 ), αλλά και επειδή φαίνεται ότι οι επιδράσεις των παραμέτρων που επηρεάζουν τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων γίνονται διαφορετικά στα αγόρια και στα κορίτσια.

Πίνακας 101: EAT-26 (OB) σε αγόρια - κορίτσια

EAT-26 (OB)	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
$\geq 20$	20	119	139
$< 20$	365	350	715
Σύνολο	385	469	854

$\chi^2=63,174$   $df=1$  Asymp. Sig(2-sided)=0,000  $p<0,0001^*$





## Α' ΑΓΟΡΙΑ

α. Συσχετίσεις της μεταβλητής EAT-26 (OB) στα Αγόρια

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 102: Συσχετίσεις της EAT-26(OB) με τις μεταβλητές των Δημογραφικών Στοιχείων στα Αγόρια

	$\chi^2$	df	Asymp. Sig (2-sided)	p
Ηλικία	5,096	5	0,404	ο.σ.σ.
Επάγγελμα πατέρα	1,379	5	0,927	ο.σ.σ.
Επάγγελμα μητέρας	4,673	5	0,457	ο.σ.σ.
Αστικά - μη Αστικά	2,190	1	0,139	ο.σ.σ.
Σχολική επίδοση	7,007	4	0,136	ο.σ.σ.

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ EAT-26(OB) και των παραμέτρων των δημογραφικών στοιχείων στα αγόρια.

Σωματομετρικά Χαρακτηριστικά

Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της μεταβλητής EAT-26(OB), όπως έχει ταξινομηθεί σε 2 ομάδες (1. EAT-26 OB  $\geq 20$  , 2. EAT-26 OB  $< 20$ ) και του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που ταξινομήθηκε σε 4 κατηγορίες : (1:  $\Delta\Sigma M \leq 17,5$  2:  $17,5 < \Delta\Sigma M \leq 19$ , 3:  $19 < \Delta\Sigma M < 25$  και 4:  $\Delta\Sigma M > 25$ ) καθώς και μεταξύ της μεταβλητής EAT-26 και της μεταβλητής Εκτίμηση/Αυτοαξιολόγηση του Σωματικού Βάρους, που έχει ταξινομηθεί σε 5 κατηγορίες (1: πολύ πιο κάτω από το κανονικό 2: κάτω από το κανονικό 3: κανονικό 4: πάνω από το κανονικό 5: πολύ πιο πάνω από το κανονικό) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα :



Πίνακας 103: Συσχετίσεις της EAT -26 με μεταβλητές Σωματομετρικών Στοιχείων

EAT -26	$\chi^2$	df	Asymp. Sig (2-sided)
ΔΣΜ	3,890	3	0,274
Εκτίμηση Σ.Β	9,102	4	0,059

Φαίνεται λοιπόν, ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και του Δείκτη Σωματικής Μάζας, καθώς και μεταξύ της EAT-26 και της Εκτίμησης/Αυτοαξιολόγησης του Σωματικού Βάρους στα Αγόρια.

#### Συνήθειες Διατροφής και Συμπεριφορές Δίαιτας

Διερευνήθηκε η συσχέτιση της EAT-26 (OB) και των παραμέτρων των γευμάτων: λήψη πρωινού γεύματος, λήψη μεσημεριανού, λήψη βραδυνού και λήψη ενδιάμεσων γευμάτων (όπως έχουν ταξινομηθεί οι απαντήσεις: καθημερινά, 5 φορές / εβδ., 3 φορές/ εβδ., 1 μέρα / εβδ., ποτέ) καθώς επίσης και η συσχέτιση της EAT-26 (OB) και των παραμέτρων που αναφέρονται στη συμπεριφορά Δίαιτας: συμβουλή για δίαιτα, μέλος κέντρου αδυνατίσματος, πρόβλημα διατροφής και προσδιορισμός προβλήματος διατροφής. Τα αποτελέσματα είναι τα παρακάτω:

Πίνακας 104: Συσχετίσεις EAT - 26(OB) με μεταβλητές Συνηθειών Διατροφής και Συμπεριφορά Δίαιτας στα Αγόρια

EAT-26(OB)	$\chi^2$	df	Asymp. Sig (2-sided)	p
Πρωινό	2,334	4	0,675	ο.σ.σ.
Μεσημεριανό	5,257	4	0,154	ο.σ.σ.
Βραδυνό	4,847	4	0,303	ο.σ.σ.
Ενδιάμεσα*	11,624	4	0,020	ο.σ.σ.
Συμβουλή	0,170	1	0,506	ο.σ.σ.



για δίαιτα				
Μέλος κέντρου**				ο.σ.σ.
Πρόβλημα διατροφής	0,224	1	0,636	ο.σ.σ.
Προσδ/σμός Προβλ/τος Διατροφής	1,074	5	0,956	ο.σ.σ.

\*Δεν είναι αξιόπιστη η δοκιμασία επειδή 4 τιμές (40%) είναι μικρότερες του 5, με μικρότερη προσδοκόμενη τιμή 1,56

\*\* Δεν μπορεί να γίνει δοκιμασία ανεξαρτησίας, επειδή όλες οι απαντήσεις είναι ίδιες

Φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεταβλητής EAT-26(OB) και των ανωτέρω μεταβλητών που αφορούν στις συνήθειες Διατροφής και τις συμπεριφορές Δίαιτας, στα Αγόρια.

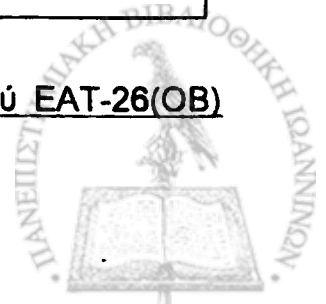
### Σωματική Άσκηση

Διερευνήθηκε η σχέση της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 με τις μεταβλητές, Ενασχόληση με χορό, Ενασχόληση με μπαλέτο, Ενασχόληση με πάλη, και Ενασχόληση με κωπηλασία.

Πίνακας 105: Συσχετίσεις της μεταβλητής EAT-26(OB) με τις μεταβλητές Σωματικής Άσκησης

EAT-26(OB)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Χορός	0,761	1	0,383	ο.σ.σ.
Μπαλέτο	0,334	1	0,563	ο.σ.σ.
Πάλη	0,000	1	0,984	ο.σ.σ.
Κωπηλασία	0,184	1	0,668	ο.σ.σ.

Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ EAT-26(OB) και των παραμέτρων της Σωματικής Άσκησης στα Αγόρια.



Συμπερασματικά, από την στατιστική ανάλυση μελέτης της ανεξαρτησίας της μεταβλητής Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής, EAT-26(OB), σε σχέση με τις παραπάνω μεταβλητές, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των, δηλ. ότι η μεταβλητή EAT-26(OB) είναι ανεξάρτητη σε σχέση με τις παραπάνω, στα αγόρια.

Πίνακας 106: Συσχετίσεις EAT-26 (OB) με μεταβλητές Ψυχοπαθολογίας στα αγόρια

SCL-90R	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
ΓΔΣ	0,464	1	0,496	ο.σ.σ
ΣΘΣ	0,008	1	0,928	ο.σ.σ
ΔΕΘΣ	4,139	1	0,042	0,035*
Σωματοποίηση	0,129	1	0,719	ο.σ.σ.
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	1,843	1	0,175	ο.σ.σ
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,458	1	0,227	ο.σ.σ.
Κατάθλιψη	0,067	1	0,796	ο.σ.σ.
Άγχος	0,238	1	0,625	ο.σ.σ.
Θυμός Επιθετικότητα	0,865	1	0,352	ο.σ.σ.
Φοβικό Άγχος	8,469	1	0,004	0,004
Παρανοειδής Ιδεασμός	0,111	1	0,738	ο.σ.σ.
Ψυχωτισμός	0,018	1	0,895	ο.σ.σ.

Ως προς τη σχέση μεταξύ EAT-OB και Ψυχοπαθολογίας στα αγόρια, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στον Δείκτη Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα ( $p < 0,035$ ) και στην Υποκλίμακα Φοβικό Άγχος ( $p < 0,004$ ).

Β' ΚΟΡΙΤΣΙΑ

β. Συσχετίσεις της μεταβλητής EAT-26(OB) στα Κορίτσια



Δημογραφικά Στοιχεία

Πίνακας 107: Συσχετίσεις της EAT-26(OB) με τις μεταβλητές των Δημογραφικών Στοιχείων στα Κορίτσια

	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Ηλικία	7,197	1	0,206	ο.σ.σ.
Επάγγελμα πατέρα	6,816	5	0,235	ο.σ.σ.
Επάγγελμα μητέρας	9,434	5	0,093	ο.σ.σ.
Αστικά - μη Αστικά	1,068	1	0,301	ο.σ.σ.
Σχολική επίδοση	6,570	1	0,160	ο.σ.σ.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της EAT-26(OB) και των μεταβλητών Ηλικία, Επάγγελμα πατέρα και μητέρας, φοίτηση σε αστικά - μη αστικά Λύκεια και Σχολική Επίδοση.

Σωματομετρικά στοιχεία

Διερευνήθηκε η συσχέτιση της EAT-26(OB) με τον ΔΣΜ και την μεταβλητή Εκτίμηση του Σωματικού Βάρους. Όπως στα αγόρια, η μεταβλητή ΔΣΜ είχε 4 κατηγορίες και η μεταβλητή Εκτίμηση Σωματικού Βάρους είχε 5.

Πίνακας 108: Συσχετίσεις της EAT -26 με μεταβλητές Σωματομετρικών Στοιχείων

EAT -26	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
ΔΣΜ	8,039	3	0,045	σ.σ.*
Εκτίμηση Σ.Β	33,617	4	0,000	σ.σ*

Βρέθηκε λοιπόν ότι, στα κορίτσια η μεταβλητή EAT-26(OB) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την μεταβλητή του Δείκτη Σωματικής Μάζας ( $p < 0,045$ ) καθώς

επίσης ότι η ίδια μεταβλητή EAT-26(OB) έχει στατιστικά πολύ σημαντική σχέση με την μεταβλητή Εκτίμηση Αυτοαξιολόγηση του Σωματικού Βάρους ( $p < 0,0001$ ).

#### Συνήθειες Διατροφής και Συμπεριφορές Δίαιτας

Διερευνήθηκε η συσχέτιση της EAT-26(OB) με τις αντίστοιχες μεταβλητές κατά τρόπο αντίστοιχο, όπως στα αγόρια.

Πίνακας 109: Συσχετίσεις EAT - 26(OB) με μεταβλητές Συνηθειών Διατροφής και Συμπεριφορά Δίαιτας

EAT-26(OB)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Πρωινό	4,969	4	0,290	ο.σ.σ.
Μεσημεριανό	4,028	4	0,402	ο.σ.σ.
Βραδυνό	31,797	4	0,000*	σ.σ.*
Ενδιάμεσα	11,320	4	0,023*	σ.σ.*
Συμβουλή για δίαιτα	16,336	1	0,000*	σ.σ.*
Μέλος κέντρου	1,763	1	0,184	ο.σ.σ.
Πρόβλημα διατροφής	5,182	1	0,023*	σ.σ.*
Προσδ/σμός Προβλ/τος Διατροφής	6,714	5	0,243	ο.σ.σ.

Βρέθηκε λοιπόν, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της EAT-26(OB) και των μεταβλητών Λήψη Βραδυνού γεύματος ( $p < 0,0001$ ), Λήψη Ενδιάμεσων Γευμάτων ( $p < 0,023$ ) και των μεταβλητών Πρόβλημα Διατροφής ( $p < 0,023$ ) και Συμβουλή για δίαιτα ( $p < 0,0001$ ).

#### Σωματική Άσκηση

Πίνακας 110: Συσχετίσεις της EAT-26(OB) με τις οικείες παραμέτρους



EAT-26(OB)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Χορός	2,358	1	0,125	ο.σ.σ.
Μπαλέτο	2,330	1	0,127	ο.σ.σ.
Πάλη	0,203	1	0,652	ο.σ.σ.
Κωπηλασία	0,001	1	0,980	ο.σ.σ.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της EAT-26(OB) και των Ενασχολήσεων με Χορό, Μπαλέτο, Πάλη και Κωπηλασία, στα κορίτσια.

### Ιστορικό Εμμηνορρυσίας

Διερευνήθηκε η σχέση της EAT-26(OB) και των μεταβλητών κανονικότητα ή μη της περιόδου καθώς και της διάρκειας Αμηνόρροιας (<3 μήνες, ≥ 3 μήνες).

Πίνακας 111: Συσχετίσεις της EAT-26(OB) με τις μεταβλητές Εμμηνορρυσίας.

EAT-26(OB)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Κανονική Περίοδος	0,054	1	0,816	ο.σ.σ.
Αμηνόρροια	0,163	1	0,687	ο.σ.σ.

Δεν υπάρχει λοιπόν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και των μεταβλητών Κανονική Περίοδος και διάρκεια Αμηνόρροιας.

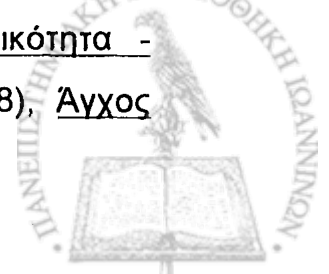
Συμπέρασμα: Από τη στατιστική ανάλυση της συσχέτισης της μεταβλητής EAT-26(OB) με όλες τις άλλες μεταβλητές δεν διαπιστώθηκε καμιά στατιστικά σημαντική σχέση στα αγόρια, εκτός των παραμέτρων ψυχοπαθολογίας ΔΕΘΣ και Φοβικό Αγχος. Αντιθέτως στα κορίτσια βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεταβλητής EAT-26(OB) και των μεταβλητών 1.Δείκτης Σωματικής Μάζας, 2.Εκτίμηση του σωματικού Βάρους, 3.Βραδυνό Γεύμα, 4.Ενδιάμεσα Γεύματα 5.Συμβουλή για Δίαιτα και 6.Προσδιορισμός Προβλήματος Διατροφής. Επομένως οι παραπάνω μεταβλητές θα αποτελέσουν τις ανεξάρτητες μεταβλητές κα μαζί με τις μεταβλητές ψυχοπαθολογίας θα

εισαχθούν στην επόμενη φάση της στατιστικής ανάλυσης με Λογιστική Παλινδρόμηση (Forward stepwise logistic regression) όπου η εξαρτημένη μεταβλητή θα είναι η Ολική Βαθμολογία του EAT-26 για να διακριβωθεί ποιές είναι οι μεταβλητές που επηρεάζουν τελικά την εξαρτημένη μεταβλητή EAT-26(OB). (βλέπε παρακάτω).

Πίνακας 112: Συσχετίσεις EAT-26 (OB) με μεταβλητές Ψυχοπαθολογίας στα κορίτσια

SCL-90R	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
ΓΔΣ	8,234	1	0,004	0,003*
ΣΘΣ	9,452	1	0,002	0,001*
ΔΕΘΣ	8,203	1	0,004	0,003*
Σωματοποίηση	1,714	1	0,191	ο.σ.σ.
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	5,889	1	0,015	0,010*
Διαπροσωπική Ευαισθησία	4,038	1	0,044	0,028*
Κατάθλιψη	2,855	1	0,091	ο.σ.σ.
Άγχος	3,826	1	0,050	0,032*
Θυμός Επιθετικότητα	17,422	1	0,000	0,000*
Φοβικό Άγχος	2,855	1	0,091	ο.σ.σ.
Παρανοειδής Ιδεασμός	0,277	1	0,598	ο.σ.σ.
Ψυχωτισμός	6,989	1	0,008	0,005*

Ως προς τις συσχετίσεις μεταξύ της μεταβλητής EAT-26(OB) και των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του SCL-90R φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του ΓΔΣ (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων) ( $p < 0,003$ ), του ΣΘΣ (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων  $p < 0,001$ ), του ΔΕΘΣ (Δείκτη Ενόχλησης από Θετικά Συμπτώματα  $p < 0,003$ ) αλλά και στις Υποκλίμακες Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα ( $p < 0,010$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,028$ ), Άγχος





( $p < 0,032$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,0001$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0,005$ ). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ EAT-26(OB) και της Υποκλίμακας της Κατάθλιψης. Επομένως οι μεταβλητές που προέκυψαν σύμφωνα με την προηγηθείσα μεθοδολογία, συνολικά 13, θα διερευνηθούν περαιτέρω στο επόμενο στάδιο της ανάλυσης.

## II. Σχέση της μεταβλητής Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου BITE με όλες τις άλλες μεταβλητές

Όπως έχει αναφερθεί στα προηγούμενα, η μεταβλητή Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου της Βουλιμίας (BITE) έχει ταξινομηθεί σε 2 κατηγορίες, την μια με τιμή ίση ή μεγαλύτερη της τιμής 25 (BITE - OB  $\geq 25$ ) και την άλλη με τιμή μικρότερη της τιμής αυτής, κι αυτό γιατί η ταξινόμηση αυτή διαχωρίζει τα άτομα, σε αυτά με παθολογική συμπεριφορά διατροφής τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας και στα άτομα χωρίς παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Σύμφωνα με τους σκοπούς της έρευνας πρέπει να διερευνηθεί η σχέση των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με τις άλλες παραμέτρους καθώς και με τις παραμέτρους της ψυχοπαθολογίας. Ως εκ τούτου, μελετήσαμε με το τεστ ανεξαρτησίας ( $\chi^2$ ) την σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του BITE με όλες τις άλλες μεταβλητές. Η ανάλυση όμως περιορίζεται στα κορίτσια επειδή ο αριθμός των αγοριών με BITE (OB)  $\geq 25$  είναι εξαιρετικά μικρός (N=1) και δεν επιτρέπει αξιόπιστη ανάλυση.

### Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 113: Συσχετίσεις της μεταβλητής BITE(OB) με τις παραμέτρους των Δημογραφικών Στοιχείων στα Κορίτσια

BITE(OB)	$\chi^2$	df	Asymp. Sig (2-sided)	p
Ηλικία	10,564	5	0,061	ο.σ.σ.
Επάγγελμα	2,371	5	0,796	ο.σ.σ.



πατέρα				
Επάγγελμα μητέρας*	31,700	5	0,000	
Αστικά - μη Αστικά	0,390	1	0,533	ο.σ.σ.
Σχολική επίδοση	0,921	4	0,922	ο.σ.σ.

\*Η δοκιμασία δεν είναι αξιόπιστη επειδή 50% των τιμών είναι μικρότερη του 5 και η ελάχιστη προσδοκώμενη τιμή είναι 0,06

Βρέθηκε ότι, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεταβλητής ΒΙΤΕ(ΟΒ) με τις μεταβλητές Ηλικία, Επάγγελμα πατέρα και μητέρας, φοίτηση σε αστικά - μη αστικά Λύκεια και Σχολικής Επίδοσης.

#### Σωματομετρικά στοιχεία

Αντιστοίχως από την διερεύνηση των συσχετίσεων της ΒΙΤΕ (ΟΒ) με τις μεταβλητές των σωματομετρικών στοιχείων, προέκυψε ο κάτωθι πίνακας.

Πίνακας 114: Συσχετίσεις της ΒΙΤΕ(ΟΒ) με τις παραμέτρους των Σωματομετρικών Στοιχείων

ΒΙΤΕ(ΟΒ)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
ΔΣΜ	44,834	3	0,000*	ο.α.
Εκτίμηση Σ.Β	2,371	5	0,796	ο.σ.σ

\*Η δοκιμασία δεν είναι αξιόπιστη επειδή 50% των τιμών είναι μικρότερη του 5 και η ελάχιστη προσδοκώμενη τιμή είναι 0,17

Όπου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεταβλητής ΒΙΤΕ(ΟΒ), του Δείκτη Σωματικής Μάζας καθώς και της Εκτίμησης/Αυτοαξιολόγησης του Σωματικού Βάρους.



Συνήθειες Διατροφής και Συμπεριφορές Δίαιτας

Διερευνήθηκε η συσχέτιση της ΒΙΤΕ(OB) με τις αντίστοιχες μεταβλητές.

Πίνακας 115: Συσχετίσεις ΒΙΤΕ(OB) με μεταβλητές Συνηθειών Διατροφής και Συμπεριφορά Δίαιτας

ΒΙΤΕ(OB)	$\chi^2$	df	Asymp. Sig (2-sided)	p
Πρωινό	6,562	4	0,161	ο.σ.σ.
Μεσημεριανό	25,026	4	0,000	ο.α.**
Βραδυνό	1,341	4	0,854	ο.σ.σ.
Ενδιάμεσα	1,798	4	0,773	ο.σ.σ.
Συμβουλή για δίαιτα	12,406	1	0,000*	σ.σ.*
Μέλος κέντρου	0,180	1	0,671	ο.σ.σ.
Πρόβλημα διατροφής	2,238	1	0,135	ο.σ.σ.
Προσδ/σμός Προβλ/τος Διατροφής	4,570	5	0,477	ο.σ.σ.

\*\*Η δοκιμασία δεν είναι αξιόπιστη επειδή 60% των τιμών είναι μικρότερη του 5 και η ελάχιστη προσδοκώμενη τιμή είναι 0,04

Από την παραπάνω ανάλυση, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεταβλητής ΒΙΤΕ(OB) με τη μεταβλητή Συμβουλή για Δίαιτα.



Σωματική Άσκηση

Πίνακας 116: Συσχετίσεις της ΒΙΤΕ(OB) με τις οικείες παραμέτρους

ΒΙΤΕ(OB)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Χορός	1,324	1	0,250	ο.σ.σ.
Μπαλέτο	2,085	1	0,149	ο.σ.σ.
Πάλη	7,005	1	0,008*	σ.σ.*
Κωπηλασία	0,160	1	0,690	ο.σ.σ.

Βρέθηκε ότι η μεταβλητή ΒΙΤΕ(OB) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη μεταβλητή Ενασχόληση με Πάλη.

Ιστορικό Εμμηνορρυσίας

Διερευνήθηκε η σχέση της ΒΙΤΕ(OB) και των μεταβλητών κανονικότητα ή μη της περιόδου καθώς και της διάρκειας Αμηνόρροιας (<3 μήνες,  $\geq 3$  μήνες).

Πίνακας 117: Συσχετίσεις της ΕΑΤ-26(OB) με τις μεταβλητές Εμμηνορρυσίας

ΒΙΤΕ(OB)	$\chi^2$	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
Κανονική Περίοδος	0,825	1	0,364	ο.σ.σ.
Αμηνόρροια	0,325	1	0,569	ο.σ.σ.

Βρέθηκε λοιπόν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και των μεταβλητών Ακανόνιστη Περίοδος και διάρκεια Αμηνόρροιας.



Ψυχοπαθολογία

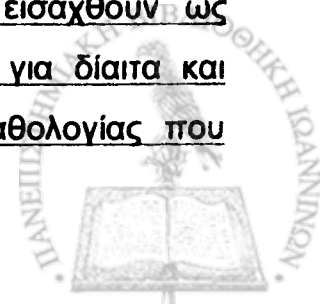
Πίνακας 118: Συσχετίσεις ΒΙΤΕ (ΟΒ) με μεταβλητές Ψυχοπαθολογίας στα κορίτσια

SCL-90R	x <sup>2</sup>	df	Asymp.Sig (2-sided)	p
ΓΔΣ	1,955	1	0,162	ο.σ.σ
ΣΘΣ	1,553	1	0,213	ο.σ.σ
ΔΕΘΣ	1,128	1	0,288	ο.σ.σ.
Σωματοποίηση	4,070	1	0,044	0,044*
Ψυχαναγκ/τητα Καταναγκ/τητα	3,174	1	0,075	ο.σ.σ
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0,119	1	0,730	ο.σ.σ.
Κατάθλιψη	4,021	1	0,045	0,046*
Άγχος	0,408	1	0,523	ο.σ.σ.
Θυμός Επιθετικότητα	4,542	1	0,033	0,028*
Φοβικό Άγχος	0,333	1	0,564	ο.σ.σ.
Παρανοειδής Ιδεασμός	0,188	1	0,664	ο.σ.σ.
Ψυχωτισμός	1,955	1	0,162	ο.σ.σ.

Ως προς τη σχέση της μεταβλητής ΒΙΤΕ(ΟΒ) και της Ψυχοπαθολογίας στα κορίτσια βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0,044$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0,046$ ) και Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,028$ ).

Συμπέρασμα : Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και των μεταβλητών Συμβουλή για Δίαιτα και Ενασχόληση με Πάλη, καθώς και με τις μεταβλητές Ψυχοπαθολογίας Σωματοποίηση, Κατάθλιψη και Θυμός- Επιθετικότητα.

Επομένως στο μοντέλο της Λογιστικής Παλινδρόμησης θα εισαχθούν ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι παραπάνω μεταβλητές (Συμβουλή για δίαιτα και Ενασχόληση με πάλη, καθώς και οι μεταβλητές της ψυχοπαθολογίας που



βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη μεταβλητή BITE(OB), (Σωματοποίηση, Κατάθλιψη, Θυμός - Επιθετικότητα)

Παρακάτω παρατίθενται τα δεδομένα από το επόμενο βήμα της στατιστικής επεξεργασίας με την μεθοδολογία της λογιστικής παλινδρόμησης.

3. Λογιστική Παλινδρόμηση με την μεταβλητή EAT-26(OB) ως εξαρτημένη μεταβλητή στα κορίτσια

Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα η μεταβλητή EAT-26(OB) βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις παρακάτω παραμέτρους (στα κορίτσια).

- 1) Δείκτης Σωματικής Μάζας
- 2) Εκτίμηση Σωματικού Βάρους
- 3) Πρόσληψη βραδινού γεύματος
- 4) Πρόσληψη ενδιάμεσων γευμάτων
- 5) Συμβουλή για δίαιτα
- 6) Πρόβλημα διατροφής
- 7) Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων
- 8) Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων
- 9) Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων
- 10) Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα
- 11) Διαπροσωπική Ευαισθησία
- 12) Άγχος
- 13) Θυμός - Επιθετικότητα
- 14) Ψυχωτισμός

Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο Forward stepwise logistic regression για να διαπιστωθεί ποιες από τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές και με πιο τρόπο επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή EAT-26(OB), βάσει της στατιστικής εξίσωσης  $Odds = p(y=1)/p(y=0)$ , όπου  $y$  η εξαρτημένη μεταβλητή με τιμές 0 και 1, όπου για τα δεδομένα της έρευνάς μας γίνεται :

$Odds = p(EAT-26 \text{ OB} \geq 20) / p(EAT-26 \text{ OB} < 20)$  Εάν κατά την ανάλυση προκύψει ότι:

$B > 0$ , σημαίνει ότι το πηλίκο Odds αυξάνει κατά παράγοντα  $Exp(B)$ ,

$B < 0$ , σημαίνει ότι το πηλίκο Odds μειώνεται κατά παράγοντα  $Exp(B)$



Η εφαρμογή του παραπάνω μοντέλου στατιστικής ανάλυσης είχε τα κάτωθι αποτελέσματα:

Πίνακας 119 : Λογιστική Παλινδρόμηση Forward Stepwise Logistic Regression EAT-26(OB) εξαρτημένη μεταβλητή. Μεταβλητές που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B	SE	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
<b>Εκτίμηση Σωματικού Βάρους</b>			21,2374	4	0,0003*	0,1609	
Πολύ πιο πάνω(1)							
Πολύ πιο κάτω	-2,2233	1,1925	3,4757	1	0,0623	-0,0537	0,1083
Κάτω	-2,3386	0,6330	13,6500	1	0,0002	-0,1510	0,0965
Κανονικό	-1,6482	0,4915	11,2436	1	0,0008	-0,1345	0,1924
Πάνω	-0,9802	0,4861	4,0659	1	0,0438	-0,0636	0,3752
<b>Συμβουλή για δίαιτα</b>							
όχι(1)							
ναι	0,9071	0,3471	6,8284	1	0,0090*	0,0972	2,4772
<b>Θυμός / Επιθετικότητα</b>							
	0,4441	0,1253	12,5615	1	0,0004*	0,1437	1,5590

(1) : Κατηγορία αναφοράς

Βρέθηκε λοιπόν, ότι οι παραπάνω μεταβλητές Εκτίμηση Σωματικού Βάρους, Συμβουλή για δίαιτα και Θυμός / Επιθετικότητα επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή EAT-26(OB). Αντιθέτως, οι μεταβλητές που βρέθηκε ότι δεν επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή EAT-26(OB) είναι οι υπόλοιπες και τα αποτελέσματα της ανάλυσης είναι τα παρακάτω.



Πίνακας 120: Λογιστική Παλινδρόμηση Forward Stepwise Logistic Regression  
EAT-26(OB) εξαρτημένη μεταβλητή. Μεταβλητές που βρέθηκε ότι δεν  
επηρεάζουν

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Score	df	Sig	R
<b>Δείκτης Σωματικής Μάζας</b>	1,3266	3	0,7228	0,0000
>25*				
≤17,5	0,9718	1	0,3242	0,0000
17,5< ≤19	0,0001	1	0,9907	0,0000
19 < ≤25	0,4380	1	0,5081	0,0000
<b>τωρινό BMI</b>	0,2592	1	0,6107	0,0000
<b>Λήψη Βραδινού ποτέ(1)</b>	2,3741	4	0,6673	0,0000
καθημερινά	1,9575	1	0,1618	0,0000
5μ./εβδομάδα	0,5947	1	0,4406	0,0000
3μ./εβδομάδα	1,3910	1	0,2382	0,0000
1μ./εβδομάδα	0,0002	1	0,9900	0,0000
<b>Λήψη Ενδιάμεσων γευμάτων</b>	7,4348	4	0,1146	0,0000
ποτέ*				
καθημερινά	3,8788	1	0,0489	0,0606
5μ./εβδομάδα	0,2715	1	0,6023	0,0000
3μ./εβδομάδα	0,0678	1	0,7945	0,0000
1μ./εβδομάδα	0,5846	1	0,4445	0,0000
<b>Πρόβλημα Διατροφής</b>				
όχι*				
ναι	1,1522	1	0,2831	0,0000
<b>Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων</b>	0,1073	1	0,7433	0,0000
<b>Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων</b>	0,0884	1	0,7662	0,0000
<b>Δείκτης Ενόχλησης Θετικών</b>				





Συμπτωμάτων	1,2048	1	0,2724	0,0000
Ψυχαναγκαστικότητα/ Καταναγκαστικότητα	0,0549	1	0,8147	0,0000
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,2232	1	0,2687	0,0000
Άγχος	0,0272	1	0,8691	0,0000
Ψυχωτισμός	0,2693	1	0,6038	0,0000

\*Κατηγορία αναφοράς

### Συμπεράσματα:

1. Ως προς την μεταβλητή Εκτίμηση του Σωματικού Βάρους, βρέθηκε ότι εάν η εκτίμηση του Σωματικού Βάρους είναι, ότι το σωματικό βάρος είναι «πολύ πιο κάτω από το κανονικό»(1), τότε σε σχέση με την εκτίμηση του σωματικού βάρους «πολύ πιο πάνω από το κανονικό» (5, κατηγορία αναφοράς) το πηλίκο πιθανοτήτων  $Odds = p(EAT-26 \text{ OB} \geq 20) / p(EAT-26 \text{ OB} < 20)$  μειώνεται κατά παράγοντα 0,1448. Εάν η εκτίμηση του σωματικού βάρους είναι ότι το βάρος είναι πιο κάτω από το κανονικό (2) τότε, σε σχέση με την εκτίμηση του σωματικού ως πολύ πιο πάνω από το κανονικό (5), το πηλίκο πιθανοτήτων Odds μειώνεται κατά παράγοντα 0,1167.

Εάν η εκτίμηση του σωματικού βάρους είναι ότι το βάρος είναι κανονικό (3) τότε, σε σχέση με την εκτίμηση ότι το βάρος είναι πολύ πιο πάνω από το κανονικό (5) το πηλίκο πιθανοτήτων Odds μειώνεται κατά παράγοντα 0,2094. Εάν η εκτίμηση του σωματικού βάρους είναι ότι το βάρος είναι πιο πάνω από το κανονικό (4) τότε, σε σχέση με την εκτίμηση ότι το είναι πολύ πιο πάνω από το κανονικό (5) το πηλίκο πιθανοτήτων Odds μειώνεται κατά παράγοντα 0,3593. Δηλαδή, αφ' ενός η συσχέτιση Εκτίμησης Σωματικού Βάρους και EAT-26(OB) είναι αρνητική και αφ' ετέρου κατά την μετάβαση και μεταβολή των εκτιμήσεων του σωματικού βάρους στην κατάταξη, πολύ πιο κάτω από το κανονικό → κάτω από το κανονικό → κανονικό → πάνω από το κανονικό, (σε σχέση με ) → πολύ πιο πάνω από το κανονικό, το πηλίκο πιθανοτήτων μειώνεται κατά παράγοντα μεγαλύτερο, επομένως το πηλίκο (ο σχετικός κίνδυνος) μειώνεται περισσότερο.



2. Εάν υπάρχει συμβουλή για δίαιτα αυξάνεται το πηλίο πιθανοτήτων Odds κατά παράγοντα 2,4517 (θετική συσχέτιση) που σημαίνει ότι αυξάνεται η πιθανότητα για  $EAT-26(OB) \geq 20$  ή μειώνεται η πιθανότητα για  $EAT-26(OB) < 20$  δηλαδή αυξάνεται η πιθανότητα για εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τύπου Ψυχογενούς Ανορεξίας.
3. Εάν η τιμή της υποκλίμακας Θυμός - Επιθετικότητα αυξηθεί κατά μία μονάδα τότε το πηλίο πιθανοτήτων Odds αυξάνεται κατά παράγοντα 2,4517(θετική συσχέτιση).

Αξίζει να διευκρινιστεί ότι μείωση του Odds σημαίνει αύξηση της πιθανότητας να είναι  $EAT-26(OB) < 20$  ή μείωση της πιθανότητας να είναι  $EAT-26(OB) \geq 20$  και επομένως μείωση του κινδύνου για εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής. Αντιθέτως αύξηση του Odds σημαίνει μείωση της πιθανότητας να είναι  $EAT-26(OB) < 20$  ή αύξηση της πιθανότητας να είναι  $EAT-26(OB) \geq 20$  και συνεπώς αύξηση του κινδύνου για εκδήλωση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής όπως στο σύνδρομο της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Τελικώς, σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση οι μεταβλητές Εκτίμηση Σωματικού Βάρους, που αντιπροσωπεύει τους παράγοντες που καθορίζουν την διαμόρφωση της αντίληψης της εικόνας του σώματος, Συμβουλή για Δίαιτα, που εμπεριέχει τις κοινωνικοπολιτιστικές επιδράσεις στις γυναίκες για λεπτό σώμα και την ισχυρότητα και η υποκλίμακα ψυχοπαθολογίας Θυμός - Επιθετικότητα, που αντικατοπτρίζει την ψυχολογική σύγκρουση της προνοσηράς προσωπικότητας του υποκειμένου, αποτελούν τους παράγοντες που συμμετέχουν αιτιολογικά στην εκδήλωση και ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών διατροφής όπως παρουσιάζονται στην Ψυχογενή Ανορεξία.

4. Λογιστική Παλινδρόμηση με τη μεταβλητή BITE (OB) ως εξαρτημένη μεταβλητή στα κορίτσια.

Όπως έχει αναφερθεί στα προηγούμενα βρέθηκε ότι η μεταβλητή Ολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου της βουλιμίας BITE(OB) έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις κάτωθι μεταβλητές (στα κορίτσια):

- 1) Συμβουλή για Δίαιτα



- 2) Ενασχόληση με πάλη
- 3) Σωματοποίηση
- 4) Κατάθλιψη
- 5) Θυμός / επιθετικότητα

Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο στατιστικής ανάλυσης Forward stepwise logistic regression με εξαρτημένη μεταβλητή την παράμετρο ΒΙΤΕ (OB) και ανεξάρτητες μεταβλητές τις παραπάνω. Τα αποτελέσματα είναι τα κάτωθι:

Πίνακας 121: Λογιστική Παλινδρόμηση. ΒΙΤΕ(OB) ως εξαρτημένη μεταβλητή. Μεταβλητές που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	S.E	Ward	df	Sig.	R	Exp(B)
<b>Συμβουλή για δίαιτα</b>							
όχι*							
ναι	2,4077	0,7833	9,4483	1	0,0021	0,3040	11,1088
<b>Ενασχόληση με πάλη</b>							
όχι*							
ναι	2,5655	1,2560	4,1720	1	0,0411	0,1641	13,0078
<b>Σωματοποίηση</b>	1,4368	0,5053	8,0843	1	0,0045	0,2747	4,2074

\*Κατηγορία αναφοράς

Βρέθηκε λοιπόν ότι οι μεταβλητές Συμβουλή για δίαιτα, Ενασχόληση με πάλη και Σωματοποίηση, επηρεάζουν τη μεταβλητή ολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου βουλιμίας ΒΙΤΕ(OB). Αντιθέτως, βρέθηκε ότι δεν επηρεάζουν οι παρακάτω λοιπές μεταβλητές.



Πίνακας 122: Λογιστική Παλινδρόμηση. BITE(OB) ως εξαρτημένη μεταβλητή. Μεταβλητές που δεν επηρεάζουν.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Score	df	Sig	R
Κατάθλιψη	0,0043	1	0,9476	0,0000
Θυμός / Επιθετικότητα	0,0390	1	0,8435	0,0000

Χρησιμοποιώντας την εξίσωση  $Odds = p(BITE-OB \geq 25) / p(BITE-OB < 25)$  και τις προϋποθέσεις ότι εάν  $B > 0$  σημαίνει ότι το πηλίκο πιθανοτήτων Odds αυξάνεται κατά παράγοντα  $Exp(B)$  και ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ενώ εάν  $B < 0$  το πηλίκο πιθανοτήτων Odds μειώνεται κατά παράγοντα  $Exp(B)$  και επομένως ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση. Επομένως για τις ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν την μεταβλητή BITE(OB) εξάγονται τα ακόλουθα συμπεράσματα (στα κορίτσια):

- 1) Εάν υπάρχει συμβουλή για δίαιτα αυξάνεται το πηλίκο πιθανοτήτων Odds κατά παράγοντα 11,0639 (θετική συσχέτιση) που σημαίνει ότι αυξάνεται η πιθανότητα για  $BITE(OB) \geq 25$  ή μειώνεται η πιθανότητα για  $BITE(OB) < 25$  δηλαδή ότι αυξάνεται η πιθανότητα για εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας.
- 2) Εάν συμβαίνει ενασχόληση με πάλη αυξάνεται το πηλίκο πιθανοτήτων Odds κατά παράγοντα 12,9622 (θετική συσχέτιση) και κατά αναλογία με το συλλογισμό της προηγούμενης παραγράφου αυξάνεται η πιθανότητας εμφάνισης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας.
- 3) Εάν η τιμή της υποκλίμακας Σωματοποίηση του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL-90R αυξηθεί κατά μία μονάδα τότε το πηλίκο πιθανοτήτων Odds αυξάνεται κατά παράγοντα 4,2060 (θετική συσχέτιση) που σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η τιμή της υποκλίμακας Σωματοποίηση αυξάνεται (κατά παράγοντα) και η πιθανότητα εμφάνισης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας.



Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω δεδομένα η Συμβουλή για Δίαιτα, η Ενασχόληση με Πάλη και η Υποκλίμακα Ψυχοπαθολογίας Σωματοποίηση αποτελούν τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής διτροφής τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.

Η έρευνα για τις ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής έχει φέρει στο φως σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση τόσο των βιολογικών όσο και των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την αιτιολογία τους. Επί παραδείγματι σημαντική πρόοδος θεωρείται η πρόσφατη ανακάλυψη του ρόλου του σεροτονινεργικού συστήματος και της λεπτίνης που εμπλέκονται αντιστοίχως στο μηχανισμό πρόσληψης τροφής και στο μηχανισμό ρύθμισης του σωματικού βάρους (Walsh και Delvin, 1998). Όπως έχει αναφερθεί στα προηγούμενα (βλ. γενικό μέρος) η προδιάθεση που περιγράφεται ως γενετική ευαλωτότητα, οι κοινωνικές και πολιτιστικές πιέσεις που δέχονται οι νέες γυναίκες στη σύγχρονη κοινωνία, τα ψυχολογικά τραύματα και οι ανεπιθύμητες εμπειρίες που βιώνουν στην οικογένειά τους φαίνεται να συμβάλλουν στην εκδήλωση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής όπως άρνηση λήψης τροφής, υπερφαγία ή συμπεριφορές αποβολής των τροφών. Έχει γίνει κατανοητό, ότι όταν αυτές οι συμπεριφορές αρχίσουν, συχνά εγκαθίστανται και διατηρούνται με μηχανισμούς φαύλου κύκλου έτσι ώστε να επιφέρουν σοβαρές βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που συχνά οδηγούν στην κλινική εκδήλωση της διαταραχής διατροφής. Παρ' ότι έχει γίνει σημαντική πρόοδος προς την κατεύθυνση της θεραπείας, ιδιαίτερα της ψυχογενούς βουλιμίας η θεραπεία τους παραμένει, μέχρι σήμερα, ελλιπής και συχνά αναποτελεσματική. Ως προς τις κοινά αποδεκτές διαπιστώσεις για την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία αναφέρουμε την κοινή πεποίθηση ότι η συχνότητά τους αυξάνεται ιδιαίτερα στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών που ζουν σε αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες κοινωνίες (ισόβια επικράτηση ΨΑ περίπου 0,5 - 1%, ισόβια επικράτηση ΨΒ περίπου 1 - 3% για τις γυναίκες όλων των ηλικιών) ότι έχουν χρόνια πορεία και δύσκολη θεραπεία (στο 50% των ασθενών με ΨΑ η μακροπρόθεσμη έκβαση δεν είναι καλή, και το 33 - 50% των ασθενών με ΨΒ δεν ανταποκρίνεται σε καμία θεραπεία είτε Γνωσιακή - Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία είτε θεραπεία με Αντικαταθλιπτικά φάρμακα) και ότι επιφέρουν υψηλή θνησιμότητα (Ψυχογενής Ανορεξία), λόγω επιπλοκών της αστίας και αυτοκτονιών, που κυμαίνεται περίπου στο 5% κατά δεκαετία παρακολούθησης.



Φαίνεται ότι το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τις Ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής είναι ιδιαίτερα αυξημένο τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στη Δυτική Ευρώπη. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι υπάρχουν δύο ειδικά επιστημονικά περιοδικά για τις διαταραχές αυτές το International Journal of Eating Disorders και το European Journal of Eating Disorders και ότι πρόσφατα ιδρύθηκαν η Academy for Eating Disorders στις Η.Π.Α. και το European Council for Eating Disorders στην Ευρώπη. Ούτε φυσικά μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο το γεγονός ότι η κοινή γνώμη κατακλύζεται καθημερινώς από δημοσιεύματα του έντυπου (π.χ. Βήμα της Κυριακής 1997 και Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, Οκτώβριος 1998, περιοδικά life style ) και του ηλεκτρονικού τύπου, για την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία, ως "νέες μάστιγες" που ταλαιπωρούν κυρίως νεαρές γυναίκες. Στη βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι ο ρόλος των δημοσιευμάτων, σχετικά με τις ΨΔΔ λειτουργεί μάλλον προτρεπτικά με αποτέλεσμα, οι προληπτικές παρεμβάσεις αυτού του τύπου να θεωρούνται γενικώς ακατάλληλες. Εκτός των ανωτέρω, χαρακτηριστικό παράδειγμα του ενδιαφέροντος που έχει η επιστημονική κοινότητα για τις ΨΔΔ, αποτελεί η έκδοση από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία του πρώτου επίσημου οδηγού της, με θέμα τις Ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής (Practice Guideline for Eating Disorders A.P.A. 1993) τον οποίο μάλιστα εξέδωσε σε δεύτερη αναθεωρημένη έκδοση το 1997. Στις εκδόσεις αυτές σε σχέση με το αντικείμενο της διατριβής επισημαίνονται, ότι μεταξύ των περιοχών της μελλοντικής έρευνας θα πρέπει να περιλαμβάνονται:

α) οι επιδημιολογικές έρευνες που θα εκτιμούν την επικράτηση και την επίπτωση της ΨΑ και της ΨΒ σε αναπτυσσόμενες χώρες.

β) Η διερεύνηση διαγνωστικών μεθόδων που θα διευκολύνουν την πρώιμη αναγνώριση των περιστατικών ΨΑ και ΨΒ καθώς και την παραπομπή τους για θεραπεία. Σε αυτό επισημαίνεται η χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων (όπως το ερωτηματολόγιο EAT-26 και το ερωτηματολόγιο BITE) για επιδημιολογικές έρευνες σε μη-κλινικές ομάδες του πληθυσμού και σε ομάδες υψηλού κίνδυνου.



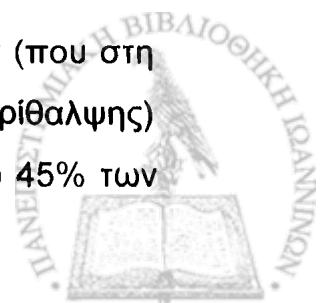
γ) Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοπολιτιστικών και βιολογικών παραγόντων τόσο στην ανάπτυξη όσο και στη διατήρηση των Ψυχιατρικών Διαταραχών Διατροφής. (Α.Ρ.Α. 1993).

Στην Ευρώπη αντιστοίχως, υπάρχει εντατική έρευνα, υπό την αιγίδα του European Council of Eating Disorders, της επιδημιολογίας των Ψ.Δ.Δ. στις πρώην ανατολικές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης (Τσεχοσλοβακία, Ουγγαρία, Πολωνία), δεδομένου ότι, σύμφωνα με τα νεώτερα επιδημιολογικά στοιχεία φαίνεται ότι καμία κοινωνία δεν μπορεί να είναι «ανοσοποιημένη» στις Ψ.Δ.Δ. τόσο λόγω της «παγκοσμιοποίησης» της πληροφορίας και των συμπεριφορών, αλλά και λόγω της διαπίστωσης ότι η «δυτικοποίηση» μίας κοινωνίας φαίνεται να συνδέεται σταθερά με την αύξηση των παθολογικών στάσεων και συμπεριφορών ως προς την πρόσληψη τροφής κυρίως των νεαρών γυναικών, που για να είναι ελκυστικές και αποδεκτές πρέπει να είναι λεπτόσωμες (Nasser, 1994). Για τις Βαλκανικές χώρες δεν υπάρχει κάποιο πρόγραμμα σε εξέλιξη, έτσι ώστε σε ένα πρόσφατο δημοσίευμα αναφέρεται ότι ο αριθμός των επιδημιολογικών ερευνών για τις Ψ.Δ.Δ. στις Μεσογειακές χώρες γενικά, είναι εξαιρετικά μικρός (Santonastaso και συν, 1996). Βάσει των ανωτέρω εισαγωγικών στοιχείων, εκτιμάται ότι η παρούσα διατριβή θα συμβάλλει θετικά στην κατεύθυνση της επιδημιολογικής έρευνας των Ψ.Δ.Δ., μέσω των στοιχείων που προσφέρει αλλά και του συγκριτικού σχολιασμού των αποτελεσμάτων της. Επιπλέον, στην κατεύθυνση των νέων προσεγγίσεων στην έρευνα των ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής, σε ένα πρόσφατο άρθρο δημοσιεύονται, σε σχέση με τις επιδημιολογικές έρευνες, οι παρακάτω κλινικές και ερευνητικές προτάσεις (Yan Hoeken et al, 1999).

α. Πρέπει στις επιδημιολογικές έρευνες να διερευνώνται, εκτός της επίπτωσης και της επικράτησης και οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου.

β. Πρέπει στις επιδημιολογικές έρευνες να χρησιμοποιούνται ευρέα κριτήρια ώστε να συμπεριλαμβάνονται οι άτυπες ή υποκλινικές περιπτώσεις και να διερευνώνται οι παράγοντες κινδύνου γι' αυτές τις περιπτώσεις.

γ. Θα πρέπει να γίνει γνωστό ότι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (που στη χώρα μας αντικατοπτρίζει το μη-νοσοκομειακό τμήμα της Ιατρικής Περίθαλψης) προστρέχει μόνο το 12% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία και το 45% των





ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία, με το λοιπό ποσοστό, να απευθύνεται είτε σε ειδικά κέντρα απ' ευθείας, είτε να μη λαμβάνει καμία φροντίδα.

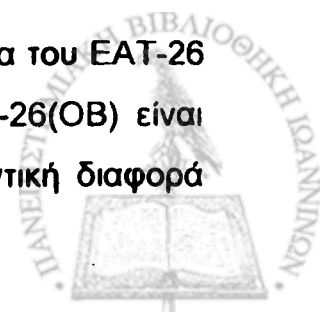
δ. Υπάρχει σαφής αύξηση της επικράτησης των Ψ.Δ.Δ. στις γυναίκες ηλικίας 15 - 24 ετών, τα τελευταία 50 χρόνια.

Βάσει των ανωτέρω κατευθύνσεων, η ερευνητική προσπάθεια που καταβλήθηκε φαίνεται ότι περιλαμβάνει κάποια από τα στοιχεία των οδηγιών, όπως τη διερεύνηση της σχέσης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και ψυχοπαθολογίας, τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των υποκλινικών ή άτυπων περιπτώσεων και της συχνότητάς των καθώς και γενικά την εκτίμηση της επικράτησης των Ψ.Δ.Δ. και ιδιαίτερα της Ψυχογενούς Βουλιμίας για την οποία δεν υπάρχουν επιδημιολογικά δεδομένα, κατά την παρούσα δεκαετία.

#### Δημογραφικά στοιχεία

Από τη σύγκριση κατά φύλο τα κορίτσια αποτελούν το 55% του δείγματός μας και αντιστοίχως τα αγόρια το 45%. Ως προς τις λοιπές παραμέτρους των δημογραφικών στοιχείων που μελετήσαμε ηλικία, επάγγελμα πατέρα και μητέρας, διαστρωμάτωση σε αστικά - μη αστικά Λύκεια και σχολική επίδοση, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια δεν εμφανίζουν διαφορές ως προς την ηλικία, το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας, και κατανέμονται, σε αναλογία 4:1 σε αστικά - μη αστικά Λύκεια. Τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό πλήρους συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (90%) και έχουν καλύτερες επιδόσεις στα μαθήματα στις τάξεις Α' και Γ' σε σχέση με τα αγόρια. Από τη σύγκριση κατά στρώμα Λυκείου (Αστικά-μη Αστικά) περίπου το 80% των μαθητών και μαθητριών φοιτεί σε αστικά Λύκεια και αντιστοίχως περίπου το 20% φοιτεί σε μη αστικά Λύκεια, δηλ. σε Λύκεια των χωριών και των κωμωπόλεων του Νομού, (αναλογία 4:1). Οι μαθητές και οι μαθήτριες από τα αστικά Λύκεια σε σχέση με αυτούς από τα μη αστικά Λύκεια, διαφέρουν ως προς το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας και έχουν ανάλογη σχολική επίδοση (εκτός της Β' τάξης).

Σε σχέση με την σύγκριση της Μέσης τιμής στην Ολική Βαθμολογία του EAT-26 κατά φύλο διαπιστώθηκε ότι στα κορίτσια η μέση τιμή της EAT-26(OB) είναι διπλάσια της αντίστοιχης των αγοριών και με στατιστικά σημαντική διαφορά



( $p < 0,0001$ ), γεγονός που δείχνει την εκλεκτικότητα των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής να προσβάλλουν τις νεαρές έφηβες. Αντιστοίχως, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής των βαθμολογιών των τριών υποκλιμάκων του EAT-26, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ως προς την Δίαιτα ( $p < 0,0001$ ), ως προς την Βουλιμία και Ενασχόληση με τις τροφές ( $p < 0,008$ ) και ως προς την υποκλίμακα του Στοματικού Ελέγχου ( $p < 0,0001$ ). Από την σύγκριση της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 κατά ηλικία των μαθητών και μαθητριών, διαπιστώθηκε ότι στα αγόρια οι υψηλότερες τιμές παρατηρούνται στις ηλικίες 15 και 20 και ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της EAT-26(OB) και της ηλικίας, που σημαίνει ότι η χρονική εμφάνιση των διαταραχών διατροφής συμβαίνει είτε σε μικρότερη είτε σε μεγαλύτερη ηλικία στα αγόρια, σε σχέση με την χρονική περίοδο των 16-18 ετών που αφορά στην ηλικία εμφάνισης των διαταραχών αυτών στα κορίτσια. Στα κορίτσια της έρευνάς μας η μεγαλύτερη μέση τιμή της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26, παρατηρήθηκε στο 19<sup>ο</sup> έτος, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών.

Συγκρίνοντας την μέση τιμή της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26, κατά κοινωνική ομάδα, βάσει του επαγγέλματος τόσο του πατέρα όσο και της μητέρας με σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, παρά τις αντικρουόμενες βιβλιογραφικές ενδείξεις, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κοινωνικής ομάδας και ολικής βαθμολογίας του EAT-26, τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια. Φαίνεται λοιπόν, όπως προκύπτει από την παρατήρηση του Garner (1993) ότι οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής και κατ'επέκταση οι διαταραχές διατροφής είναι ανεξάρτητες από τον παράγοντα κοινωνική τάξη. Αξίζει επιπλέον να αναφερθεί ότι στην έρευνά μας, η Ολική Βαθμολογία του EAT-26 είναι ανεξάρτητη από την κοινωνική ομάδα των ερωτώμενων, εύρημα αντίθετο από αυτό που βρέθηκε στην έρευνα των Eisler και Szmukler στο Λονδίνο (Eisler και Szmukler 1985), γεγονός που συνηγορεί στην αυξημένη αξιοπιστία του ερωτηματολογίου και την δυνατότητα του για διαπολιτιστική εφαρμογή.

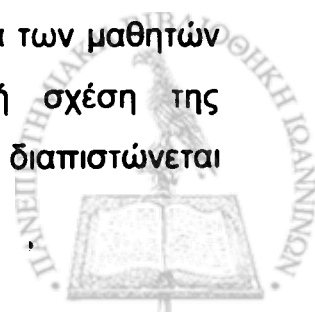


Από τη σύγκριση της μέσης τιμής της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-OB κατά στρώμα Λυκείου (αστικά - μη αστικά Λύκεια) βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της Βαθμολογίας του EAT-26 τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, εύρημα που συμφωνεί με τις παρατηρήσεις της προηγούμενης παραγράφου, και επομένως διαφαίνεται ότι ούτε η κοινωνική ομάδα των γονέων των εφήβων του δείγματός μας, ούτε η φοίτηση τους σε σχολείο πόλης ή χωριού, σχετίζεται στατιστικά με την εκδήλωση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής.

Από την σύγκριση της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και της Σχολικής Επίδοσης, όπως έχει ταξινομηθεί σε ομάδες, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στα αγόρια, ενώ αντιθέτως βρέθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών στα κορίτσια, εύρημα που προστίθεται στα αντικρουόμενα ευρήματα, για την σχέση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και νοημοσύνης, που κατά τεκμήριο αντικατοπτρίζεται στην σχολική επίδοση. Παρ'ότι στο παρελθόν, είχε υποστηριχθεί ότι οι πάσχουσες από ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής και ιδιαίτερα από ψυχογενή άνορεξία, έχουν υψηλή νοημοσύνη, τα πρόσφατα δεδομένα από την έρευνα των Gillberg και συν. (Gillberg και συν. 1996) δείχνουν ότι οι πάσχουσες από ψυχογενή άνορεξία δεν έχουν υψηλότερο IQ, από την ομάδα ελέγχου. εύρημα αντίστοιχο με αυτό που βρέθηκε στην δική μας έρευνα.

Σε σχέση με τη σύγκριση της μέσης τιμής της Ολικής Βαθμολογίας του BITE και των Υποκλιμάκων κατά φύλο, βρέθηκε ότι τόσο η ολική βαθμολογία όσο και οι υποκλίμακες των Συμπτωμάτων και Βαρύτητας των Συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερες στα κορίτσια και ότι η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι στατιστικά σημαντική, εύρημα αντίστοιχο με αυτό που βρέθηκε για το ερωτηματολόγιο EAT-26 που συνάδει με την παρατήρηση ότι τόσο οι παθολογικές διαταραχές βουλιμικού τύπου, όπως και του ανορεκτικού τύπου αφορούν κυρίως θήλεα άτομα.

Συγκρίνοντας τη μέση τιμή της βαθμολογίας του BITE κατά ηλικία των μαθητών και μαθητριών, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων στα αγόρια, ενώ δεν διαπιστώνεται



αντίστοιχη συσχέτιση στα κορίτσια τόσο για την τιμή της ολικής βαθμολογίας, όσο και για τις τιμές των υποκλιμάκων.

Από την σύγκριση της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ των μαθητών και μαθητριών, κατά κοινωνική ομάδα, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια, γεγονός που δείχνει ότι οι διαταραχές συμπεριφοράς διατροφής βουλιμικού φάσματος διαδράμουν ανεξαρτήτως της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν τα νεαρά υποκείμενα, είτε είναι αγόρια, είτε είναι κορίτσια. Σε σχέση με την κοινωνική ομάδα βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, η τιμή της βαθμολογίας του ΒΙΤΕ παρουσιάζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την υποκλίμακα Συμπτωμάτων στα αγόρια και αντιστοίχως ως προς την Ολική Βαθμολογία και την υποκλίμακα Βαρύτητας Συμπτωμάτων στα κορίτσια. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι μαθήτριες με μητέρες εργάτριες ή γεωργούς έχουν τις υψηλότερες τιμές στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ, εύρημα παράδοξο σε σχέση με τις κυρίαρχουσες αντιλήψεις, ότι και οι βουλιμικές συμπεριφορές αφορούν άτομα από ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Από την σύγκριση της βαθμολογίας του ΒΙΤΕ κατά στρώμα Λυκείου(Αστικά-μη Αστικά Λύκεια), βρέθηκε ότι στα αγόρια δεν υπάρχουν διαφορές ως προς τις τιμές (ολικής και υποκλιμάκων) του ΒΙΤΕ μεταξύ αστικών και μη αστικών Λυκείων. Αντιθέτως, στα κορίτσια βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην τιμή της ολικής βαθμολογίας του ΒΙΤΕ, αλλά και της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων, μεταξύ των μαθητριών αστικών και μη αστικών Λυκείων, με υψηλότερες τιμές να απαντώνται στις μαθήτριες των αστικών Λυκείων. Φαίνεται λοιπόν ότι το επάγγελμα της μητέρας και η φοίτηση σε Λύκειο χωριού ή πόλης, διαφοροποιεί τις τιμές της βαθμολογίας του ΒΙΤΕ, εύρημα που συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι κάποιοι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες διαμεσολαβούν για την ανάπτυξη βουλιμικής συμπτωματολογίας.

Από την σύγκριση, τέλος της βαθμολογίας του ΒΙΤΕ βάσει της σχολικής επίδοσης των μαθητών και μαθητριών, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων και της Σχολικής επίδοσης στα κορίτσια, με υψηλότερες τιμές στα κορίτσια με βαθμολογίες 12-14 και 15-17 (μέτριες και μεσαίες επιδόσεις).



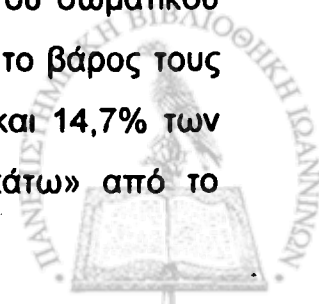
## Σωματομετρικά Στοιχεία

Από τη σύγκριση κατά φύλο, του ύψους, του βάρους και του Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΜΣ) σε αγόρια - κορίτσια, προκύπτει ότι τα αγόρια είναι υψηλότερα και βαρύτερα των κοριτσιών και έχουν μεγαλύτερο ΔΜΣ σε όλες τις ηλικίες. Το μεγαλύτερο και το μικρότερο βάρος των αγοριών στο ίδιο ύψος, είναι αντιστοίχως μεγαλύτερο του μεγαλύτερου και μεγαλύτερο του μικρότερου των κοριτσιών. Το επιθυμητό βάρος των κοριτσιών είναι μικρότερο από το τωρινό τους βάρος κάτι που στα αγόρια είναι αντίστροφο και αντανακλά πιθανώς την επίδραση κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων. Η τιμή του ΔΣΜ στα αγόρια αυξάνεται μεταξύ Α' και Γ' Λυκείου (Α' Λυκείου: 21,78, Β' Λυκείου: 22,08, Γ' Λυκείου: 22,36) ενώ η μέση τιμή του ΔΣΜ στα κορίτσια παραμένει σταθερή μεταξύ Α' και Γ' Λυκείου (Α' Λυκείου: 20,30, Β' Λυκείου: 20,35, Γ' Λυκείου: 20,64). Τετραπλάσιος αριθμός κοριτσιών (5,5%) σε σχέση με τα αγόρια (1,8%), έχει τιμή ΔΣΜ ίση ή χαμηλότερη της οριακής τιμής 17,5 ενώ στο άλλο άκρο βρίσκεται το 2,9 των κοριτσιών που έχουν τιμή ΔΣΜ μεγαλύτερη της ανωτάτης φυσιολογικής τιμής, με ένα σχετικά μικρό αριθμό κοριτσιών (54%) να βρίσκεται στο φάσμα των φυσιολογικών τιμών ΔΣΜ (Φ.Τ. για το ΔΣΜ: 20 -25).

Επιπλέον, για να έχουμε πιο αξιόπιστα στοιχεία σε σχέση με την εκτίμηση της επικράτησης ανορεκτικών και βοιλιμικών συμπεριφορών έγινε προσπάθεια συνυπολογισμού των αποτελεσμάτων του EAT-26 και BITE με τον Δείκτη Σωματικής Μάζας και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ τόσο της EAT(OB) και του ΔΣΜ αλλά και της BITE(OB) και του ΔΣΜ, γεγονός που αποδίδει αξιοπιστία στα ευρήματά μας καθόσον οι παθολογικές συμπεριφορές εκτιμώνται με βάση το συγκεκριμένο ύψος και βάρος των υποκειμένων χωρίς αναγωγή σε πρότυπα σωματομετρικών δεδομένων που είναι διαφορετικά για κάθε πληθυσμό.

## Εκτίμηση / Αυτοαξιολόγηση του Σωματικού Βάρους

Από τη σύγκριση κατά φύλο, της εκτίμησης - αυτοαξιολόγησης του σωματικού βάρους, 47,3% των αγοριών και 45,2% των κοριτσιών, θεωρούν το βάρος τους κανονικό για το ύψος και την ηλικία τους, 29,4% των αγοριών και 14,7% των κοριτσιών θεωρούν το βάρος τους, «κάτω» και «πολύ πιο κάτω» από το



κανονικό, ενώ 23,1% των αγοριών και 40,1% των κοριτσιών θεωρούν το βάρος τους «πάνω» και «πολύ πιο πάνω» από το κανονικό. Από την στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική σχέση μεταξύ εκτίμησης/αυτοαξιολόγησης του σωματικού βάρους και του φύλου ( $P < 0,0001$ ). Βρέθηκε λοιπόν, ότι 4 στα 10 κορίτσια αναφέρουν ότι έχουν βάρος ανώτερο του βάρους που θεωρούν κανονικό, ενώ σύμφωνα με την τιμή του ΔΣΜ, μόνο ένας πολύ μικρός αριθμός κοριτσιών (2,9%) έχει πράγματι αναλογία βάρους / ύψους μεγαλύτερη της ανώτερης φυσιολογικής τιμής (Ανώτερη Φ.Ττου ΔΣΜ:=25). Φαίνεται λοιπόν ότι ένας μεγάλος αριθμός εφήβων κοριτσιών (περίπου 40%), παρ' ότι έχει φυσιολογικό βάρος νοιώθει αφενός δυσαρέσκεια για το βάρος του σώματός τους, επιθυμεί βάρος σώματος μικρότερο από αυτό που έχει και αφετέρου όταν τους ζητείται να αξιολογήσουν το βάρος τους το υπερεκτιμούν. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα χαρακτηριστικά αυτά παρουσιάζονται αφενός σε ασθενείς με διαταραχές διατροφής, κυρίως σε πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία αλλά και σε πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία (Cash και συν, 1997). Παρότι έχει εκφραστεί η άποψη ότι τα χαρακτηριστικά αυτά (υπερεκτίμηση του σωματικού βάρους, δυσαρέσκεια για το σώμα, τάση για λεπτότητα) δεν αφορούν το σύνολο των ανορεκτικών και βουλιμικών ασθενών, αλλά μόνο κάποιους από αυτούς (Hsu και συν, 1993). Επιπλέον έχει υποστηριχθεί ότι η υπερεκτίμηση του βάρους (και του σχήματος) του σώματος σύμφωνα με τη Warah (1989) δεν είναι ειδικό εύρημα στους άρρωστους με ΨΑ, αλλά πιθανόν αποτελεί έκφραση υποκείμενης διαταραχής της ατομικής ταυτότητας που απαντάται τόσο σε συναισθηματικά διαταραγμένους ανθρώπους όσο και σε φυσιολογικές γυναίκες που ταυτίζουν την ταυτότητά τους με το σωματικό είναι τους αλλά και σε φυσιολογικές έφηβες που βρίσκονται στην περίοδο της μετάβασης προς τη διαμόρφωση μίας ταυτότητας ατομικής και φυλετικής. Πιθανώς λοιπόν, η τελευταία παρατήρηση να εξηγεί το μεγάλο ποσοστό των κοριτσιών της έρευνας μας που υπερεκτιμά το βάρος του σώματος, νοιώθει δυσαρέσκεια γι' αυτό και επιθυμεί να έχει βάρος μικρότερο από αυτό που έχει, παρ' ότι αυτό το βάρος είναι φυσιολογικό.

Εκείνο βέβαια που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έρευνά μας, είναι το εύρημα από την λογιστική παλινδρόμηση ότι η εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού



βάρους στα κορίτσια σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26 δηλαδή, την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής Ανορεκτικού Τύπου. Η λογιστική παλινδρόμηση ανέδειξε την παράμετρο εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους ως παράγοντα που επηρεάζει την ανάπτυξη παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής ανορεκτικού τύπου και η συσχέτιση είναι αρνητική, γεγονός που σημαίνει ότι όταν η εκτίμηση του σωματικού βάρους είναι αντίστροφη, όπως φαίνεται από τις σταθερά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις κατά την μεταβολή των κατηγοριών εκτίμησης του σωματικού βάρους, επιδρά ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, όπως εκφράζονται μέσω του ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26). Ίσως το εύρημα αυτό να εξηγείται βάσει των απόψεων της Hilde Bruch που περιέγραψε την διαταραχή της εικόνας του σώματος στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αλλά και από την θεωρία που πρώιμα διατύπωσε ο A.H.Gisp (1967,1980) ότι οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν μια φοβία του φυσιολογικού βάρους των κατά την εφηβεία, και όχι μια φοβία ότι θα παχύνουν, καθόσον το φυσιολογικό κατώφλιο σωματικού βάρους σχετίζεται με την βιολογική ωρίμανση και ανάπτυξη της σεξουαλικότητας, γεγονότα που αποτελούν την βιολογική βάση της εφηβικής κρίσης, και τα οποία κάποια άτομα είναι ανέτοιμα να διαχειριστούν, όπως αυτοί που νοσούν από ψυχογενή ανορεξία, η οποία αντιπροσωπεύει μια φυγή από την ανάπτυξη, δηλαδή μέσω της αποφυγής του φυσιολογικού εφηβικού βάρους και των συνεπειών του, αναφορικά με την αυτονομία σε σχέση με την οικογένεια και την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας.

Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό των κοριτσιών που θεωρούν το βάρος τους πάνω και πολύ πιο πάνω από το κανονικό είναι περίπου 40% σαφώς μικρότερο από το ποσοστό των κοριτσιών από τις ΗΠΑ που σύμφωνα με την έρευνα της R.Casper, το αντίστοιχα εύρημα αφορά περίπου τα 2/3 των κοριτσιών (67%) και το 1/3 των αγοριών (Casper & Offer 1990).

#### Συνήθειες και Συμπεριφορές Διατροφής

Ως προς τη συχνότητα λήψης γευμάτων διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ αγοριών - κοριτσιών σε σχέση με τη λήψη μεσημεριανού - βραδυνού και



ενδιάμεσων γευμάτων αλλά όχι ως προς τη λήψη πρωινού, ενώ μεταξύ όλων των μαθητών και μαθητριών που φοιτούν σε αστικά και μη αστικά λύκεια υπάρχει διαφορά ως προς τη λήψη βραδυνού. Δυο ερωτήματα θα μπορούσαν να συζητηθούν. Το πρώτο είναι εάν τρέφονται οι έφηβοι (αγόρια και κορίτσια) φυσιολογικά, και το δεύτερο, κατά πόσο σχετίζεται η ημερήσια λήψη γευμάτων με την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής; Ως προς το πρώτο ερώτημα, η απάντηση είναι ότι τα αγόρια έχουν πιο υγιεινές συνήθειες διατροφής σε σχέση με τα κορίτσια. Ως προς το πρωινό γεύμα 45,6% των αγοριών λαμβάνουν καθημερινά πρωινό και 20,8% δεν λαμβάνουν ποτέ, ως προς το μεσημεριανό 91,9% των αγοριών τρώει καθημερινά και 0% ποτέ, και ως προς το βραδυνό 67% των αγοριών λαμβάνει καθημερινά βραδυνό γεύμα και αντιστοίχως 4,2% δεν λαμβάνει ποτέ βραδυνό. Στα κορίτσια εκτός της σύγκρισης με μια ομάδα Αμερικανίδων φοιτητριών (Μ.Η.:19,9±1,9) (Heatherton και συν. 1995) διαπιστώνεται ότι οι συνήθειες λήψης γευμάτων κατά το έτος 1992, είναι χειρότερες στις Ελληνίδες - έφηβες του νομού Ιωαννίνων το 1994, κυρίως ως προς το μεγάλο ποσοστό των κοριτσιών που δεν λαμβάνουν ποτέ πρωινό (26,1% σε σχέση με 9,4% στις ΗΠΑ) και ποτέ βραδυνό (9,6% Ιωάννινα, 0,2% ΗΠΑ) ενώ επιπλέον η καθημερινή λήψη πρωινού γίνεται από το 42% των Ελληνίδων και το 56,6% των Αμερικανίδων, καθώς και για το βραδυνό η καθημερινή λήψη για τις Ελληνίδες είναι σε ποσοστό, μόλις 47,6% ενώ για τις Αμερικανίδες 95,9%. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ Ελληνίδων και Αμερικανίδων ως προς τη λήψη μεσημεριανού (βλέπε πίνακα ).

Πίνακας 123: Συχνότητες. Σύγκριση Γευμάτων

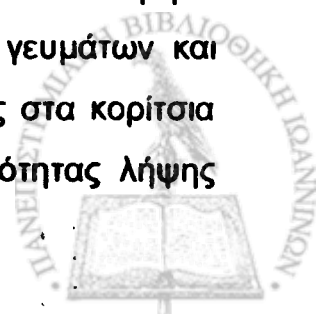
	Φοιτήτριες 19,9±1,9 ετών ΗΠΑ	Μαθήτριες (15-20 ετών) Δικό μας δείγμα
Πρωινό	(N=564)	(N=421)
Καθημερινά	56,6%	42%
5	33,2%	





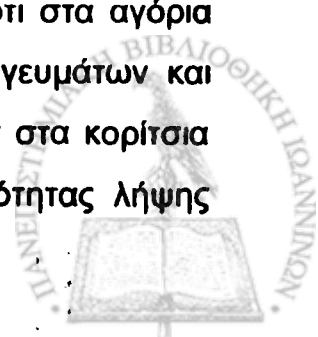
3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1		31,2%
0 ποτέ	9,4%	26,1%
<b>Μεσημεριανό</b>		(N=471)
Καθημερινά	85,8% (N=484)	87,3%
5 3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1	11,9%	12,3%
Ποτέ	1,1%	0,4%
<b>Βραδυνό</b>		(N=471)
Καθημερινά	95,9%	42,9%
5 3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1	2,5%	47,6%
Ποτέ	0,2%	9,6%
<b>Ενδιάμεσα</b>		(N=471)
Καθημερινά	----	35,8%
5 3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1	----	44,0%
Ποτέ	----	20,2%

Σε σχέση με τις συνήθειες λήψης γευμάτων, από την σύγκριση μεταξύ των μαθητών και μαθητριών κατά στρώμα Λυκείου(Αστικά-μη Αστικά Λύκεια), βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των υποκειμένων (αγοριών και κοριτσιών) ως προς τη λήψη βραδυνού φαγητού. Σε σχέση με το δεύτερο ερώτημα,κατά πόσον επηρεάζουν οι ημερήσιες συνήθειες διατροφής την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής βρέθηκε ότι στα αγόρια δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ συχνότητας γευμάτων και βαθμολογίας στα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE,ενώ ατιθέτως στα κορίτσια βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικά σχέση μεταξύ συχνότητας λήψης



3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1		31,2%
0 ποτέ	9,4%	26,1%
<b>Μεσημεριανό</b>		(N=471)
Καθημερινά	85,8% (N=484)	87,3%
5 3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1	11,9%	12,3%
Ποτέ	1,1%	0,4%
<b>Βραδυνό</b>		(N=471)
Καθημερινά	95,9%	42,9%
5 3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1	2,5%	47,6%
Ποτέ	0,2%	9,6%
<b>Ενδιάμεσα</b>		(N=471)
Καθημερινά	-----	35,8%
5 3 ημερικές φορές 1-5μ/εβδ. 1	-----	44,0%
Ποτέ	-----	20,2%

Σε σχέση με τις συνήθειες λήψης γευμάτων, από την σύγκριση μεταξύ των μαθητών και μαθητριών κατά στρώμα Λυκείου(Αστικά-μη Αστικά Λύκεια), βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των υποκειμένων (αγοριών και κοριτσιών) ως προς τη λήψη βραδυνού φαγητού. Σε σχέση με το δεύτερο ερώτημα, κατά πόσον επηρεάζουν οι ημερήσιες συνήθειες διατροφής την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής βρέθηκε ότι στα αγόρια δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ συχνότητας γευμάτων και βαθμολογίας στα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE, ενώ ατιθέτως στα κορίτσια βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συχνότητας λήψης



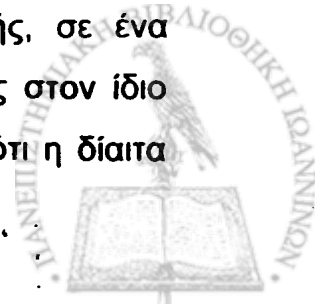
βραδυνού και ενδιάμεσων γευμάτων και Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και αντιστοίχως μεταξύ λήψης πρωινού και Ολικής Βαθμολογίας του BITE.

### Δίαιτα

Σε σχέση με την δίαιτα και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς αυτής (δηλ. της ελάττωσης της προσλαμβανόμενης τροφής με σκοπό την μείωση του σωματικού βάρους) στα αγόρια και τα κορίτσια του δείγματος μας διαπιστώνουμε ότι περίπου 10% των κοριτσιών καταφεύγει σε ειδικό για θέματα διαίτας, σε σχέση με 3,4% των αγοριών ( $p < 0,0001$ ) και ότι τα άτομα αυτά προέρχονται κυρίως από τα αστικά Λύκεια (7,7%) σε σχέση με τα μη αστικά (3,2%) και με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,026$ ).

Ο ρόλος της διαίτας, σύμφωνα με τον ορισμό, που δόθηκε παραπάνω θεωρείται αφ' ενός ότι συνδέεται αιτιολογικά με την ανάπτυξη των διαταραχών διατροφής (Halmi, 1997) και αφ' ετέρου θεωρείται, σύμφωνα με την θεωρία του συνεχούς (Hsu, 1990) ότι η δίαιτα καθ'εαυτή αποτελεί την πύλη εισόδου για την ανάπτυξη μιας διαταραχής διατροφής όπου οι διαταραχές διατροφής διαδράμουν ένα συνεχές φάσμα συμπεριφορών με έναν πόλο την δίαιτα και τον άλλο πόλο την οργανωμένη διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής. Όπως φαίνεται άλλωστε στον πίνακα που περιγράφει το πολυπαραγοντικό μοντέλο Παθογένειας της Ψυχογενούς Ανορεξίας ο ρόλος της διαίτας είναι κεντρικός, (Garner 1993). Επίσης στην πρόσφατη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμμετέχουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι αφ' ενός οι παράγοντες που προκαλούν ψυχιατρική νόσο και αφ' ετέρου οι παράγοντες που προκαλούν συμπεριφορές διαίτας (δηλ. περιορισμού της προσλαμβανόμενης τροφής με σκοπό την μείωση του σωματικού βάρους) (Fairburn και συν 1997)

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα για το ρόλο της διαίτας, θεωρείται ότι υπάρχει ένα συνεχές φάσμα συμπεριφοράς διατροφής κυμαινόμενο από την απλή δίαιτα έως τις υποκλινικές και τις κλινικές διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η επικράτηση των διαγνωσθέντων διαταραχών πρόσληψης τροφής, σε ένα δεδομένο πληθυσμό, είναι ευθέως ανάλογη της επικράτησης διαίτας στον ίδιο πληθυσμό. Όλες οι διαθέσιμες ερευνητικές ενδείξεις υποστηρίζουν ότι η δίαιτα



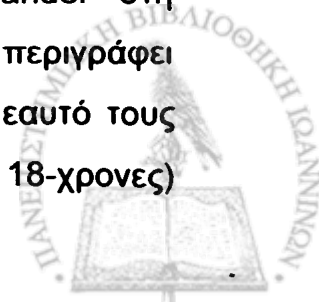
αποτελεί την «πύλη εισόδου» στις διαταραχές αυτές, παρ' ότι δεν αναπτύσσονται οι διαταραχές αυτές στον οποιονδήποτε κάνει δίαιτα, καθόσον άλλες επιδράσεις επισυμβαίνουν, επισπεύδοντας την ανάπτυξη των διαταραχών αυτών.

Διάχυτη είναι η εντύπωση στους γιατρούς που ασχολούνται με τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών διατροφής (Ψυχογενή Ανορεξία, Ψυχογενή Βουλιμία) ότι δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος παράγων που να προκαλεί τις διαταραχές αυτές. Οι περισσότεροι δε ερευνητές συμφωνούν ότι η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική. Ωστόσο, οι διαταραχές αυτές προσβάλλουν εντελώς εκλεκτικά μία συγκεκριμένη ομάδα του γενικού πληθυσμού, δηλαδή νέες γυναίκες, λευκής φυλής, από ανώτερες και μεσαίες κοινωνικές τάξεις που ζουν σ' ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον στο οποίο η λεπτότητα του σώματος έχει ιδιαίτερη αξία. Επιπλέον, οι διαταραχές αυτές αφ' ενός μεν φαίνεται να αυξάνονται στις αναπτυγμένες κοινωνίες, αφ' ετέρου δε φαίνεται να προσβάλλουν και μετανάστες από τον Τρίτο Κόσμο που έχουν δυτικοποιηθεί. Καμιά θεωρία από τις μέχρι σήμερα προταθείσες για την αιτιολογία των διαταραχών διατροφής δεν μπορεί να εξηγήσει αυτά τα ευρήματα. Είναι εξαιρετικά δύσκολο π.χ. για τους εισηγητές της Βιολογικής θεωρίας, περί πρωτοπαθούς υποθαλαμικής δυσλειτουργίας, να εξηγηθεί γιατί οι διαταραχές αυτές έχουν τέτοια εκλεκτική επιδημιολογία, εάν δε ληφθούν υπόψη άλλοι παράγοντες που παρεμβαίνουν. Γι' αυτό λοιπόν, σύμφωνα με την άποψη που καταθέτει ο G.Hsu (1990) υποστηρίζεται ότι η δίαιτα (δηλ. ο συνειδητός περιορισμός της ποσότητας προσλαμβανόμενων τροφών για οποιοδήποτε λόγο) αποτελεί την «πύλη εισόδου» σε μια διαταραχή διατροφής. Επομένως, οι παράγοντες που επιτείνουν τη δίαιτα αυξάνουν εμμέσως τον κίνδυνο ανάπτυξης μιας διαταραχής διατροφής. Άλλωστε, τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα που θα παρουσιαστούν παρακάτω, προσφέρουν ενδείξεις ότι οι διαταραχές συμπεριφοράς διατροφής κινούνται σε ένα συνεχές φάσμα από την απλή δίαιτα στο ένα άκρο, έως τις διαγνωσθείσες διαταραχές, σύμφωνα με τα επίσημα διαγνωστικά νοσολογικά κριτήρια. Ωστόσο, επειδή η πλειονότης αυτών που αρχίζουν δίαιτα, δεν αναπτύσσουν και μια διαταραχή διατροφής, πρέπει να υποθέσουμε ότι, άλλοι παράγοντες όπως γενετικοί, βιολογικοί, οικογενειακοί



παράγοντες παρεμβάλλονται και αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου που αρχίζει δίαιτα, ώστε να νοσήσει από μια διαταραχή διατροφής.

Έχει επιβεβαιωθεί ερευνητικά, η διάχυτη εντύπωση ότι η δίαιτα είναι μία συνήθης πρακτική των λευκών, νέων γυναικών, που ζουν στις αναπτυγμένες κοινωνίες της Δυτικής Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής κατά τα τελευταία χρόνια. Δυστυχώς, όμως από την έρευνα της βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι οι διάφορες ερευνητικές εργασίες ορίζουν με διαφορετικό τρόπο τον όρο «δίαιτα» και έτσι τα ευρήματα δεν είναι συγκρίσιμα. Επιπλέον, καθόσον οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν μόνο ερωτηματολόγια ως εργαλεία, είναι αδύνατο να αντιληφθούμε εάν και κατά πόσον οι απαντώντες αντιλαμβάνονται τον όρο «δίαιτα» με τον ίδιο τρόπο και το ίδιο νόημα. Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματα συγκλίνουν και υποστηρίζουν την άποψη ότι, πολλές γυναίκες συνειδητά περιορίζουν την πρόσληψη τροφής με σκοπό τον έλεγχο ή την απώλεια βάρους και ότι οι ίδιοι παράγοντες που χαρακτηρίζουν τις ασθενείς με διαταραχές διατροφής, χαρακτηρίζουν επίσης και τις γυναίκες που κάνουν δίαιτα (Hsu, 1990). Σε μια παλαιότερη εργασία στην Καλιφόρνια από τον Huenemann και συν. (Huenemann και συν. 1966), όπου οι ερευνητές χορηγούσαν ερωτηματολόγια κάθε χρόνο, σε 900 μαθήτριες από την Α έως τη Γ Λυκείου, έδειξε ότι ενώ μόνον το 25% των κοριτσιών ανήκε στις παχύσαρκες, πλέον του 50% των κοριτσιών θεωρούσαν εαυτούς παχείς και ανησυχούσαν γι' αυτό, εύρημα αντίστοιχο με αυτό της δικής μας έρευνας. Επίσης, παρ' ότι το ποσοστό των παχύσαρκων κοριτσιών έμενε σταθερό κατά την τριετία της έρευνας, το ποσοστό των κοριτσιών που αισθάνονταν παχείς, αυξάνονταν προϊούσης της ηλικίας. Τα κορίτσια που είχαν Ευρωπαϊκή καταγωγή, θεωρούσαν τους εαυτούς τους παχείς, σαφώς περισσότερο, συγκριτικά με τα κορίτσια μαύρης φυλής. Αντιθέτως, τα αγόρια, πάνω από το 50% θεωρούσαν εαυτούς λεπτούς και σπανίως ανέφεραν ότι κάνουν δίαιτα (3,4% των αγοριών στην έρευνά μας κάνουν δίαιτα). Επίσης ο αριθμός των αγοριών που θεωρούσαν εαυτούς παχείς ήταν λίγο μικρότερος από τον πραγματικό αριθμό των παχύσαρκων. Σε μία άλλη μελέτη ο Nylander στη Σουηδία το 1971, μελετώντας με ερωτηματολόγια 2000 μαθητές, περιγράφει ανάλογα ευρήματα. Το ποσοστό των κοριτσιών που θεωρούν τον εαυτό τους «παχύ», αυξάνει προϊούσης της ηλικίας, (28% Οι 14-χρονης, 50% οι 18-χρονης)



καθώς επίσης και το ποσοστό αυτών που κάνουν δίαιτα (10% για τις 14-χρονες και 40% για τις 18-χρονες). Τα αγόρια και σ' αυτή την εργασία αναφέρουν ότι σπανίως κάνουν δίαιτα. Σε μια άλλη έρευνα σε φοιτητές του Cornell University (Jacobovits και συν 1977) το 1977, βρέθηκε ότι 11% των φοιτητριών κάνουν δίαιτα, και ένα επιπλέον 64% των φοιτητριών «ενδιαφέρεται να περιορίσει, συνειδητά, την ποσότητα της τροφής με σκοπό τη διατήρηση ή την ελάττωση του βάρους». Οι έρευνες των Hsu και συν το 1982 στις ΗΠΑ (Hsu 1990) έδειξαν ότι 42% των μαθητριών και 17% των μαθητών νοιώθουν παχείς (Βορειοανατολικές, αστικές και ημιαστικές πολιτείες) καθώς επίσης ότι 26% των μαθητριών και 8% των μαθητών κάνουν δίαιτα με σκοπό τον έλεγχο του σωματικού βάρους, παρότι, σύμφωνα με τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, μόνο το 12% των κοριτσιών και το 17% των αγοριών ήταν όντως υπέρβαροι. Αντίστοιχη έρευνα των Johnson και συν (1983) στις ΗΠΑ με καλύτερη μεθοδολογία και σαφή ορισμό της δίαιτας ως «ενεργητικής και συνειδητής αλλαγής των συνηθειών διατροφής με σκοπό την απώλεια βάρους», έδειξε ότι 36% των 18-χρονων μαθητριών έκαναν δίαιτα, ενώ 69% είχαν κάνει δίαιτα στο παρελθόν.

Επιπλέον ενδείξεις ότι οι λευκές γυναίκες κάνουν δίαιτα για να ελέγξουν το σωματικό βάρος προέρχονται από μια μεγάλη έρευνα των Garn και Clark (1976) σε πληθυσμό 40.000 ανδρών και γυναικών από 10 μεγάλες Πολιτείες των ΗΠΑ. Από την έρευνα αυτή συνάγονται τα παρακάτω:

- α) Οι γυναίκες, σε όλες τις ηλικίες, λευκής και μαύρης φυλής, είναι πιο παχείες από τους άνδρες.
- β) Στην εφηβεία, οι γυναίκες γίνονται παχύτερες ενώ οι άνδρες λεπτότεροι.
- γ) Μεταξύ των λευκών γυναικών, υπάρχει μια αντίστροφη σχέση οικονομικής κατάστασης και αύξησης του σωματικού βάρους: Οι έφηβες από πλούσιες οικογένειες, ξεκινούν παχείες και τελειώνουν λεπτές κατά την εφηβεία, ενώ οι έφηβες των φτωχότερων οικονομικά οικογενειών εισέρχονται στην εφηβεία λεπτές και καταλήγουν παχείες.
- δ) Ανάλογη αντίστροφη υπάρχει στη σχέση φυλής και σωματικού βάρους στην εφηβεία, μεταξύ γυναικών. Οι λευκές αρχίζουν παχύτερες και καταλήγουν λεπτότερες, ενώ οι μαύρες αντιθέτως.

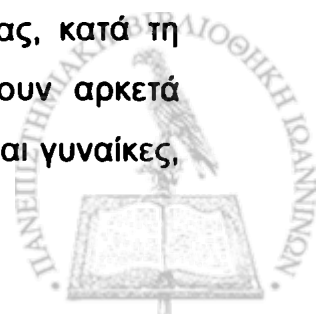


Από τα παραπάνω συμπεράσματα, απορρέει η άποψη ότι οι διακυμάνσεις του σωματικού βάρους στην ομάδα των λευκών, πλουσίων εφήβων γυναικών, οφείλεται στη συνειδητή προσπάθεια ελέγχου του σωματικού βάρους μέσω της διαίτας.

Εκτός από τις μελέτες στις αναπτυγμένες χώρες, υπάρχουν αντίστοιχες στον Τρίτο Κόσμο. Από αυτές φαίνεται ότι, σε κοινωνίες άνισης ανάπτυξης με πολλαπλά πολιτιστικά μοντέλα, η συμπεριφορά διατροφής και οι σοβαρές διαταραχές διατροφής, σχετίζονται με το επίπεδο επικράτησης των Δυτικών πολιτιστικών προτύπων.

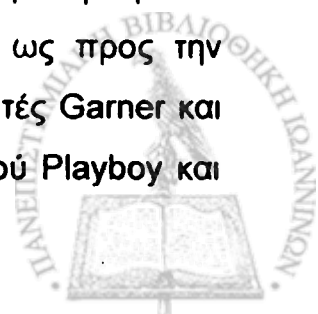
Οι Hooper και Garner (1986), στην Harare της Zimbabwe μελέτησαν έναν μεικτό πληθυσμό (λευκές, μαύρες, μιγάδες) μαθητριών (16-18 ετών) ως προς τις συνήθειες διατροφής, χορηγώντας το Ερωτηματολόγιο EDI (Eating Disorders Inventory). Ποσοστό 20% εξ αυτών είχαν υψηλή βαθμολογία εκ των οποίων 12,5% ήταν το ποσοστό των μαύρων, 17,5% των μιγάδων και 70% των λευκών. Κατά την κλινική εξέταση βρέθηκε ότι η ανορεκτικού ή βουλιμικού τύπου ψυχοπαθολογία ήταν υψηλή στις λευκές και ελάχιστη στις μαύρες, ενώ οι μιγάδες είχαν ενδιάμεση θέση. Εάν, αυτά τα ευρήματα επιβεβαιωθούν και από άλλες ερευνητικές εργασίες, θα υπάρχει επιπλέον υποστήριξη της σημασίας των κοινωνικοπολιτιστικών επιδράσεων στην ανάπτυξη παθολογικών συνηθειών και συμπεριφορών διατροφής.

Από τα παραπάνω, σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, φαίνεται ότι η επικράτηση των διαταραχών διατροφής σε έναν δεδομένο πληθυσμό, είναι ευθέως ανάλογη της επικράτησης συνηθειών διαίτης στον ίδιο πληθυσμό. Αυτή η συνήθεια, που έχει ως σκοπό τη συνειδητή προσπάθεια ελέγχου ή ελάττωση του σωματικού βάρους, κινητοποιείται από δύο εμφανή δεδομένα που κυριαρχούν στη Δύση. Από τη μια πλευρά, η αύξηση της παχυσαρκίας στον γενικό πληθυσμό των Δυτικών κοινωνιών και από την άλλη πλευρά, η έντονη επιθυμία για λεπτότητα. Όσον αφορά την αύξηση της παχυσαρκίας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών στις Δυτικές κοινωνίες, υπάρχουν αρκετά επιδημιολογικά δεδομένα από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ, ότι άνδρες και γυναίκες,



όλων των ηλικιών, κάτω των 30 ετών, είναι παχύτεροι (Christensen και συν. 1981).

Ως πιθανότερη εξήγηση της αύξησης της παχυσαρκίας του πληθυσμού των Δυτικών κοινωνιών θεωρείται αφ' ενός η αφθονία των αγαθών και αφ' ετέρου η καταπολέμηση των λοιμώξεων. Επιδημιολογικά δεδομένα ερευνών σε χώρες του Τρίτου Κόσμου (Hsu, 1990) (Ινδίες, Φιλιππίνες, Hong-Kong, Λατινική Αμερική) δείχνουν ότι το επίπεδο ζωής σχετίζεται με την αύξηση ή μη του σωματικού βάρους. Ωστόσο, η επίδραση του επιπέδου ζωής και συγκεκριμένα η σχέση κοινωνικο-οικονομικής τάξης και σωματικού βάρους, έχει αντιστραφεί στις Δυτικές κοινωνίες κατά τα τελευταία χρόνια, από τα μέσα της δεκαετίας του '60. Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με την έρευνα των Goldblatt και συν (1965) βρέθηκε ότι η παχυσαρκία, αφορούσε κυρίως τις γυναίκες των κατώτερων τάξεων (30%) σε σχέση με τις μεσαίες (16%) ή τις ανώτερες (5%). Παρόμοια αποτελέσματα αντίστροφης σχέσης κοινωνικο-οικονομικής τάξης και σωματικού βάρους βρέθηκε σε έρευνες στην Αγγλία, Ουαλία, Σκωτία και Σουηδία (Hsu, 1990). Αν και δεν υπάρχει σαφής απόδειξη ότι η λεπτότητα των ανθρώπων που ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις σχετίζεται ή οφείλεται στη διαίτα, υπάρχουν αποδείξεις ότι η επιθυμία για λεπτότητα εξαρτάται από το κοινωνικο-οικονομικό status. Από την έρευνα των Dornbusch και συν (1984) στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι οι έφηβες (μεταξύ 12-17 ετών) ανώτερων τάξεων, επιθυμούσαν να είναι λεπτές συντριπτικά περισσότερο απ' ό,τι αυτές εκ των κατώτερων τάξεων. Αντιθέτως, δεν υπάρχει αντίστοιχη σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και σωματικού βάρους για τους έφηβους άνδρες. Η σημασία της λεπτότητας στο σύστημα αξιών των γυναικών που ανήκουν στις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις έχει καλά τεκμηριωθεί από πλήθος ερευνητικών εργασιών (Fallon και συν. 1985). Φαίνεται μάλιστα, ότι στις μέρες μας, είναι και γίνεται πιο έντονη, καθόσον επεκτείνεται και στις μικρότερες ηλικίες. Παιδιά 7 και 8 ετών έχουν ανάλογες ανησυχίες αναφορικά στη φυσική εμφάνιση και τη λεπτότητα μ' αυτές των εφήβων (Cavior και συν. 1973). Οι 12-χρονης και 13-χρονης Λονδρέζες, σύμφωνα με την έρευνα των Wardle και συν το 1986 εκφράζουν σοβαρές ανησυχίες ως προς την πιθανότητα να παχύνουν στην εφηβεία. Οι πολύ γνωστοί ερευνητές Garner και Garfinkel (1980) μελετώντας τις φιγούρες γυναικών του περιοδικού Playboy και





των Miss America μεταξύ 1959 και 1978 αναφορικά στις διαστάσεις ύψους και βάρους βρήκαν σημαντική τάση μείωσης των δεδομένων της λεπτότητας, περίπου 10% περισσότερο λεπτές ήταν οι γυναίκες των δύο πληθυσμών. Επίσης βρήκαν 6-πλάσια αύξηση των άρθρων που αφορούσαν σε δίαιτες σε έξι περιοδικά μεγάλης κυκλοφορίας, κατά τη διάρκεια της ίδιας 20-ετίας. Ανάλογα φαινόμενα παρατηρούνται σε γυναίκες-μετανάστες από χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπου η επιθυμία για λεπτότητα κινείται σε ένα συνεχές και σχετίζεται με τη διάρκεια παραμονής στη χώρα υποδοχής (Furnham και συν. 1983) και γενικώς από το επίπεδο του επιπολιτισμού (Pumariega, 1986). Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας συμφωνούν με τα δεδομένα της πρόσφατης βιβλιογραφίας και προσθέτουν την πολύ σημαντική διαπίστωση που επιβεβαιώθηκε με την στατιστική ανάλυση της λογιστικής παλινδρόμησης, ότι η αναζήτηση Συμβουλής για δίαιτα από κάποιον ειδικό, που αφορά στο 10% των έφηβων κοριτσιών του Νομού Ιωαννίνων και το 7,7% αγοριών και κοριτσιών των αστικών Λυκείων αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης τόσο ανορεκτικής συμπεριφοράς όσο και βουλιμικής συμπεριφοράς διατροφής σε φυσιολογικές εφηβες (ηλικίας 15-20 ετών). Εύρημα συμβατό με την άποψη των Garner (1993) και Fairburn (1997) ότι η έναρξη δίαιτας στην εφηβεία σε αλληλεπίδραση με άλλους παράγοντες αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής.

#### Σωματική Άσκηση

Στην έρευνα μας επίσης βρέθηκε ότι η ενασχόληση με πάλη σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση βουλιμικής συμπτωματολογίας, στα κορίτσια, γεγονός που δείχνει ότι οι αθλήτριες της πάλης βρίσκονται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη διαταραχής διατροφής βουλιμικού τύπου, εύρημα σύμφωνο με την διαπίστωση του Αμερικανικού Κολεγίου Αθλητιατρικής ότι επαγγελματίες γυναίκες αθλήτριες εμφανίζουν την χαρακτηριστική παθολογική τριάδα: Διαταραχές Διατροφής, Αμηνόρροια και Οστεοπόρωση. Παρ' ότι κάποιες μελέτες σε σχέση με την επικράτηση των Διαταραχών Διατροφής σε αθλητές και αθλήτριες, έχουν περιγραφεί στο κεφάλαιο της Επιδημιολογίας, τα δεδομένα είναι γενικώς αμφίβολα. Σε μία πρόσφατη καλά σχεδιασμένη έρευνα από τη Νορβηγία (Sundgot - Borgen 1994) σε 522 πρωταθλητές 35 αθλημάτων σε



σύγκριση με ομάδα ελέγχου με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων βρέθηκε ότι 22% των αθλητών και 26% των υποκειμένων της ομάδας ελέγχου ανήκαν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής διατροφής. Με τη συνέντευξη όμως και την κλινική εξέταση των ατόμων σε κίνδυνο, βρέθηκε ότι οι αθλητές έκρυβαν τα συμπτώματά τους και ότι 18% εξ αυτών σε σχέση με 5% της ομάδας ελέγχου έπασχαν πράγματι από κάποια διαταραχή διατροφής. Φαίνεται λοιπόν ότι για κάποιους αθλητές και αθλήτριες, η ενασχόληση με τον αθλητισμό, όπως στην έρευνά μας, στα 6 κορίτσια που ενασχολούνται συστηματικά με την πάλη, η συστηματική ενασχόληση αυτή, βρέθηκε ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής διατροφής. Φυσικά, σε γενικό επίπεδο, η ακριβής επίπτωση του προβλήματος στους αθλητές δεν μπορεί να εκτιμηθεί επί του παρόντος καθώς όπως αναφέρθηκε το πρόβλημα υποτιμάται ή παρακάμπτεται από τους ίδιους. Ωστόσο όμως, έχει αποδειχθεί ότι η παθολογική συμπεριφορά διατροφής και ο έλεγχος του σωματικού βάρους καθώς και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των διαταραχών διατροφής όπως η ενασχόληση με το σχήμα, το βάρος και την εμφάνιση του σώματος είναι κοινά στοιχεία στους αθλητές ιδιαίτερα στις γυναίκες και ιδίως σε αθλήματα στα οποία το χαμηλό σωματικό βάρος θεωρείται σημαντικό γι' αυτά όπως σε δρομείς μεγάλων αποστάσεων ή σε αθλήματα στα οποία η εμφάνιση είναι καθοριστική (όπως σε μπαλαρίνες, γυμνάστριες, χορεύτριες και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής) (Brownell 1995).

Ευρήματα από την εφαρμογή του EAT-26.

Το Ερωτηματολόγιο Διαταραχής Διατροφής (EAT) αποτελεί το πλέον διαδεδομένο εργαλείο διαγνωστικής αξιολόγησης, που δημιουργήθηκε από τους Garner και Garfinkel (1979 και Garner και συν. 1982) και εισήχθη ως ερωτηματολόγιο εκτίμησης των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Χρησιμοποιήθηκε σε εκτεταμένες επιδημιολογικές έρευνες με σκοπό τη διερεύνηση των συνηθειών και συμπεριφορών διατροφής υγιών ατόμων (Button και Whitehouse 1981, Mann και συν. 1983, Eisler και Szmukler 1986, Johnson-Sabine και συν. 1988, Patton και συν. 1990). Τα κύρια ευρήματα από τη χρήση του EAT είναι ότι το ερωτηματολόγιο διαθέτει καλή ευαισθησία (sensitivity) (π.χ. η πλειονότητα των ασθενών με διαταραχές διατροφής λαμβάνουν υψηλή τιμή,

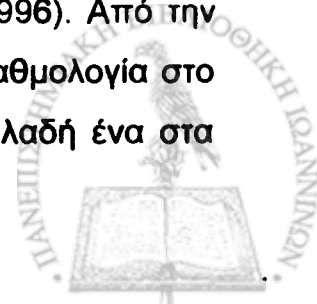
πάνω από την τιμή κατωφλιού) αλλά πολύ χαμηλή ειδικότητα (specificity) (π.χ. πολλοί άνθρωποι που κάνουν δίαιτα (normal dieters) έχουν επίσης υψηλές τιμές στο EAT, πάνω από την τιμή κατωφλιού). Παραδείγματα προέρχονται από τις αντίστοιχες έρευνες. Στην έρευνα των Mann και συν. (1983) βρέθηκε ότι εκ των 1012 μαθητών (αγοριών και κοριτσιών) της έρευνάς του, οι 83 (8,2%) έλαβαν τιμές πάνω από την τιμή κατωφλιού, αλλά μόνο 4 (4,8%) εκ των 83 βρέθηκε να πληρούν τα κριτήρια διαταραχών διατροφής κατά την κλινική συνέντευξη. Αντιστοίχως, στην έρευνα των Eisler και Szmulker (1986) βρέθηκε ότι εκ των 1331 μαθητριών ιδιωτικών σχολείων, 65 (4,9%) είχαν τιμές, πάνω από την τιμή του κατωφλιού, ενώ κατά τη συνέντευξη μόνον 8, δηλαδή 0,6%, εκ των 65, βρέθηκε να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. Όταν τα κριτήρια, συμπεριέλαβαν και τις άτυπες μορφές και τις περιπτώσεις μερικού συνδρόμου «partial syndrome», ο αριθμός έγινε 38 περιπτώσεις (2,85%), ο οποίος είναι περίπου το μισό του πρώτου αριθμού που είναι το ποσοστό των ατόμων με τιμές στο EAT, πάνω από την τιμή κατωφλιού. Οι ερευνητές σχολίασαν ότι οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο EAT επηρεάζοντο από την κοινωνική τάξη των ερωτηθέντων. Παρ' όλα όμως τα παραπάνω, το ερωτηματολόγιο EAT αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο και για κλινική εργασία αλλά και για ερευνητική εργασία καθόσον μας παρέχει τη δυνατότητα αναγνώρισης των παθολογικών συνηθειών διατροφής που είναι τα πρώτα σημεία κάποιας διαταραχής διατροφής. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι τιμές του EAT-26 σε αντίστοιχες έρευνες και στην δική μας.

**Πίνακας 124:** Συγκριτική παράθεση μέσων τιμών στο EAT-26 των κοριτσιών του παρόντος δείγματος και αυτών της διεθνούς βιβλιογραφίας, κατά την τελευταία 15ετία.

Ερευνητές	Προέλευση	Ηλικία	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση
Mann και συν 1983	Λονδίνο, Μ. Βρετανία	15	9,6	-
Wells και συν 1985	Ν. Ζηλανδία	12-18	6,6	-

Williams και συν 1986	Αριζόνα ΗΠΑ	11-18	10,7	6,6
Rosen και συν 1988	Β.Α. ΗΠΑ	14-18	11,9	10,8
Whitaker και συν 1989	Νέα Υόρκη, ΗΠΑ	14-17	9,7	-
Toro και συν 1989	Βαρκελώνη, Ισπανία	15-19	14,2	-
Mumford και συν 1991	Μπράντφορντ, Μ. Βρετανία (Ασιατικής καταγωγής)	15 (μέση)	10,6	9
Mumford και συν 1991	Μπράντφορντ, Μ. Βρετανία (Ευρωπαϊκής καταγωγής)	15 (μέση)	7,7	8
Mumford και συν 1992	Λαχώρη, Πακιστάν	14	10,1	7,7
Wood και συν 1992	Μάντσεστερ, Μ. Βρετανία	15-16	7,4	8,6
Rathner και συν 1993	Βόρεια Ιταλία, Τυρόλο	11-20	4,7	5,6
Fisher και συν 1994	Ν. Υόρκη (προάστια)	16,2 (μέση)	12,7	-
Fisher και συν 1994	Ν. Υόρκη (κέντρο)	16	10,1	-
Buddeberg & συν 1996	Ζυρίχη, Ελβετία	16,0 (μέση)	6,9	8,3
Σίμος (1996)	Θεσσαλονίκη	16,8 (μέση)	13,7	10,3
Δική μας (1999)	Ιωάννινα	15-20	14,41	9,72

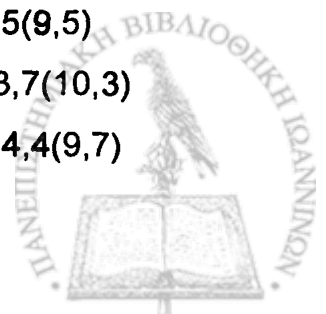
Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι η τιμή της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 στα κορίτσια της έρευνάς μας είναι εξαιρετικά υψηλή, γεγονός που δείχνει ότι υπάρχει αυξημένη επικράτηση ευρέως φάσματος παθολογικών συμπεριφορών διατροφής στις ηλικίες 15-20 των εφήβων κοριτσιών του Νομού Ιωαννίνων κατά την δεκαετία που διανύσαμε, σαφώς μεγαλύτερη από αυτές που βρέθηκαν σε αντίστοιχες έρευνες σε μαθήτριες που ζούν σε Δυτικές κοινωνίες και παραπλήσια τόσο στις τιμές που βρέθηκαν σε άτομα της ίδιας ηλικίας από αναπτυσσόμενες χώρες, όσο και στην τιμή που βρέθηκε σε μια ανάλογη έρευνα σε Ελληνικό πληθυσμό (Σίμος 1996). Από την άλλη πλευρά βρέθηκε ότι το ποσοστό των μαθητριών με Ολική βαθμολογία στο EAT-26 ίση και μεγαλύτερη της οριακής τιμής 20, είναι 25,4% (δηλαδή ένα στα



τέσσερα κορίτσια παρουσιάζει βαθμολογία στο EAT-26 ίση και μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου), και ότι η Ολική Βαθμολογία του EAT-26, ως μεταβλητή, στην στατιστική ανάλυση δεν σχετίζεται με την κοινωνική ομάδα που ανήκουν οι μαθήτριες της έρευνας μας αλλά ότι σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον Δείκτη Σωματικής Μάζας των μαθητριών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων (κοινωνικής ομάδας βάσει των επαγγελματιών πατέρα και μητέρας και φοίτησης σε Αστικά-μη Αστικά Λύκεια) γεγονός που μας επιτρέπει να συμπαιράνουμε ότι πρόκειται για πρόβλημα που επικρατεί σε αυτά τα υποκείμενα με τα συγκεκριμένα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, εύρημα διαφορετικό από αυτό της εργασίας των Eisler και Szmukler (1985), που αναφέρθηκε προηγουμένως. Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα φαίνεται ότι το πρόβλημα των διαταραχών διατροφής στην χώρα μας, αυξάνεται σε συχνότητα, κατά την παρούσα δεκαετία και μάλιστα ανεξαρτήτως του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Σε σχέση με άλλες επιδημιολογικές έρευνες φαίνεται ότι η παρούσα έρευνα πλεονεκτεί, καθόσον συνεκτιμά στην επικράτηση των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής τον Δείκτη Σωματικής Μάζας που όπως είπαμε αντιπροσωπεύει τα σωματομετρικά τους χαρακτηριστικά, και επομένως δείχνει την πραγματική εικόνα του προβλήματος. Τα παραπάνω φαίνονται συγκριτικά με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 125: Συγκριτική παράθεση του ΔΣΜ, του ποσοστού των υποκειμένων με βαθμολογία στο EAT-26 ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου 20, και της μέσης τιμής στα κορίτσια της έρευνάς μας.

	N	Ηλικία	ΔΣΜ	%EAT-26 I ή Μεγ. 20	M.T.EAT-26
Mumfrond et al(1991)	204	15,1	20,3(3,0)	8,7%	7,7(8,0)
Dolan(1990)	353	28,2	21,9(3,1)	8,5%	8,5(9,5)
Σιμος(1996)	649	16,8	22,5(3,0)	24,8%	13,7(10,3)
Δική μας	469	15-20	20,4(2,1)	25,4%	14,4(9,7)

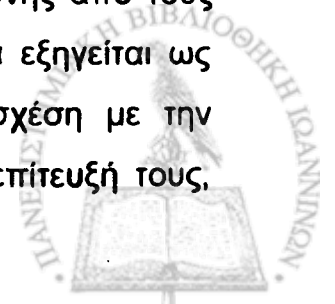


Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία οι μαθήτριες των δύο Ελληνικών ερευνών έχουν σχεδόν τριπλάσιο ποσοστό βαθμολογίας στο EAT-26 ίσης ή μεγαλύτερης της οριακής τιμής, σε σύγκριση με τὰ κορίτσια (και τις νεαρές γυναίκες) των δύο ερευνών από την Βρετανία, αλλά περίπου ίση τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας, γεγονός που επιβεβαιώνει την παρατήρηση ότι πρόκειται για λεπτόσωμα κατά κανόνα κορίτσια και επομένως, για μια παρατηρήσιμη σαφή αύξηση της επικράτησης ενός ευρέος φάσματος παθολογικών συμπεριφορών διατροφής στην χώρα μας κατά την τελευταία δεκαετία.

Στην έρευνα μας επίσης βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν οι γονείς τόσο βάσει του επαγγέλματος του πατέρα αλλά και της μητέρας, γεγονός που ανεξαρτητοποιεί τις παραμέτρους ανορεκτική συμπεριφορά και κοινωνική τάξη.

Για πολλά χρόνια υπήρχε η άποψη ότι η ψυχογενής ανορεξία και η ανορεκτική συμπεριφορά είναι διαταραχή που αφορά άτομα των ανώτερων κοινωνικών τάξεων (Dally 1969, Anderson and Hay 1985). Πρόσφατα ευρήματα από έρευνες γενικού πληθυσμού δεν επιβεβαιώνουν την αρχική παρατήρηση (Rastam 1992). Το εύρημα που βρέθηκε σε μια άλλη έρευνα της Rastam (1990) και φαίνεται ότι σχετίζεται με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, είναι ότι οι ανορεκτικοί ασθενείς προέρχονται από κοινωνικές τάξεις που χαρακτηρίζονται ως ανερχόμενες γεγονός που παρατηρείται κατεξοχήν στην Ελληνική κοινωνία της τελευταίας 10ετίας και αντανακλάται πιθανόν στην

μεγάλη ένταση και γενικευμένη αμφιθυμία που παρατηρείται στις οικογένειες αυτές. Το παραπάνω εύρημα συνάδει με την δική μας διαπίστωση ότι δεν υπάρχει διαφορά στην βαθμολογία του EAT-26 μεταξύ μαθητών και μαθητριών αστικών και μη αστικών Λυκείων (πόλης-χωριών). Βρέθηκε επίσης στην έρευνά μας ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ EAT-26 (ολικής Βαθμολογίας) και Σχολικής επίδοσης στα κορίτσια, γεγονός που συμφωνεί με το εύρημα του Gillberg (1996), ότι οι ανορεκτικοί ασθενείς δεν έχουν υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης από τους μη ασθενείς της ηλικίας τους και ότι η ανορεκτική συμπεριφορά εξηγείται ως παγιδευτική αμφιθυμία ανάμεσα στην έντονη τελειοθηρία σε σχέση με την σχολική επίδοση και τις μικρές δυνατότητες που έχουν για την επίτευξή τους,



εύρημα που βρέθηκε και στις μαθήτριες με βουλιμική συμπτωματολογία, και πιθανώς έχει αντίστοιχη εξήγηση.

#### Ευρήματα από την εφαρμογή του BITE

Σε σχέση με τα ευρήματα από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου BITE, όπως αναφέραμε στην εισαγωγή και στους σκοπούς αυτής της έρευνας, το ερωτηματολόγιο αυτό, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε Ελληνικό πληθυσμό Υγιών εφήβων από τον γενικό πληθυσμό, με σκοπό την εκτίμηση της επικράτησης των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής που εντάσσονται στο σύνδρομο της Ψυχογενούς βουλιμίας. Στην έρευνά μας βρέθηκε ότι 2,5% των κοριτσιών και 0,3% των αγοριών παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία στην Υποκλίμακα Συμπτωμάτων του BITE (1,5% στο σύνολο) και αντιστοίχως 12,3% των κοριτσιών και 2,4% των αγοριών παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία στην Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του BITE (7,8% στο σύνολο). Σύμφωνα με την τιμή της Ολικής Βαθμολογίας και το ποσοστό των υποκειμένων που έχουν Ολική Βαθμολογία (το άθροισμα των Υποκλιμάκων) ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 25, είναι 0,3% για τα αγόρια (1 αγόρι) και 1,9% για τα κορίτσια (9 κορίτσια) και το σύνολο 1,2%, ποσοστό που πιθανώς αντιπροσωπεύει την επικράτηση της βουλιμικής συμπτωματολογίας και κατ'επέκταση παρέχει την εκτίμηση της πιθανής επικράτησης της ΨΒ στα άτομα της έρευνάς μας.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, των ερευνών με τη χρήση του ερωτηματολογίου BITE, που είναι μάλλον λίγες, προκύπτουν τα κάτωθι αποτελέσματα:

Στην έρευνα των Wlodarczyk-Bisaga, Dolan, McCluskey & Lacey (1995) στην Πολωνία, σε 196 φοιτήτριες ( $20,5 \pm 2,0$ ) ετών και 218 εργάτριες ( $34,7 \pm 7,4$ ) ετών, πού έγινε με σκοπό τη διερεύνηση της επικράτησης των ΔΔ με τη χρήση ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE, ως προς τα αποτελέσματα του BITE βρέθηκαν τα κάτωθι, στις φοιτήτριες:

Μέση Τιμή της BITE (Υποκλίμακας Συμπτωμάτων) =  $8,54 \pm 5,5$



Μέση Τιμή της ΒΙΤΕ (Υποκλίμακας Βαρύτητας) =  $2,25 \pm 2,0$

Στην έρευνα των Tata, Vigus, Bowyer & Judd (1994) σε γυναίκες ηλικίας ( $42,3 \pm 15,7$ ) που προσήλθαν σε κέντρο αδυνατίσματος του Λονδίνου για απώλεια βάρους βρέθηκαν οι κάτωθι τιμές στο ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ:

Μέση Τιμή της ΒΙΤΕ (ΥΣ) :  $12,1 \pm 6,6$

Μέση Τιμή της ΒΙΤΕ (ΥΒΣ):  $2,5 \pm 1,9$

Στην εργασία της G. Waller, Coakly & Richards (1995) σε μαθήτριες 14-15 ετών, Καυκάσιες (N=103) και ασιατικής καταγωγής (N=157) που διέμεναν στο Birmingham, βρέθηκαν οι κάτωθι τιμές(Μέση Τιμή) στο ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ:

Πίνακας 126. Ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ. Υποκλίμακες ΥΣ και ΥΒΣ.ΜΤ και ΤΑ σε μαθήτριες Ασιατικής και Ευρωπαϊκής καταγωγής.

	Ασιάτισες	Καυκάσιες
ΒΙΤΕ(ΥΣ) Μ.Τ.	$10,8 \pm 3,01$	$9,96 \pm 4,00$
ΒΙΤΕ(ΥΒΣ)Μ.Τ.	$1,83 \pm 2,71$	$1,94 \pm 1,75$

Από την παράθεση των στοιχείων αυτών σε πίνακα- προκύπτει ότι τα αποτελέσματα μας, είναι παραπλήσια με αυτά για τις ηλικίες 15-20 ετών, εκτός της έρευνας σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας στην Βρετανία, που οι τιμές των υποκλιμάκων είναι μεγαλύτερες, γεγονός που πιθανώς δικαιολογείται από την κλινική διαπίστωση ότι η ηλικία έναρξης της βουλιμίας είναι, σε σχέση με την ηλικία έναρξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, περισσότερο όψιμη (Fairburn και συν 1997).

Πίνακας 127: Σύγκριση των ευρημάτων από τη χρήση του Ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ

Μελέτη	Πηγή	Ηλικία	Τόπος	ΒΙΤΕ(ΥΣ)	ΒΙΤΕ(ΥΒΣ)
Wlodarczyk-Bisaga και συν (1995)	Φοιτήτριες	$20 \pm 2,0$	Βαρσοβία	$8,54 \pm 5,50$	$2,25 \pm 2,0$
Tata και συν (1994)	Γυναίκες κέντρου αδυνατίσματος	$42,3 \pm 15,7$	Λονδίνο	$12,1 \pm 6,6$	$2,5 \pm 1,9$





Waller και συν (1995)	Μαθήτριες	14-15	Μπερμιχαμ	10,8±3,01(A) 9,96±4,00(K)	1,83±2,71(A) 1,94±1,75(K)
Δική μας (1999)	Μαθήτριες	15-20	Ιωάννινα	8,66±4,71	1,85±5,84

Επιπλέον, βρέθηκε ότι στα κορίτσια της έρευνάς μας υπάρχει σχέση μεταξύ βουλιμικής συμπεριφοράς και κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, δηλαδή ότι όταν στην οικογένεια η μητέρα εντάσσεται ως εργαζόμενη σε περιβάλλον που το σχήμα, το βάρος και η αισθητική της παρουσίας κυριαρχούν, οι συμπεριφορές βουλιμικού τύπου (περιορισμός φαγητού, επεισόδια υπερφαγίας, αποβολή των τροφών) μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα ανάπτυξης διαταραχής διατροφής σε κάποιο νεαρότερο μέλος αυτής της οικογένειας, γεγονός που ενισχύεται και από το εύρημα ότι υπάρχει διαφορά ως προς την βουλιμική συμπεριφορά μεταξύ κοριτσιών αστικών και μη αστικών Λυκείων (καθόσον οι γυναίκες στα χωριά δεν εργάζονται σε περιβάλλοντα με κυρίαρχες αξίες την αισθητική της εμφάνισης).

## Εκτίμηση Επικράτησης των Ψυχιατρικών Διαταραχών Διατροφής ΨΑ και ΨΒ

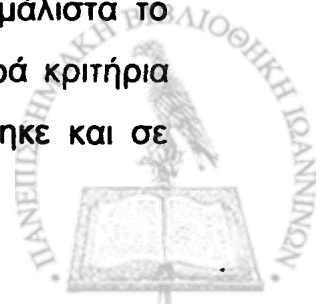
Στην έρευνά μας, χρησιμοποιήσαμε συγκεκριμένα κριτήρια για την εκτίμηση της επικράτησης της ΨΑ και της ΨΒ στους εφήβους μαθητές και μαθήτριες του δείγματός μας. Για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας τα κριτήρια ήταν τρία (  $\Delta\Sigma M < 17,5$ ,  $EAT-26, OB > 20$  και Αμηνόρροια  $> 3$  μήνες). Με βάση λοιπόν αυτά τα κριτήρια κανείς, ούτε αγόρι, ούτε όμως και κορίτσι, βρέθηκε να πάσχει από ΨΑ, γεγονός που αποτέλεσε έκπληξη μη αναμενόμενη και μη σύντονη με τα λοιπά ευρήματα που δείχνουν σαφή αύξηση των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής γενικά. Από την περαιτέρω, όμως, διερεύνηση των δεδομένων, όπως έχει αναλυθεί στο αντίστοιχο κεφάλαιο και την χρήση ευρέων κριτηρίων βρέθηκε ότι 4 κορίτσια (0,85%) είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία, 6 κορίτσια (1,27%) είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από άτυπη μορφή της διαταραχής και ότι 119 κορίτσια (25,4%) παρουσιάζουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής, όπως διαπιστώνεται με το ερωτηματολόγιο EAT-26. Η τιμή εκτίμησης της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας που βρέθηκε στην παρούσα έρευνα συγκρίνεται με τις τιμές που βρέθηκαν σε αντίστοιχες έρευνες στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 128: Συγκριτική παράθεση των αποτελεσμάτων των 10 σπουδαιότερων ερευνών Επικράτησης της ΨΑ σε νεαρές γυναίκες με τη μεθοδολογία της επιδημιολογικής έρευνας των 2 - σταδίων και τη χρήση του EAT

Μελέτη	Υποκείμενα			Μέθοδος		
	Πηγή	Ηλικία	Αριθμός	Είδος ερωτ/γίου	Κριτήρια	Επικράτηση ΨΑ %
Button et Whitehouse (1981)	Σπουδάστριες κολλεγίου	16-22	446	EAT	Feighner	0,2
Szmukler (1983)	Μαθήτριες - ιδιωτικών	14-19	1331	EAT	Russell	0,8
	- δημοσίων	14-19	1676	EAT	Russell	0,8

King (1989)	Εξ. ιατρείο	16-35	539	EAT	Russell	0
Meadows et al (1986)	Εξ. ιατρείο	18-22	584	EAT	DSM-III-R	0,2
Johnson- Sabine et al (1988)	Μαθήτριες	14-16	1010	EAT	DSM-III-R	0
Rastam et al (1989)	Μαθήτριες	15	2136	Δικό της	DSM-III-R	0,23
Whitaker et al (1990)	Μαθήτριες	13-18	2544	EAT	DSM-III-R	0,3
Whitehouse et al (1992)	Εξ. Ιατρείο	16-35	540	Δικό τους	DSM-III-R	0,2
Rathner and Messner (1993)	Μαθήτριες + παραπομπές	11-20	517	EAT	DSM-III-R	0,58
Wlodarczyk- Bisaga et al (1996)	Μαθήτριες	14-16	747	EAT	DSM-III-R	0
Δική μας (1999)	Μαθήτριες	15-20	471	EAT	-EAT-26 (OB)≥20 -Αμην. ≥3μην. -ΔΣΜ≤17,5	0 ΨΑ 0,85 πιθανή 1,27 άτυπη

Παρά το γεγονός ότι στην δική μας έρευνα δεν χρησιμοποιήθηκε η τεχνική των δύο σταδίων (παρά μόνο το πρώτο στάδιο) η δική μας έρευνα παρατίθεται γιατί παρά τους περιορισμούς της, το ποσοστό των πιθανώς πασχόντων από ΨΑ είναι παραπλήσιο των αντίστοιχων ερευνών των δύο σταδίων και μάλιστα το ποσοστό των πιθανώς πασχόντων από ΨΑ, σύμφωνα με τα αυστηρά κριτήρια της ερευνάς μας είναι μηδενικό ή λίγο μεγαλύτερο, κάτι που βρέθηκε και σε



άλλες έρευνες, με καλύτερη μεθοδολογία, πλὴν ὅμως θα πρέπει να ανάφέρουμε ὅτι στην δική μας έρευνα έπρεπε να συμπεριλάβουμε και τις πιθανές και άτυπες περιπτώσεις αλλά και να επεκτείνουμε την ερευνητική μας προσπάθεια στην συσχέτιση των παθολογικών συμπεριφορῶν διατροφής με αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου, ὅπως π.χ. η συσχέτιση με τις παραμέτρους της γενικής ψυχοπαθολογίας, που έχει γίνει σε ελάχιστες έρευνες.

Η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας βάσει των κριτηρίων της δικής μας έρευνας είναι 0,3% για τα αγόρια και 0,6%-1,1% για τα κορίτσια, που είναι λίγο μικρότερη για τα κορίτσια και περίπου ίδια για τα αγόρια της αντίστοιχης επικράτησης που αναφέρεται ὅτι παρατηρείται σε ανάλογο πληθυσμό των χωρῶν της Δ.Ευρώπης και της Β.Αμερικής, βάσει των βιβλιογραφικών δεδομένων (Fairburn & Beglin 1990) και που εκτιμάται ὅτι η επικράτηση της ΨΒ είναι 1-3% σε έφηβες και νέες γυναίκες (APA, 1994) και 0,2% για τους έφηβους και νέους άνδρες (Carlat & Camargo, 1991).

Ὡς προς την εκτίμηση της επικράτησης της Επεισοδιακής Υπερφαγίας, φαίνεται ὅτι αυτή είναι 12,4% στα αγόρια και 20,2% στα κορίτσια, ποσοστό αντίστοιχο, με τα ευρήματα άλλων ερευνῶν, ὅπως αυτής των Fairburn και Beglin (1990) που υπολόγισαν τα επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα να είναι  $15,7 \pm 9,4$  % σε 11 τουλάχιστον μελέτες (Fairburn & Beglin 1990).

Ὡς πρὸς την συγκριτική εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας τα στοιχεία παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 129: Συγκριτική παράθεση των αποτελεσμάτων επικράτησης της ΨΒ βάσει αυτοσυμπληρούμενων Ερωτηματολογίων (Fairburn et Beglin 1990).

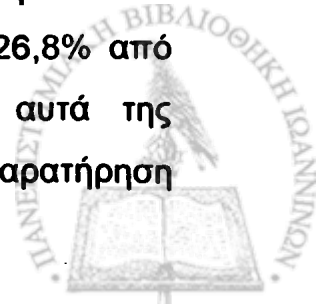
	Επικράτηση			Αριθμός Εργασιῶν
	%			
Διάγνωση / Κριτήρια	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση	
DSM III Βουλιμία	9,0	4,3	3-19	20



DSM III Βουλιμία με εβδομαδιαία επεισόδια Υπερφαγίας	3,6	2,0	0-7	13
DSM III Βουλιμία με εβδομαδιαία επεισόδια Υπερφαγίας και επεισόδια αποβολής των τροφών	2,8	2,8	1-10	11
Ψυχογενής Βουλιμία με κριτήρια Russell DSM-III R	2,6	1,0	2-4	4
Δική μας BITE $\geq 25$ BITE (ΥΣ) $\geq 20$ BITE (ΥΒΣ) $\geq 5$	0,3%(αγ) 0.6-1,1% (κορ.)	-	-	-

Ψυχοπαθολογία βάσει των ευρημάτων από την εφαρμογή του SCL-90R.

Σύμφωνα με την έρευνα του Μαδιανού (Μαδιανός, 1998) από την γενική διερεύνηση της επικράτησης Ψυχοπαθολογίας σε Έλληνες εφήβους, στο γενικό πληθυσμό, προκύπτει ότι το 22% από αυτούς υπέφεραν από σειρά καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Από την άλλη πλευρά το 14,6% του ίδιου πληθυσμού εφήβων βρέθηκαν να παρουσιάζουν μια έκπτωση στην ψυχική τους υγεία καθώς επίσης ότι το 22% των εφήβων αναφέρουν ότι είχαν αντιμετωπίσει ένα σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα στην ζωή τους, ενώ μόνο το 26,8% από αυτούς ζήτησαν βοήθεια από κάποιον γιατρό. Τα ποσοστά αυτά της ψυχοπαθολογικής νοσηρότητας στους εφήβους, σύμφωνα με την παρατήρηση



του ερευνητή, δεν πρέπει να θεωρηθούν ανησυχητικά, αφού σύμφωνα με τον Rutter και συν (1976) η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι ένα συνηθισμένο χαρακτηριστικό, με συνακόλουθη έξαρση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων εσωτερικής αναταραχής (turmoil), με ιδέες αυτομομφής και αυτοκαταστροφικό ιδεασμό στο πλαίσιο των βιοψυχικών αλλαγών της εφηβείας. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα η καταθλιπτική διάθεση ως επικρατούσα ψυχοπαθολογία, στα άτομα εφηβικής ηλικίας, αποτελεί ένα αντικείμενο συνεχούς μελέτης, αλλά και μεγάλων διαφωνιών, ως προς την ιδιαιτερότητά της, τη σοβαρότητά της και την αιτιολογία της (Akiskal και McKinnkey 1975, Rutter και συν 1976, Weissman και Klerman 1977, Wells και συν 1987). Η καταθλιπτική διάθεση ως ψυχολογική διάσταση (παράμετρος) εμπεριέχει κυρίως συναισθήματα αποθάρρυνσης, απαισιοδοξίας και απογοήτευσης (Albert και Beck 1975) πιθανώς -σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, λόγω της «φυσιολογικής» κρίσης κατά τη διάρκεια της μεταβατικής αυτής περιόδου (Rutter και συν 1976) ή σύμφωνα με άλλους ερευνητές λόγω συναισθηματικής διαταραχής ή μιας διαδικασίας αποηθικόποίησης του ατόμου. Στην περίπτωση της συναισθηματικής διαταραχής -που θεωρείται ως η κυριότερη αιτία αποπειρών αυτοκτονίας φαίνεται ότι η διάγνωση της κατηγορίας αυτής, υπολείπεται των πραγματικών διαστάσεων του φαινομένου, γεγονός που δυσκολεύει την πρόληψη των καταστροφικών επιπτώσεων της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Kienhorst και συν 1992).

Οι περισσότερες έρευνες που ανιχνεύουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, έγιναν σε μαθητές μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων ή σε νοσηλευόμενους έφηβους που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας (Kienhorst και συν 1992) ενώ μόνο μια επιδημιολογική έρευνα επεκτείνεται και σε έφηβους από το γενικό πληθυσμό που αφορά και όλους τους άλλους που δεν είναι μαθητές (Shoenback και συν 1983), για δε τα ελληνικά δεδομένα υπάρχουν μόνο δυο δημοσιευμένες εργασίες που ανιχνεύουν ψυχοπαθολογία στους έφηβους. Η μελέτη του Μαδιανού και συνεργατών (Madianos και συν 1993) και η μελέτη του Αγγελόπουλου και συνεργατών (Angelopoulos και συν 1994) που θα παρουσιασθούν αναλυτικά, παρακάτω.

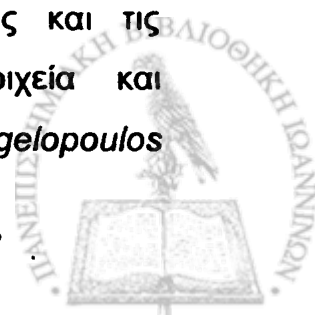


Η μελέτη του Μ. Μαδιανού (*Madianos και συν 1993*) εξετάζει μέσω δομημένης κλινικής συνέντευξης και ερωτηματολογίου από ειδικό, στο σπίτι του έφηβου, την επικράτηση συμπτωμάτων καταθλιπτικής διάθεσης και αυτοκτονικής συμπεριφοράς σ' ένα δείγμα 1325 έφηβων (634 αγοριών και 691 κοριτσιών) από αστικές και αγροτικές περιοχές όλης της Ελλάδος εκτός των νήσων Αιγαίου και Ιονίου. Βρέθηκε ότι 13% των αγοριών και 29% των κοριτσιών (20,3% στο σύνολο του δείγματος) χαρακτηρίζονται, σύμφωνα με τα κριτήρια των ερευνητών, μέσω της κλίμακας Center for Epidemiologic Studies - Depression -scale (CES -D), ως έχοντες συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής.

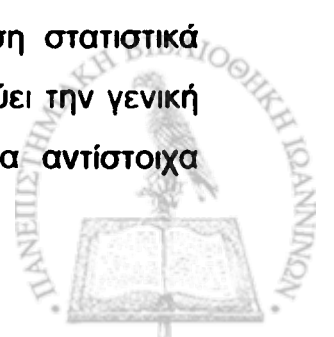
Στη μελέτη του Ν. Αγγελόπουλου και της Μ. Οικονόμου (*Angelopoulos και Economidou 1994*) εξετάζεται η επικράτηση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε 1080 μαθητές και μαθήτριες Α', Β' και Γ' τάξεων (15-20 ετών), μιας επαρχιακής πόλης της Πελοποννήσου (Τρίπολη), μέσω του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου Delusions Symptoms States Inventory - States of Anxiety and Depression (-DSSI - SAD).

Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι 24,5% των μαθητών και 56,4% των μαθητριών παρουσιάζουν συμπτώματα Άγχους (άνω της τιμής κατωφλίου για την κλίμακα Άγχους), εκ των οποίων 10,3% των αγοριών και 30,9% των κοριτσιών έχουν πολύ υψηλές τιμές. Στην κλίμακα της κατάθλιψης, βρέθηκε ότι 33,4% των αγοριών και 60,6% των κοριτσιών, αναφέρουν τιμές άνωθεν της τιμής κατωφλίου, καθώς επίσης ότι, 13,9% των αγοριών και 31,1% των κοριτσιών έχουν πολύ υψηλές τιμές. Βρέθηκε επίσης μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στην κλίμακα του Άγχους καθώς και μια θετική σχέση μεταξύ ηλικίας και δυσθυμικών συμπτωμάτων στα κορίτσια.

Ως προς τη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και άλλων παθολογικών συμπεριφορών -εξαιρουμένης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, στους έφηβους, στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν μόνο 3 μελέτες: Η μελέτη του Μαδιανού (*Madianos και συν 1993*) που εξετάζει τη σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αποπειρών αυτοκτονίας στους έφηβους, η μελέτη της Σ. Μπεράτη (*Berati 1991*) που εξετάζει τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα, σε σχέση με δημογραφικά στοιχεία και ψυχοπαθολογία, και η μελέτη της Μ. Οικονόμου (*Economidou και Angelopoulos*



1989) που εξετάζει τη σχέση μεταξύ ψυχιατρικών παραμέτρων και σχολικής επίδοσης σε έφηβους-μαθητές και μαθήτριες Λυκείου. Στην δική μας έρευνα, που διερευνάται η σχέση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με άλλες παραμέτρους και την συνοδό ψυχοπαθολογία, βρέθηκε ότι το 43,9% των αγοριών και 62,2% των κοριτσιών παρουσιάζουν τιμές ψυχοπαθολογίας ανώτερες της τιμής κατωφλίου στον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας Symptom checklist -90 Revised (SCL-90R), γεγονός που δείχνει ότι ένα υψηλό ποσοστό αγοριών και κοριτσιών (54% στο σύνολο) παρουσιάζει ψυχολογική καταπόνηση με σημαντικότερη στα κορίτσια (περίπου 2 στα 3). Ως προς τις διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά επικράτησης των Υποκλιμάκων (όπου οι τιμές είναι μεγαλύτερες της τιμής κατωφλίου) στα μεν αγόρια στις διαστάσεις Θυμός / επιθετικότητα (62,3% των αγοριών έχουν τιμή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου), Παρανοειδής Ιδεασμός (54,5%), Ψυχωτισμός (52,5%) και Διαπροσωπική ευαισθησία (48,6%) στα δε κορίτσια στις διαστάσεις Διαπροσωπική ευαισθησία (67,5%), Παρανοειδής ιδεασμός (66%), Θυμός/επιθετικότητα (62,4%) και Ψυχωτισμός (62,2%). Παραδόξως η διάσταση της Κατάθλιψης είναι πιο κάτω με υψηλές τιμές (ανώτερες της τιμής κατωφλίου) στο 51% των κοριτσιών και στο 28,1% των αγοριών. Επιπλέον βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία (15-20 ετών) οι υποκλίμακες Σωματοποίηση και Φοβικό άγχος. Δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ τιμών ψυχοπαθολογίας και κοινωνικής ομάδας των μαθητών, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα, ενώ βάσει του επαγγέλματος της μητέρας βρέθηκαν διαφορές στα κορίτσια στον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (και στις υποκλίμακες Κατάθλιψη και Ψυχωτισμός). Σε σχέση με την φοίτηση σε αστικά και μη αστικά Λύκεια του Ν.Ιωαννίνων (πόλεις και χωριά), δεν βρέθηκαν διαφορές στις τιμές ψυχοπαθολογίας, ούτε στα αγόρια, ούτε στα κορίτσια. Εύρημα αντίθετο, όσον αφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, με τα δεδομένα άλλων ερευνών (Ierodiakonou 1988, Madiapos και συν 1991), ενώ σε σχέση με την Σχολική επίδοση, όπως μετρήθηκε μέσω του Βαθμού της Προηγούμενης Χρονιάς, βρέθηκε ότι στα κορίτσια υπάρχει σχέση στατιστικά σημαντική με τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων, που αντιπροσωπεύει την γενική και συνολική ψυχολογική καταπόνηση, εύρημα σύμφωνο με τα αντίστοιχα



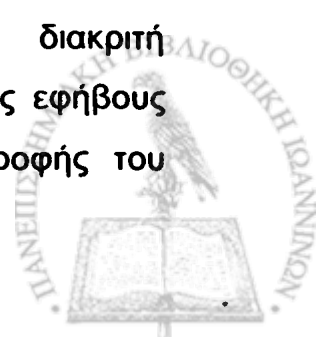


αποτελέσματα της έρευνας των Οικονόμου και Αγγελόπουλου (Econoμου, Angelopoulos 1989).

### Σχέση Ψυχοπαθολογίας με Παθολογική Συμπεριφορά Διατροφής.

Ως προς την διερεύνηση της σχέσης ψυχοπαθολογίας, όπως εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο SCL-90R και της Παθολογικής Συμπεριφοράς Διατροφής, όπως εκτιμήθηκε με τα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE και με βάση τον διαχωρισμό των μαθητών και μαθητριών σε ομάδες με πιθανή κλινική σημασία ή όχι (EAT-26 OB  $\geq 20$ , EAT-26 OB  $< 20$  και BITE OB  $\geq 25$ , BITE OB  $< 25$ ) βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ Παθολογικής Συμπεριφοράς Διατροφής και Ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα για τα κορίτσια, αυτά που είχαν υψηλή Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26 δηλαδή Ολική Βαθμολογία  $\geq 20$  διαφέρουν από τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία στα EAT-26 (EAT-26 OB  $< 20$ ) σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0,0001$ ), στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0,005$ ) και στις Υποκλίμακες, Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,001$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0,0001$ ), Άγχος ( $p < 0,04$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,0001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0,02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0,03$ ). Αντιστοίχως, τα κορίτσια με υψηλή Βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο BITE δηλαδή Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου  $\geq 25$ , διαφέρουν από τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία (BITE-OB  $< 25$ ) σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0,002$ ), στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0,04$ ) και στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0,001$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,01$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0,01$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,03$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0,02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0,01$ ).

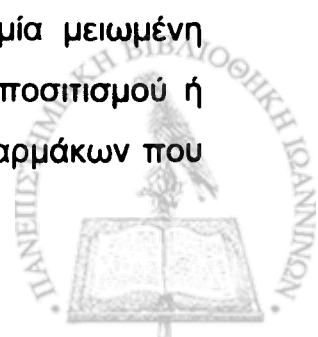
Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με λογιστική παλινδρόμηση, βρέθηκε ότι η διάσταση Θυμός - Επιθετικότητα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανορεκτική διάσταση, στα κορίτσια. Επομένως η Επιθετικότητα ως διακριτή ψυχοπαθολογική διάσταση στο επίπεδο της προσωπικότητας στους εφήβους διαδραματίζει αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης διαταραχής διατροφής του



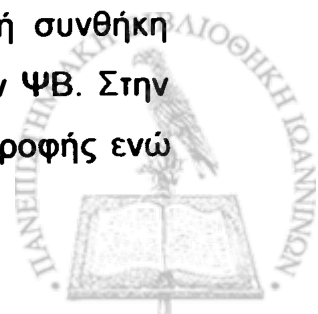
ανορεκτικού φάσματος. Γενικά για την επιθετικότητα είναι γνωστό ότι μπορεί να είναι ενδοστρεφόμενη και να στρέφεται στον εαυτό μέσω μηχανισμών ενδοβολής με σκοπό την καταστροφή των εσωτερικευμένων αντικειμένων (γονείς) που έχουν επενδυθεί με αμφιθυμικό τρόπο δηλαδή με αγάπη και μίσος ταυτόχρονα. Έχει βρεθεί επίσης ότι η επιθετικότητα θεωρείται ως αντίδραση σε αισθήματα κατωτερότητας, ανεπάρκειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης που προκύπτουν από αρνητικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία και που δημιουργούν υπερευαισθησία στις διαπροσωπικές σχέσεις (ευαισθησία στην κριτική). Υπάρχει σχέση μεταξύ θυμού - επιθετικότητας και απόπειρας αυτοκτονίας στους εφήβους (Spirito et al 1989).

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, έχει βρεθεί ότι σε πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία, η ψυχοπαθολογική διάσταση θυμός - επιθετικότητα, είναι ενδοστρεφόμενη και συγκεκαλυμμένη, σχετίζεται με την οργάνωση της σεξουαλικότητας, παραπέμπει στις αμφιθυμικές αντικειμενοτρόπες σχέσεις, και εμπεριέχει ως απάντηση τον αυτοέλεγχο που αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό στην ανορεκτική συμπεριφορά, και σχετίζεται επίσης με τις βιολογικές ανωμαλίες του σεροτονινεργικού συστήματος που παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία (Wonderlich 1995, Kaye 1999). Στην έρευνά μας λοιπόν παρουσιάζεται ως διακριτή ψυχοπαθολογική διάσταση που επηρεάζει την παθολογική συμπεριφορά διατροφής (όπως καταγράφεται από την υψηλή βαθμολογία του EAT-26, που καθορίστηκε ως ίση ή μεγαλύτερη της τιμής 20) και συνδέει την επιδημιολογική έρευνα της παθογένειας της ΨΑ με την Νευροφυσιολογία της ψυχοσωματικής θεωρίας (θανάσιμος φαύλος κύκλος συναισθηματικής έκφρασης) αλλά και με τα πρόσφατα δεδομένα της βιολογικής έρευνας

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την άποψη του Walter Kaye (1999) οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία υποσιτίζουν εαυτούς με σκοπό να μειώσουν την δραστηριότητα του σεροτονινεργικού συστήματος στον εγκέφαλο με σκοπό να αισθανθούν καλύτερα. Η σεροτονίνη προέρχεται βιοχημικά από την τρυπτοφάνη που είναι γνωστό ότι είναι ένα από τα απαραίτητα αμινοξέα που προέρχεται από τις τροφές. Έχει αποδειχθεί ότι οι πάσχοντες από ΨΑ έχουν μία μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα όταν βρίσκονται σε κατάσταση υποσιτισμού ή όταν είναι ελλειποβαρείς. Από τη δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που

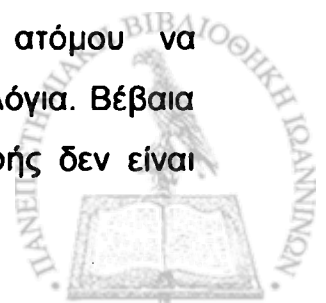


έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία των διαταραχών διατροφής (ιδιαίτερως της ψυχογενούς βουλιμίας) που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRIs) έχει διαπιστωθεί ότι δεν είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία τών ανορεκτικών ασθενών και αυτό γιατί η διαθέσιμη σεροτονίνη στη συναπτική σχισμή είναι ελάχιστη έτσι ώστε η αναστολή της επαναπρόσληψής της μέσω των φαρμάκων - αναστολέων δεν είναι αποτελεσματική. Τα παραπάνω ευρήματα πιθανώς εξηγούν το ρόλο της επιθετικότητας που χαρακτηρίζεται από μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα και την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών διατροφής ανορεκτικού τύπου με σκοπό την αποκατάσταση της ισορροπίας τόσο σε βιοχημικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την άποψη πάντα του Walter Kaye, η υποκείμενη βιολογική ευαλωτότητα μπορεί να διαδραματίσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη είτε ψυχογενούς ανορεξίας είτε ψυχογενούς βουλιμίας και αυτό γιατί μόνο ένα μικρό ποσοστό των γυναικών που εκτίθενται στις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις αναφορικά με το βάρος και την εμφάνιση του σώματος αναπτύσσουν ΨΑ ή ΨΒ. Η πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι η αυξημένη σεροτονινεργική δραστηριότητα μπορεί να είναι απαγορευτική στη λήψη τροφής, στην αντίδραση, στην επιθετικότητα και στη σεξουαλική δραστηριότητα. Επίσης έχει δείξει ότι ασθενείς με ΨΒ και ΨΑ έχουν υψηλά ποσοστά «αποφυγής πόνου» (ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που θεωρείται ότι έχει σχέση με την αυξημένη σεροτονινεργική δραστηριότητα). Τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από ΨΑ όσο και αυτοί που πάσχουν από ΨΒ αντιδρούν στα φάρμακα που εκλεκτικά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRI). Στην ακολουθούμενη ανάρρωση, οι γυναίκες που έπασχαν από ΨΑ και ΨΒ έχουν παρόμοια επίπεδα τελειοθηρίας και ακρίβειας, μέτρια επίπεδα αρνητικής διάθεσης και αυξημένα επίπεδα CSF του 5-HIAAA που είναι ο βασικός σεροτονινεργικός μεταβολίτης. Γι' αυτό, το χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τις διαταραχές στο νευρορυθμιστή που εμπλέκεται στο μεταβολισμό της σεροτονίνης μπορεί να συμβάλλει στην ευαλωτότητα των διαταραχών διατροφής. Σύμφωνα με τον ερευνητή θεωρείται ότι παρ' όλες τις διαφορές μεταξύ τους, υπάρχει μία κοινή βασική συνθήκη περιορισμού και συμπεριφορολογικής αναστολής στην ΨΑ και στην ΨΒ. Στην ΨΒ μπορεί να συμβαίνει μία περιοδική αναστολή στην πρόσληψη τροφής ενώ



στην ΨΑ η αναστολή και ο υπερβολικός έλεγχος της συμπεριφοράς μπορεί να είναι διαρκής. Τα παραπάνω ευρήματα συνδιάζονται με τα ευρήματα από τις μελέτες προσωπικότητας των ασθενών με ΨΑ και ΨΒ. Σύμφωνα με την παρατήρηση του Wonderlich (1995) περιγράφονται τρεις τύποι προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία: 1. Ψυχαναγκαστική προσωπικότητα χωρίς σοβαρή αποδιοργάνωση της λοιπής προσωπικότητας και συμπεριφοράς. 2. Νευρωτική προσωπικότητα με αποφευκτικά και κοινωνιοφοβικά χαρακτηριστικά. 3. Πολύ σοβαρά διαταραγμένη προσωπικότητα με έκπτωση και χαρακτηριστικά την παρορμητικότητα, τη δυσφορία και τη μικρή αντοχή στη ματαίωση. Ως προς τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που παρατηρούνται σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία αυτά είναι η παρορμητικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι μελέτες με τη χρήση του MMPI παρουσιάζουν την προσωπικότητα των ασθενών με ΨΒ ότι αποτελείται από χαρακτηριστικά όπως χαμηλό έλεγχο των ενορμήσεων, χρόνια κατάθλιψη, συμπεριφορές εκδραμάτισης και μικρή αντοχή στη ματαίωση (Wonderlich 1995).

Στην έρευνα μας βρέθηκε επίσης ότι η ψυχοπαθολογική διάσταση Σωματοποίηση, που απηχεί, κατά κάποιο τρόπο, τη σωματοποιητική διαταραχή, δηλαδή τα σωματικά συμπτώματα που οφείλονται στο stress, αποτελεί, στα κορίτσια, παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής βουλιμικού τύπου. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι η υποκείμενη καταθλιπτική διαταραχή που είναι συχνή στους βουλιμικούς ασθενείς αλλά και εξαιτίας του γεγονότος ότι συχνά η συγκεκαλυμμένη κατάθλιψη εκφράζεται ως σωματοποίηση. Η σωματοποίηση κλασικά θεωρείται μηχανισμός μετατροπής ενδοψυχικών συγκρούσεων ώστε να γίνονται αποδεκτές από το Εγώ, λειτουργεί συμβολικά ως έκκληση για βοήθεια προς το περιβάλλον ή ασυνείδητα εκφράζει ένα τρόπο χειρισμού του καθ' όσον επικεντρώνει στο σώμα και όχι στις διαπροσωπικές σχέσεις ή τα υποκείμενα ψυχολογικά αδιέξοδα, καταστάσεις που είναι συνήθεις στην ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς βουλιμίας. Έχει βρεθεί επίσης ότι η σωματοποίηση ως ψυχοπαθολογική διάσταση σχετίζεται με την αλεξιθυμία που είναι η αδυναμία του ατόμου να συνειδητοποιήσει και να εκφράσει συναισθήματα και διαθέσεις με λόγια. Βέβαια ο ακριβής ρόλος της αλεξιθυμίας γενικά στις διαταραχές διατροφής δεν είναι



ϊκανοποιητικά κατανοητός. Αν και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας το οποίο παρουσιάζεται να επιφέρει ευαλωτότητα για νόσηση από διαταραχές διατροφής (ή γενική ψυχοπαθολογία) έχει προταθεί ότι η αλεξιθυμία αποτελεί μία κατάσταση αντίδρασης (state reaction) στη σωματική και την ψυχολογική διαταραχή (Wise et al 1990, Haviland et al 1988). Ωστόσο έχει βρεθεί ότι η αλεξιθυμία στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία δεν βελτιώνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους (Pierloot et al 1988) ούτε μετά τη μείωση των εμέτων και των συμπεριφορών αποβολής των τροφών στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία (Schmidt et al 1993A) γεγονός που δείχνει ότι η απουσία των συμπτωμάτων δεν είναι αρκετή για τη θεραπεία και ότι η αλεξιθυμία παραμένει. Σύμφωνα με την άποψη του Krystal (1979) η αλεξιθυμία αναπτύσσεται ως απάντηση σε πρώιμο ψυχολογικό τραύμα γνωστού όντος ότι πολλοί ασθενείς με διαταραχές διατροφής ιδιαίτερα με ψυχογενή βουλιμία έχουν εμπειρίες ψυχολογικού τραύματος ή κακοποίησης (φυσικής, συναισθηματικής, σεξουαλικής) (Schmidt et al 1993B). Η αλεξιθυμία βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με την ύπαρξη ανώριμων και πρωτόγονων μηχανισμών άμυνας σε καταθλιπτικούς ασθενείς (Wise et al 1991) και ότι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βρέθηκε να έχουν λιγότερο ώριμες και περισσότερο πρωτόγονες άμυνες απ' ό,τι οι ανορεκτικοί ασθενείς. Από την άλλη πλευρά είναι γνωστό ότι λίγοι ανορεκτικοί ασθενείς έχουν εμπειρίες παιδικού τραύματος και ότι δε διαφέρουν από την ομάδα ελέγχου στη χρήση ανώριμων μηχανισμών άμυνας έτσι ώστε τελικά να συμπεραίνεται ότι η αλεξιθυμία διαμεσολαβείται διαφορετικά στην ψυχογενή ανορεξία και στην ψυχογενή βουλιμία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που διευκολύνουν την έκφραση των συναισθημάτων δε βοηθούν στην πλήρη ανάκαμψη πέρα από την ανάκτηση του βάρους και τη μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας και αποβολής των τροφών.

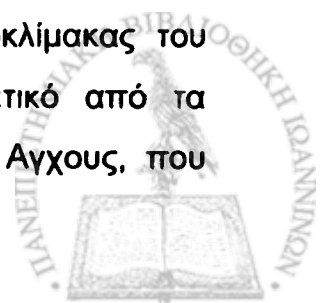
Ως προς τα συγκριτικά αποτελέσματα, στη δική μας έρευνα βρέθηκε ότι η διάσταση της σωματοποίησης λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη βουλιμικής συμπτωματολογίας σε φυσιολογικές έφηβες του γενικού πληθυσμού ενώ στην έρευνα των Buddeberg - Fischer et al (1996) βρέθηκε ότι από τις παραμέτρους ψυχοπαθολογίας επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT οι παράμετροι διαπροσωπική



ευαισθησία και κατάθλιψη. Επίσης, στην έρευνα της Regina Casper (1990) βρέθηκε ότι η διάσταση σωματοποίηση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αυξημένη ανησυχία για το σωματικό βάρος και τη δίαιτα σε αμερικανίδες εφήβους όχι όμως ως μοναδική διάσταση αλλά μαζί με τις κλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους. Οι παραπάνω συγκρίσεις γίνονται επειδή έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο SCL90R σε δείγμα φυσιολογικών εφήβων από το γενικό πληθυσμό στη Γερμανία και Η.Π.Α. αντιστοίχως, όπως και στην δική μας έρευνα.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το ότι η διάσταση της κατάθλιψης δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ανορεκτική συμπεριφορά διατροφής. Η απουσία συσχέτισης της Υποκλίμακας Κατάθλιψης και της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26), πού είναι εύρημα αντίθετο των ευρημάτων της μελέτης τόσο της Casper(1990), όσο και των Buddeberg-Fischer και συν(1996), αποτελεί γεγονός που ενισχύει την αποψη του P.Cooper ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να συνυπάρχει σε διάφορο βαθμό και σε άλλοτε άλλο χρόνο με τους διάφορους τύπους των διαταραχών διατροφής, φαίνεται ότι αποτελεί δευτεροπαθή συνέπεια της πρωταρχικής διαταραχής διατροφής και όχι αίτιο. Από την άλλη πλευρά όμως, στην ερευνά μας βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της Βουλιμικής συμπτωματολογίας και της Κατάθλιψης στα κορίτσια του δείγματός μας, εύρημα σύμφωνο με την διαπίστωση ότι στο 1/3 των ασθενών με Ψυχογενή βουλιμία, η κατάθλιψη προηγείται από την εμφάνιση της διαταραχής διατροφής, καθώς και ότι γενικότερα η κατάθλιψη συνυπάρχει με την βουλιμική συμπτωματολογία, ότι συνυπάρχει κυρίως στην οξεία φάση της διαταραχής διατροφής, αλλά με διαφορετικά συμπτώματα και ότι γενικά η παρουσία Κατάθλιψης, δεν σχετίζεται με την έκβαση της πρωταρχικής διαταραχής διατροφής (Strober, Katz 1987).

Ως προς τις συσχετίσεις του Άγχους με τις παθολογικές συμπεριφορές διατροφής βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση της Υποκλίμακας του Άγχους(και όχι της αντίστοιχης του Φοβικού Άγχους) με την Ανορεκτική συμπεριφορά Διατροφής, ενώ αντιθέτως δεν βρέθηκε συσχέτιση καμμιάς Υποκλίμακας του Άγχους με την Βουλιμική συμπτωματολογία, εύρημα διαφορετικό από τα ευρήματα κλινικών μελετών, ως προς την Φοβική διάσταση του Άγχους, που



βρέθηκε ότι συνυπάρχει με τις διαταραχές διατροφής σε υψηλό ποσοστό π.χ. η επικράτηση της κοινωνικής φοβίας υπολογίζεται περίπου 34% σε ανορεκτικούς ασθενείς και περίπου 50% σε ασθενείς πάσχοντες από Ψυχογενή βουλιμία (Halmi και συν 1991, Steere και συν 1990) Βεβαίως θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα ποσοστά αυτά δεν αποτελούν εκπληξη δεδομένου ότι κεντρικά συμπτώματα των διαταραχών διατροφής είναι ο φόβος πρόσληψης συγκεκριμένων τροφών, ο φόβος σε κοινωνικές εκδηλώσεις που συνδέονται με το φαγητό και ο φόβος όταν εκτίθενται σε ελεγχο ή εξέταση και ότι τα συμπτώματα αυτά ως ιδιαίτερα φοβικά συμπτώματα που απαντώνται στις διαταραχές διατροφής δεν καταγράφονται στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε.

Επίσης όσον αφορά την διάσταση της Ψυχαναγκαστικότητας-Καταναγκαστικότητας βρέθηκε στην έρευνά μας ότι σχετίζεται με την παθολογική συμπεριφορά διατροφής Ανορεκτικού τύπου, στα κορίτσια, αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση με την βουλιμική συμπεριφορά. Στην βιβλιογραφία υπάρχει εκτεταμένη έρευνα που αφορά την συσχέτιση τόσο της Ψ-Κ Διαταραχής όσο και της Ψ-Κ Διαταραχής Προσωπικότητας και των Διαταραχών Διατροφής, γενικά. Σύμφωνα με την άποψη ορισμένων ερευνητών (Halmi και συν 1997), η πραγματική συσχέτιση αφορά την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και την καταθλιπτική συμπτωματολογία που θεωρείται διαμεσολαβητής, καθόσον είναι γνωστό ότι τα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα αναδύονται όταν εμφανίζεται καταθλιπτική συμπτωματολογία και επομένως τα συμπτώματα της Ψ-Κ Διαταραχής, στους ασθενείς με διαταραχές Διατροφής είναι πιθανόν να πυροδοτούνται από την καταθλιπτική διάθεση και ως εκ τούτου, να είναι δευτεροπαθή, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της δικής μας έρευνας, επειδή η κλίμακα της Κατάθλιψης απουσιάζει από τις συσχετίσεις και κυρίως δεν συνυπάρχει με αυτήν της Ψ-Κ Διαταραχής, στην Ανορεκτική διαταραχή συμπεριφοράς Διατροφής.

Ετσι λοιπόν, φαίνεται ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, μόνον η διάσταση Θυμός-Επιθετικότητα σχετίζεται με την Διαταραχή Συμπεριφοράς Διατροφής Ανορεκτικού Τύπου, ενώ η Ψυχοπαθολογική διάσταση



της Σωματοποίησης βρέθηκε να σχετίζεται με την διαταραχή τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Τελικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνάς μας, στα κορίτσια η εμφάνιση παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής με Ανορεκτική διάσταση, σχετίζεται με Ψυχοπαθολογική διαταραχή στο επίπεδο της προσωπικότητας (Θυμός-Επιθετικότητα), με πολιτιστικές επιδράσεις (Συμβουλή για Δίαιτα) και με την διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος (αρνητική εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους). Από την άλλη πλευρά, η Βουλιμική διάσταση των Διαταραχών Διατροφής, στα κορίτσια που ερευνήσαμε, σχετίζεται με τις αγχώδεις εκδηλώσεις και γενικά την διαχείριση του stress (Σωματοποίηση), με τις πολιτιστικές επιδράσεις (Συμβουλή για Δίαιτα) καθώς και τις σχετικά σπάνιες συνήθειες σχετικά με τον αθλητισμό (ενασχόληση με πάλη).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### A.Επικράτηση Ψυχογενούς Ανορεξίας, Ψυχογενούς Βουλιμίας.

1. Η επικράτηση των Παθολογικών Συμπεριφορών Διατροφής, βάσει των ευρημάτων με το ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) σε εφήβους μαθητές και μαθήτριες Λυκείου του Νομού Ιωαννίνων, βρέθηκε ότι είναι 16,2% για το σύνολο και είναι ως ποσοστό συγκριτικά με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών αρκετά υψηλό, ιδιαίτερα στα κορίτσια που είναι 25,3%, ενώ στα αγόρια είναι 5,2%.
2. Η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στα αγόρια και τα κορίτσια, σύμφωνα με τα «αυστηρά» κριτήρια που χρησιμοποιήσαμε είναι μηδενική τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια. Με τη χρήση «ευρέων» κριτηρίων βρέθηκαν 4 κορίτσια που θεωρήθηκε ότι είναι πολύ πιθανόν να πάσχουν, έτσι ώστε η εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας να υπολογίζεται ότι είναι 0,85%. Επιπλέον, 6 κορίτσια, βάσει των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια, θεωρήθηκε ότι παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ως εκ τούτου καταγράφονται ως άτυπες περιπτώσεις. Έτσι η εκτίμηση της επικράτησης της άτυπης μορφής της ΨΑ, στα κορίτσια της ερευνάς μας, φαίνεται ότι είναι 1,27%. Επισημαίνεται ότι





η εκτίμηση της επικράτησης έγινε βάσει των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια και ότι δεν έγινε η δεύτερη φάση της έρευνας που περιελάμβανε την κλινική συνέντευξη και εξέταση των υποκειμένων.

3. Η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, βάσει των κριτηρίων που χρησιμοποιήσαμε, βρέθηκε ότι είναι 0,3% για τα αγόρια και ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,6%-1,1% για τα κορίτσια. Τα ποσοστά αυτά είναι παραπλήσια με τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών.
4. Επιπλέον, η επικράτηση της Επεισοδιακής Υπερφαγίας, βάσει των κριτηρίων της ερευνάς μας, εκτιμάται ότι είναι 16,7% στο σύνολο των υποκειμένων, 12,4% για τα αγόρια και 20,2% για τα κορίτσια και θεωρείται υψηλή, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών.

#### B. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.

Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων έγινε μετά από ταξινόμηση των υποκειμένων κατά φύλο, ως προς το εάν φοιτούν σε Λύκεια της Πόλης των Ιωαννίνων ή της υπαίθρου, κατά το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας τους, ως προς την ηλικία και την σχολική τους επίδοση. Στην έρευνά μας συμμετείχαν 385 αγόρια και 471 κορίτσια, με περισσότερα τα κορίτσια (55%) σε σχέση με τα αγόρια (45%). 319 (82,95) αγόρια φοιτούσαν σε Λύκεια της Πόλης των Ιωαννίνων και 66 (17,1) σε Λύκεια των χωριών και των κωμοπόλεων του Νομού. Αντιστοίχως, 381 (80,9%) κορίτσια φοιτούσαν σε Λύκεια της Πόλης και 90 (19,1%) σε Λύκεια της υπαίθρου. Σύμφωνα με την κατάταξη των μαθητών και μαθητριών, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους, δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, βρέθηκε όμως διαφορά μεταξύ των μαθητών και μαθητριών αναλόγως του Σχολείου φοίτησης, ως προς το επάγγελμα του πατέρα τους. Στα επαγγέλματα της υπαίθρου κυριαρχούν οι εργάτες (40%) και οι αγρότες (10%), ενώ στα επαγγέλματα των πατεράδων των παιδιών της πόλης κυριαρχούν η μεσαία κοινωνική ομάδα (29,6%), οι εργάτες (26,2%) αλλά και τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα (20%). Εκτός της κατάταξης βάσει του επαγγέλματος του πατέρα έγινε κατάταξη όλων των υποκειμένων, βάσει του επαγγέλματος της μητέρας τους, κατά φύλο και κατά Λύκειο φοίτησης (στρώμα Λυκείου) και βρέθηκε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ των παιδιών (μαθητών και



μαθητριών) της υπαίθρου σε σχέση με τα παιδιά της πόλης. Συγκεκριμένα, στην πόλη οι μητέρες ανήκουν στα ανώτερα και μεσαία επαγγέλματα, ενώ στα χωριά και τις κωμοπόλεις είναι εργάτριες και αγρότισσες. Μεταξύ αγοριών-κοριτσιών δεν βρέθηκε διαφορά ως προς το επάγγελμα της μητέρας τους.

#### Γ. Σωματομετρικά Χαρακτηριστικά.

Εκτιμήθηκε, το υψος, το βάρος, ο Δείκτης Σωματικής Μάζας και η υποκειμενική εκτίμηση-αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους των μαθητών-μαθητριών που συμμετείχαν στην ερευνά μας. Βάσει των μεταβλητών αυτών, που ανήκουν στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι τα αγόρια είναι ψηλότερα και βαρύτερα από τα κορίτσια. Τα αγόρια επιθυμούν να έχουν βάρος σώματος, το βάρος που πράγματι έχουν. Στα κορίτσια όμως, βρέθηκε ότι το βάρος που επιθυμούν να έχουν, είναι σημαντικά μικρότερο από αυτό που δηλώνουν ότι έχουν, στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με την τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας, 7 αγόρια (1,8%) και 26 κορίτσια (5,5%) ήταν εξαιρετικά ελλιποβαρή με τιμή του ΔΣΜ ίση και μικρότερη του 17,5, που αποτελεί το όριο εισόδου στο ανορεκτικό φάσμα. Αυτά τα άτομα ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου ή πιθανώς νοσούν από Διαταραχή Διατροφής Ανορεκτικού τύπου. Ως προς την εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους βρέθηκε διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Χαρακτηριστικά, 166 κορίτσια (35,2%) σε σχέση με 81 αγόρια (21%), εκτιμούν το βάρος τους ότι είναι πάνω από το κανονικό και επιπλέον 23 κορίτσια (4,9%) σε σχέση με 8 αγόρια (2,1%) εκτιμούν ότι το βάρος τους είναι πολύ πιο πάνω από το κανονικό.

#### Δ. Συνήθειες και Συμπεριφορές Διατροφής.

Καταγράφονται οι συχνότητες λήψης γευμάτων, η Δίαιτα και τα προβλήματα διατροφής που θεωρούν οι ίδιοι ότι έχουν. Εκ των παραμέτρων αυτών, που ανήκουν στις συνήθειες διατροφής παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συχνότητας λήψης γευμάτων και φύλου (Μεσημεριανό, Βραδυνό, Ενδιάμεσα), ενώ εκ των παραμέτρων που αναφέρονται στις συμπεριφορές σχετικά με τη διατροφή, όπως, ως προς το εάν έχουν λάβει συμβουλή για δίαιτα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση και διαφορά, τόσο μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, όσο και μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, αστικών



και μη αστικών Λυκείων. Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση και διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών ως προς το εάν είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος, ως προς το εάν έχουν πρόβλημα διατροφής, καθώς και ως προς το προσδιορισθέν από τους ίδιους πρόβλημα διατροφής. Πιο αναλυτικά, ως προς τις συνήθειες διατροφής και την συχνότητα λήψης γευμάτων σε αγόρια-κορίτσια, βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές ως προς την συχνότητα λήψης μεσημεριανού, βραδυνού και ενδιάμεσων γευμάτων, με τα κορίτσια να έχουν μικρότερη συχνότητα καθημερινής λήψης μεσημεριανού και βραδυνού γεύματος, και τα αγόρια να έχουν περισσότερα ενδιάμεσα γεύματα.

Περισσότερα κορίτσια (10% των κοριτσιών σε σχέση με 3,4% των αγοριών) έχουν απευθυνθεί σε ειδικό για συμβουλές σε θέματα διαίτας με σκοπό να ελαττώσουν το βάρος τους, μάλιστα ένας αριθμός 9 κοριτσιών (2% περίπου) από τα αστικά Λύκεια είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος. Καταγράφονται περισσότερα προβλήματα διατροφής στα κορίτσια (23,6%) σε σχέση με τα αγόρια (11,7%), σε όλες τις ειδικές κατηγορίες των προβλημάτων αυτών (Δίαιτα, Ανορεξία, Βουλιμία-Υπερφαγία, Σωματική νόσος, Άλλο πρόβλημα).

Σε σχέση με το Λύκειο φοίτησης, ως προς τις συνήθειες διατροφής, πιο πολλοί μαθητές και μαθήτριες αστικών Λυκείων τρώνε καθημερινά βραδυνό σε σχέση με αυτούς των Λυκείων της υπαίθρου. Επίσης σαφώς περισσότερα κορίτσια από τα Λύκεια της Πόλης των Ιωαννίνων, σε σχέση με τα κορίτσια των Λυκείων της ενδοχώρας, έχουν απευθυνθεί σε ειδικό για θέματα διαίτας με σκοπό την ελάττωση του βάρους.

#### Ε. Συνήθειες σχετικά με την Σωματική άσκηση.

Παρουσιάζονται οι συμπεριφορές των υποκειμένων που έχουν σχέση με την σωματική άσκηση. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση και διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών ως προς τις ενασχολήσεις, χορός, πάλη και κωπηλασία, καθώς και μεταξύ όλων των αγοριών και κοριτσιών των αστικών και μη αστικών Λυκείων ως προς τις ίδιες ενασχολήσεις (χορός, πάλη και κωπηλασία). Συγκεκριμένα ασχολούνται με τον χορό σαφώς περισσότερα κορίτσια που προέρχονται από τα Λύκεια των χωριών και των κωμοπόλεων (28,2%) καθώς επίσης περισσότερα αγόρια και κορίτσια που φοιτούν σε μη



αστικά Λύκεια ασχολούνται με τον χορό(28,8%). Ως προς την ενασχόληση με το μπαλέτο δεν υπάρχουν διαφορές κατά φύλο και στρώμα Λυκείου. Με το άθλημα της πάλης ασχολούνται περισσότερα αγόρια(9,9%),σε σχέση με τα κορίτσια(1,3%). Με την πάλη ασχολούνται περισσότερα αγόρια και κορίτσια από τα Λύκεια της πόλης(6%) σε σχέση με τους μαθητές-μαθήτριες των Λυκείων της υπαίθρου(1,3%). Τέλος, με την κωπηλασία ασχολούνται περισσότερα αγόρια(7,5%) σε σχέση με τα κορίτσια(1,3%) , ενώ προφανώς λόγω της λίμνης Παμβώτιδος,τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια που φοιτούν σε Λύκεια της Πόλης(5,1%) ασχολούνται περισσότερο με την κωπηλασία, σε σχέση με τους μαθητές-μαθήτριες των Λυκείων της ενδοχώρας(0,6%).

#### ΣΤ. Ιστορικό Εμμηνορρυσίας στα κορίτσια.

Ως προς το ιστορικό εμμηνορρυσίας, βρέθηκε ότι 23,6% των κοριτσιών έχουν ακανόνιστη περίοδο και εξ αυτών 9,5% είχε διάρκεια αμμηνόρροιας ίση ή μεγαλύτερη από 3 μήνες. Πιο συχνά ακανόνιστη περίοδο έχουν τα κορίτσια των αστικών Λυκείων (25,7% σε σχέση με 15,7%), ενώ διάρκεια αμμηνόρροιας ίση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών παρατηρείται αποκλειστικά σε 10 κορίτσια (10,6%) των αστικών Λυκείων.

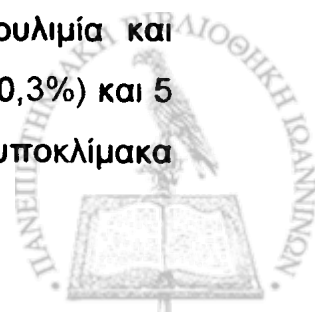
#### Ζ. Ευρήματα από την εφαρμογή του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) :

1. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς πολύ σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου EAT-26(OB) και του φύλου. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο σύνολο και στις υποκλίμακες του EAT-26(Δίαιτα, Βουλιμία και Ενασχόληση με τις τροφές,Στοματικός έλεγχος), σε σχέση με τα αγόρια, με ένα ποσοστό 25% των κοριτσιών να έχουν ολική βαθμολογία ανώτερη της οριακής τιμής 20, έναντι 5% των αγοριών.
2. Τα κορίτσια έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο EAT-26 (σύνολο και υποκλίμακες) σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες σε σχέση με τα αγόρια. Τα κορίτσια, επίσης έχουν περίπου ίδια βαθμολογία σε όλες τις ηλικίες, με μεγαλύτερη βαθμολογία στην ηλικία των 19 ετών. Στα αγόρια αντιθέτως υπάρχουν διαφορές στην βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26, αναλόγως της ηλικίας. Η μεγαλύτερη βαθμολογία του EAT-26, βρέθηκε στα



αγόρια 20 ετών, και στα αγόρια 15 ετών, που μπορεί να δείχνει την διαφορετική χρονική έναρξη των διαταραχών διατροφής στα αγόρια. Υπάρχει, επομένως, σχέση μεταξύ ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της ηλικίας στα αγόρια (υψηλότερες τιμές στα αγόρια στις ηλικίες 15 και 20) ενώ δεν υπάρχει αντίστοιχη σχέση στις μαθήτριες (σταθερή τιμή της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 στις ηλικίες 16-18 ετών).

3. Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και της κοινωνικής ομάδας τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια όπως κατατάσσονται βάσει του επαγγέλματος του πατέρα ή της μητέρας, γεγονός που δείχνει ότι αυτοί οι κοινωνικοί παράμετροι, δεν σχετίζονται με την εμφάνιση διαταραχών διατροφής, εύρημα που είναι αντίθετο με τα βιβλιογραφικά δεδομένα.
4. Δεν βρέθηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και φοίτησης σε αστικά-μη αστικά Λύκεια (Πόλη-υπαιθρος) τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, εύρημα που δείχνει ότι οι πολιτιστικοί παράγοντες δεν συμμετέχουν στην ανάπτυξη των διαταραχών διατροφής, και που συνδυάζεται με τα αντικρουόμενα ευρήματα, ως προς το ζήτημα αυτό, της βιβλιογραφίας.
5. Υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και της σχολικής επίδοσης των αγοριών, αλλά όχι των κοριτσιών. Βρέθηκε χαμηλή βαθμολογία του EAT-26 στους άριστους (>18) μαθητές αλλά και στους πολύ κακούς (<10) μαθητές, μέση βαθμολογία του EAT-26 στους καλούς μαθητές (15-17) και υψηλή βαθμολογία στους μέτριους (10-14) μαθητές.
6. Επιπλέον στα κορίτσια υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και του Δείκτη Σωματικής Μάζας, της Εκτίμησης του σωματικού βάρους, της λήψης βραδυνού και ενδιάμεσων γευμάτων, της συμβουλής για δίαιτα και του προβλήματος διατροφής, όπως το προσδιορίζουν οι ίδιοι.
7. Υπάρχει, στα κορίτσια, στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της Ολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου BITE, αλλά αντίστοιχη σχέση δεν διαπιστώθηκε στα αγόρια.
8. Ως προς τα ευρήματα από την εφαρμογή της υποκλίμακας Βουλιμία και Ενασχόληση με την τροφή (BET), του EAT-26, βρέθηκε ότι, 1 αγόρι (0,3%) και 5 κορίτσια (1,1%) παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα



Βουλιμίας και Ενασχόλησης με τις Τροφές, του EAT-26 και είναι πολύ πιθανόν να πάσχουν από κάποια διαταραχή διατροφής με προεξάρχουσα συμπτωματολογία Βουλιμικού τύπου.

9.Ειδικά, στα κορίτσια δεν βρέθηκε, στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της κανονικότητας ή μή της περιόδου καθώς και της διάρκειας Αμηνόρροιας.

Η. Συμπεράσματα από την εφαρμογή του Ερωτηματολογίου Βουλιμίας, ΒΙΤΕ.

1. Βρέθηκε ότι, 1 αγόρι (0,3%) και 3 κορίτσια(0,6%) έχουν υψηλή συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ΒΙΤΕ, δηλαδή ίση ή μεγαλύτερη της οριακής τιμής 25, (ΒΙΤΕ OB>25) και αποτελούν την ομάδα των ατόμων(0,5% επί του συνόλου) που πάσχουν ή μπορεί να πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία. Πιο αναλυτικά, ως προς τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες του ΒΙΤΕ, 12 κορίτσια (2,5%) και 1 αγόρι (0,3%) παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία στην Υποκλίμακα Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου ΒΙΤΕ (ΒΙΤΕ-ΥΣ $\geq$ 20) (1,5% στο σύνολο), ενώ στην Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων 58 κορίτσια (12,3%) και 9 αγόρια (2,4%) παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία (ΒΙΤΕ-ΥΒΣ $\geq$ 5), (7,8% στο σύνολο).
2. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και του φύλου. Τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη Βαθμολογία, σε σχέση με τα αγόρια, τόσο στην Ολική Βαθμολογία του ΒΙΤΕ (ΒΙΤΕ-OB) όσο και στις Υποκλίμακες ΒΙΤΕ(ΥΣ) και ΒΙΤΕ(ΥΒΣ) και η διαφορά είναι στατιστικά πολύ σημαντική, γεγονός που δείχνει την επικράτηση των διαταραχών αυτών κυρίως στις γυναίκες.
3. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων και της ηλικίας των αγοριών, με υψηλότερη τιμή στις ηλικίες 19 και 20, ενώ δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ (Ολικής και των Υποκλιμάκων) και ηλικίας στα κορίτσια, που έχουν σε όλες τις ηλικίες την ίδια περίπου βαθμολογία.
4. Βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας του ΒΙΤΕ (Ολικής και των Υποκλιμάκων) και κοινωνικής ομάδας τόσο των μαθητών



όσο και των μαθητριών (βάσει του επαγγέλματος του πατέρα), εύρημα που δείχνει ότι η επικράτηση των διαταραχών αυτών δεν επηρεάζεται από την κοινωνική ομάδα που ανήκει το άτομο, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα του.

5. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Βαθμολογίας της Υποκλίμακας των Συμπτωμάτων (BITE-ΥΣ) και της κοινωνικής ομάδας - βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα αγόρια. Βρέθηκε δηλαδή ότι τα αγόρια με μητέρα που ανήκει στα ανώτερα επαγγέλματα, έχουν υψηλή βαθμολογία στην Υποκλίμακα Συμπτωμάτων του BITE. Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τόσο της Ολικής Βαθμολογίας (BITE-OB) όσο και της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων (BITE-ΥΒΣ) και της κοινωνικής ομάδας - βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα κορίτσια. Τα κορίτσια, σε αντίθεση με τα αγόρια, με μητέρα εργάτρια ή γεωργό είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην Ολική Βαθμολογία και την υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου της Βουλιμίας, BITE, σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες.
6. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας του BITE (Ολικής και Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων) και φοίτησης σε Αστικά - μη Αστικά Λύκεια στα κορίτσια. Δηλαδή, τα κορίτσια των αστικών Λυκείων είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία και στις δύο υποκλίμακες σε σχέση με τα κορίτσια των Λυκείων της υπαίθρου. Δεν βρέθηκε, αντίστοιχη, στατιστικά σημαντική σχέση στα αγόρια.
7. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων και της Σχολικής Επίδοσης στα κορίτσια, με τα κορίτσια που έχουν μέτρια Σχολική επίδοση (12-14) να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του BITE. Δεν βρέθηκε αντίστοιχη σχέση στα αγόρια.
8. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του BITE και του Δείκτη Σωματικής Μάζας, της Εκτίμησης του Σωματικού βάρους, της λήψης πρωινού, της συμβουλής για δίαιτα και της ενασχόλησης με το άθλημα της πάλης, στα κορίτσια.



9. Στα αγόρια βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της Ολικής Βαθμολογίας του ερωτηματολογίου BITE και του Προβλήματος διατροφής που περιγράφουν οι ίδιοι οι μαθητές στις απαντήσεις τους.

Θ. Συμπεράσματα από την εφαρμογή του ερωτηματολογίου Ψυχοπαθολογίας SCL-90R:

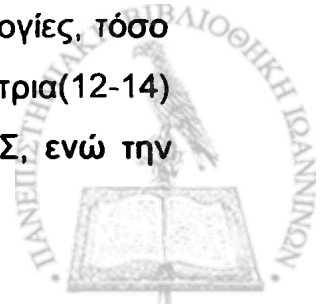
† Τα κορίτσια όλων των Λυκείων (αστικών και μη - αστικών) έχουν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης Ψυχοπαθολογίας, σε σχέση με τα αγόρια (ΓΔΣ: 62.2% SCL-90R+ στα κορίτσια και αντιστοίχως 43.9% SCL-90R+ στα αγόρια) Η ψυχοπαθολογία, βάσει των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε ότι είναι πιο έντονη στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια, βάσει της τιμής του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του Ερωτηματολογίου Symptom Checklist -90 Revised (SCL-90R). Συγκεκριμένα 62,2% των κοριτσιών παρουσιάζουν τιμή του ΓΔΣ, ίση η μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου, και αντιστοίχως το 43,9% των αγοριών. Τα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά τόσο στους Δείκτες (ΓΔΣ, ΣΘΣ, ΔΕΘΣ) όσο και στις 9 Υποκλίμακες, σε σχέση με τα αγόρια. Ως προς τις Υποκλίμακες μεγαλύτερες τιμές παρατηρούνται, στα μεν αγόρια στις υποκλίμακες κατά σειρά, Θυμός-Επιθετικότητα(62,3%), Παρανοειδής Ιδεασμός(54,5%), Ψυχωτισμός(52,5%), Διαπροσωπική Ευαισθησία(48,6%), Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα((39,7%), Σωματοποίηση(37,1%), Φοβικό Άγχος(36,4%), Άγχος(30,4%) και Κατάθλιψη((28,2%), στα δε κορίτσια στις υποκλίμακες Διαπροσωπική Ευαισθησία(67,5%), Παρανοειδής Ιδεασμός(66%), Θυμός-Επιθετικότητα(62,4%), Ψυχωτισμός(62,2%), Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα(55%), Κατάθλιψη(51%), Φοβικό Άγχος(51%), Σωματοποίηση(50,7%) και Άγχος(49,9%).

2. Υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών - κοριτσιών στις διαστάσεις της Ψυχοπαθολογίας, τόσο στο σύνολο, όπως αποτυπώνεται με το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.0001$ ) και το Δείκτη Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0.0001$ ) όσο και στις Υποκλίμακες Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα ( $p < 0.0001$ ), Άγχος ( $p < 0.0001$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0.0001$ ) και Παρανοειδής Ιδεασμός ( $p < 0.0001$ ), καθώς επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0.001$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0.001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0.006$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0.009$ ).





3. Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του SCL-90R και της ηλικίας στους μαθητές (αγόρια) ενώ αντιθέτως υπάρχει στα κορίτσια στατιστικά σημαντική σχέση των Υποκλιμάκων Σωματοποίηση ( $p < 0.055$ ) και Φοβικό Άγχος ( $p < 0.016$ ), όπου τα κορίτσια των ηλικιών 16 και 17 ετών έχουν τις υψηλότερες τιμές στην υποκλίμακα της Σωματοποίησης, και αντιστοίχως τα κορίτσια ηλικίας 20 ετών έχουν τις μικρότερες τιμές της υποκλίμακας Φοβικό Άγχος, ενώ την μεγαλύτερη βαθμολογία έχουν στην ηλικία 17 ετών.
4. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των Δεικτών και των Υποκλιμάκων του SCL-90R και της κοινωνικής ομάδας, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, έτσι ώστε η καταγραφόμενη ψυχοπαθολογία μέσω του ερωτηματολογίου φαίνεται ότι δεν επηρεάζεται από αυτή την παράμετρο.
5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων και της κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας στα αγόρια ( $p < 0.054$ ), με υψηλότερες τιμές του ΔΕΘΣ στα αγόρια με μητέρες στα ανώτερα επαγγέλματα και τις εμπόρους και μικρότερη στις γεωργούς. Στα κορίτσια βρέθηκε σχέση και διαφορά των βαθμολογιών Ψυχοπαθολογίας, αναλόγως του επαγγέλματος της μητέρας τους, ως προς τις τιμές του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.03$ ) και των Υποκλιμάκων Ψυχωτισμός ( $p < 0.028$ ) και Κατάθλιψη ( $p < 0.006$ ), που βρέθηκε να έχουν υψηλότερες τιμές στα κορίτσια με μητέρα γεωργό.
6. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών Ψυχοπαθολογίας του SCL-90R (Δεικτών και Υποκλιμάκων) τόσο μεταξύ αγοριών όσο και κοριτσιών αστικών και μη - αστικών Λυκείων. Βρέθηκε δηλαδή ότι τα αγόρια και τα κορίτσια που φοιτούν σε Λύκεια της Πόλης δεν διαφέρουν ως προς τις τιμές Ψυχοπαθολογίας, με τους συμμαθητές τους των Λυκείων της υπαίθρου.
7. Στα αγόρια δεν υπάρχει σχέση μεταξύ τιμών Ψυχοπαθολογίας και Σχολικής Επίδοσης, ενώ αντιθέτως στα κορίτσια υπάρχει σχέση και επομένως διαφορά, μεταξύ των βαθμολογιών των ψυχοπαθολογικών διαστάσεων, αναλόγως της σχολικής τους επίδοσης. Συγκεκριμένα, υπάρχει διαφορά στις βαθμολογίες, τόσο του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0.039$ ), όπου τα κορίτσια με μέτρια (12-14) και καλή (15-17) σχολική επίδοση έχουν υψηλή βαθμολογία του ΓΔΣ, ενώ την



μικρότερη έχουν οι μαθήτριες με κακή σχολική επίδοση (<10), όσο και των Υποκλιμάκων Σωματοποίηση ( $p < 0.051$ ), με υψηλότερες τιμές στις κατηγορίες σχολικής επίδοσης (15-17, 12-14, 10-12) και μικρότερη στις αριστες, αλλά και τις πολύ κακές μαθήτριες, στην Υποκλίμακα Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0.033$ ), όπου και πάλι οι υψηλότερες τιμές της ψυχοπαθολογικής αυτής διάστασης απαντώνται στις μέτριες και καλές μαθήτριες και η μικρότερη τιμή στις κακές μαθήτριες, και στην υποκλίμακα Παρανοειδής Ιδεασμός ( $p < 0.027$ ), όπου επίσης τα κορίτσια με καλή και μέτρια σχολική επίδοση έχουν τις υψηλότερες βαθμολογίες ενώ οι πολύ κακές μαθήτριες έχουν την χαμηλότερη τιμή.

8. Εγινε σύγκριση των βαθμολογιών ψυχοπαθολογίας στα κορίτσια που είχαν υψηλές βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια διατροφής. Βρέθηκε ότι τα κορίτσια που έχουν υψηλότερες τιμές στα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE, έχουν επίσης υψηλότερες τιμές στους Δείκτες και τις Υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας. Στα κορίτσια, λοιπόν βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ Παθολογικής Συμπεριφοράς Διατροφής και Ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα τα κορίτσια με υψηλή Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26, (δηλαδή Ολική Βαθμολογία  $\geq 20$ ), έχουν υψηλότερες τιμές τόσο στους Δείκτες όσο και σε όλες τις υποκλίμακες των ψυχοπαθολογικών διαστάσεων, σε σχέση με τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία στο EAT-26 (EAT-26 OB < 20). Η διαφορά αυτή, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, αφορά στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0,0001$ ) στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0,005$ ) και στις Υποκλίμακες, Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,001$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0,0001$ ), Άγχος ( $p < 0,04$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,0001$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0,02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0,03$ ). Αντιστοίχως, τα κορίτσια με υψηλή Βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο BITE (δηλαδή Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου  $\geq 25$ ), έχουν επίσης υψηλότερες τιμές Ψυχοπαθολογίας τόσο στους Δείκτες, όσο και σε όλες τις υποκλίμακες των ειδικών ψυχοπαθολογικών διαστάσεων, σε σχέση με τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία (BITE-OB < 25). Η διαφορά αυτή, αφορά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ( $p < 0,002$ ), στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ( $p < 0,04$ ) και στις Υποκλίμακες Σωματοποίηση ( $p < 0,001$ ).

Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $p < 0,01$ ), Κατάθλιψη ( $p < 0,01$ ), Θυμός - Επιθετικότητα ( $p < 0,03$ ), Φοβικό Άγχος ( $p < 0,02$ ) και Ψυχωτισμός ( $p < 0,01$ ).

#### 1. Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη Διαταραχών Διατροφής.

Για την τελική διακρίβωση των παραγόντων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη Παθολογικών Συμπεριφορών Διατροφής, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της Λογιστικής Παλινδρόμησης, μόνο για τα κορίτσια, (για λόγους στατιστικής εγκυρότητας, επειδή το δείγμα των αγοριών ήταν μικρό). Βρέθηκε, λοιπόν ότι η παράμετρος Εκτίμηση / Αυτοαξιολόγηση του Σωματικού Βάρους επηρεάζει αρνητικά, η Συμβουλή για Δίαιτα ότι επηρεάζει θετικά και η Ψυχοπαθολογική Διάσταση Θυμός - Επιθετικότητα επηρεάζει επίσης θετικά. Επομένως οι παράμετροι αυτοί αποτελούν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση Παθολογικών Συμπεριφορών Διατροφής Ανορεκτικού Τύπου. Αντιστοίχως, οι παράγοντες που βρέθηκε ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών Διατροφής Βουλιμικού Τύπου, είναι η Συστηματική Ενασχόληση με το άθλημα της πάλης (θετική σχέση), η Συμβουλή για Δίαιτα (θετική σχέση) και η ψυχοπαθολογική διάσταση της Σωματοποίησης (επίσης θετική σχέση).

Τελικά, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσης διατριβής, οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής βρέθηκε ότι αυξάνονται σε συχνότητα κατά την τελευταία δεκαετία τόσο στους εφήβους όσο και κυρίως στις έφηβες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της ερευνάς μας, στην εκδήλωση των διαταραχών συμπεριφοράς διατροφής συμμετέχουν κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες όπως η Δίαιτα στην εφηβική ηλικία, (Ανορεκτική και Βουλιμική διαταραχή), ατομικοί παράγοντες όπως, η αρνητική Εκτίμηση/Αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους (ανορεκτική διαταραχή), η ειδική αθλητική ενασχόληση με την πάλη (βουλιμική διαταραχή), καθώς και ειδικές παράμετροι της Ψυχοπαθολογίας, όπως οι ψυχοπαθολογικές διαστάσεις Θυμός-Επιθετικότητα (Ανορεκτική διαταραχή), και Σωματοποίηση (Βουλιμική διαταραχή).



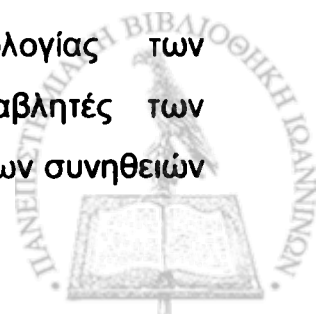
## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ότι έχουν αυξηθεί οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής και ιδιαίτερα η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία στις νέες γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας που ζουν στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Η συνεχιζόμενη έρευνα που καλύπτει όλο το φάσμα της σύγχρονης ερευνητικής μεθοδολογίας δεν έχει αποδώσει συγκεκριμένη γνώση που να διαφωτίζει την αιτιολογία, την παθογένεια και την θεραπεία των Ψυχιατρικών Διαταραχών Διατροφής. Σ' αυτή την εργασία επιλέξαμε έναν αριθμό μαθητών και μαθητριών Λυκείου που ζούσαν στην πόλη και τα χωριά του νομού Ιωαννίνων με σκοπό αφ ενός την εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος σε σχέση με τις Διαταραχές Διατροφής και αφ ετέρου τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνισή τους και ιδιαίτερα την πιθανή σχέση μεταξύ των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και της συνοδού ψυχοπαθολογίας των μαθητών και μαθητριών της έρευνάς μας.

Με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης συστηματικής δειγματοληψίας, επιλέξαμε από το σύνολο των 5.874 μαθητών και μαθητριών όλων των Λυκείων του νομού Ιωαννίνων, κατά το έτος 1994, ένα τυχαίο δείγμα 856 ατόμων, 700 από τα αστικά Λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων (81,8%), και 156 από τα μη αστικά Λύκεια των χωριών και των κωμοπόλεων (18,2%), συνολικά 385 αγόρια (45%) και 471 κορίτσια (55%) ηλικίας 15-20 ετών.

Χορηγήσαμε τρία ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής των 26 ερωτήσεων (Eating Attitudes Test -26, EAT-26) το ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburg, BITE), και το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist -90 Revised, SCL-90R), μεταφρασμένα στα ελληνικά και σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον χορηγήσαμε έναν κατάλογο 25 ερωτήσεων σχετικών με δημογραφικά στοιχεία, σωματομετρικά χαρακτηριστικά, συνήθειες διατροφής, σωματικής άσκησης και ιστορικού εμμηνορρυσίας (στα κορίτσια).

Μελετήσαμε τις στατιστικές συσχετίσεις της βαθμολογίας των ερωτηματολογίων EAT-26, BITE και SCL-90R με τις μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων, των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, των συνηθειών



- διατροφής, σωματικής άσκησης και ιστορικού εμμηνορρυσίας με τη μέθοδο του τεστ ανεξαρτησίας  $\chi^2$  και της ανάλυσης της διακύμανσης. Εν συνεχεία, βάσει των συσχετίσεων που βρέθηκαν ως στατιστικά σημαντικές, αφού θεωρήσαμε τις μεταβλητές Ολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26 και Ολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου BITE ως εξαρτημένες, διερευνήσαμε με τη μέθοδο της Λογιστικής Παλινδρόμησης τις παραμέτρους που επηρεάζουν (ψυχοπαθολογία και λοιπές) τις μεταβλητές αυτές, χωριστά για αγόρια και κορίτσια, με σκοπό να εντοπίσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν.

Για την εκτίμηση της επικράτησης των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας, της Επεισοδιακής Υπερφαγίας και της Ψυχοπαθολογίας χρησιμοποιήσαμε τιμές κατωφλίου και συγκεκριμένα κριτήρια.

Βρέθηκε ότι 25% των κοριτσιών (1 στα 4 κορίτσια) και 5% των αγοριών (1 στα 20 αγόρια) παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (16% στο σύνολο), που θεωρείται από τις υψηλότερες που έχουν βρεθεί στην βιβλιογραφία, γεγονός που δείχνει ότι το πρόβλημα των παθολογικών συνηθειών διατροφής σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας, παρουσιάζεται αρκετά έντονο και στην χώρα μας.

Σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιήσαμε για την εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας (EAT-26, Ολική Βαθμολογία >20, Δείκτης Σωματικής Μάζας <17,5, Αμηνόρροια >3 μήνες) δεν βρέθηκε κανένα κορίτσι, ούτε αγόρι που να εκπληρώνει τα παραπάνω κριτήρια ταυτοχρόνως, καθιστώντας έτσι την εκτίμηση επικράτησης της ΨΑ, μηδενική, βάσει των δεδομένων των ερωτηματολογίων. Με την χρήση όμως ευρέων κριτηρίων, βάσει των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια, διαπιστώθηκε ότι 4 κορίτσια είναι πολύ πιθανόν να πάσχουν από την διαταραχή υπολογίζοντας έτσι ως πιθανή επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, στο 0,85%, καθώς επίσης ότι επιπλέον 6 κορίτσια παρουσίαζαν ατυπες μορφές του συνδρόμου, έτσι ώστε η εκτίμηση επικράτησης των άτυπων μορφών της Ψυχογενούς Ανορεξίας, να είναι 1,27%.

Αντιστίχως, η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας βάσει των κριτηρίων που θεσπίσαμε ειδικά για την ερευνά μας, βρέθηκε ότι είναι 0,3% για τα αγόρια και ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,6%-1,1% στα κορίτσια.



Επιπροσθέτως, βάσει των χρησιμοποιηθέντων κριτηρίων, διαπιστώθηκε ότι η πιθανή επικράτηση της επεισοδιακής υπερφαγίας, είναι 12,4% για τα αγόρια και 20,2% για τα κορίτσια (16,7% για το σύνολο), ευρημα αντίστοιχο με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, αν και ως ποσοστό, είναι σχετικά υψηλό. Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι η εκτίμηση της επικράτησης των διαταραχών που διερευνήσαμε, έγινε βάσει των πληροφοριών που συλλέξαμε από τα ερωτηματολόγια, και ότι δεν έγινε η δεύτερη φάση της έρευνας, που περιελάμβανε την κλινική εξέταση των υποκειμένων με υψηλή βαθμολογία κατά την πρώτη φάση.

Ως προς τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) και Βουλιμίας (BITE), κατά φύλο, βρέθηκε ότι τα κορίτσια, σε σχέση με τα αγόρια έχουν υψηλότερη βαθμολογία και στα δύο ερωτηματολόγια και μάλιστα σε όλες τις υποκλίμακες (Δίαιτα, Βουλιμία - Ενασχόληση με τις Τροφές, Στοματικός έλεγχος του EAT-26 και Υποκλίμακα Συμπτωμάτων, Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του BITE).

Από την σύγκριση βάσει του Λυκείου φοίτησης (Αστικά-μη αστικά Λύκεια), δεν βρέθηκαν διαφορές της Βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26), τόσο μεταξύ των αγοριών όσο και μεταξύ των κοριτσιών.

Αντιθέτως, βρέθηκε ότι υπάρχει διαφορά στην Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου της Βουλιμίας (BITE) μεταξύ μόνον των κοριτσιών, αλλά όχι μεταξύ των αγοριών, με τα κορίτσια των αστικών Λυκείων να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία και στις δύο υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Βουλιμίας BITE, σε σχέση με τα κορίτσια που φοιτούσαν σε Λύκεια της υπαίθρου.

Σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων, βρέθηκε διαφορές της Βαθμολογίας τόσο του EAT-26, όσο και του BITE στα αγόρια, αλλά όχι στα κορίτσια. Τα αγόρια ηλικίας 15 και 20 ετών είχαν την μεγαλύτερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26. Τα αγόρια επίσης ηλικίας 19 και 20 ετών, είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στην Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου Βουλιμίας.

Δεν βρέθηκε να σχετίζεται η Ολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26, με την κοινωνική ομάδα των μαθητών-μαθητριών, όπως κατατάσσονται βάσει των επαγγελματιών πατέρα και μητέρας, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια.



Επίσης, δεν βρέθηκε διαφορά της βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου της Βουλιμίας(BITE) τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα τους.

Βρέθηκε όμως, ότι υπάρχει διαφορά της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου BITE και επομένως της παρουσίας βουλιμικής συμπτωματολογίας, βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια.

Συγκεκριμένα, τα αγόρια με μητέρα που ανήκει στα ανώτερα επαγγέλματα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη υποκλίμακα Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου Βουλιμίας, BITE, και επομένως περισσότερα συμπτώματα Ψυχογενούς Βουλιμίας, σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες των αγοριών.

Στα κορίτσια, βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές στην Ολική βαθμολογία και στην βαθμολογία της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BITE, αναλόγως του επαγγέλματος της μητέρας τους, με τα κορίτσια που είχαν μητέρα εργάτρια και γεωργό, να έχουν την υψηλότερη βαθμολογία, και επομένως εντονότερη βουλιμική συμπτωματολογία, σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες.

Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της Βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής, EAT-26 και της Σχολικής επίδοσης των αγοριών αλλά όχι των κοριτσιών. Βρέθηκε ότι οι μέτριοι μαθητές (10-14) είχαν υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26, μέση βαθμολογία είχαν οι καλοί μαθητές(15-17), ενώ τόσο οι άριστοι (με βαθμολογία >18), όσο και οι πολύ κακοί μαθητές(με βαθμολογία <10) είχαν χαμηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής EAT-26.

Ετσι, φαίνεται ότι στα κορίτσια, οι παράγοντες που αφορούν τους δημογραφικούς δείκτες και το κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο, (επάγγελμα πατέρα και μητέρας, φοίτηση σε σχολείο πόλης ή χωριού, ηλικία και σχολική επίδοση) είναι ανεξάρτητοι από την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής Ανορεκτικού - περιοριστικού τύπου (όπως εκφράζεται μέσω της υψηλής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου EAT-26). Αντιθέτως στα αγόρια, η ηλικία (15 και 20 ετών) και η μέτρια σχολική επίδοση, σχετίζονται με την υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26.



Η Ολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Βουλιμίας (BITE), και οι βαθμολογίες των Υποκλιμάκων, δεν βρέθηκε να διαφέρουν αναλόγως της σχολικής επίδοσης των αγοριών. Στα κορίτσια, όμως, βρέθηκε σχέση και επομένως διαφορά μεταξύ της Υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων, του ερωτηματολογίου Βουλιμίας(BITE) και της Σχολικής επίδοσης τους, με τα κορίτσια που είχαν μέτρια σχολική επίδοση(12-14) να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στη Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων.

Επομένως, στα αγόρια, η ηλικία(μεγαλύτερες ηλικίες, 19-20 ετών) και το επάγγελμα της μητέρας(ανώτερα επαγγέλματα) σχετίζονται με την υψηλή βαθμολογία του Ερωτηματολογίου της Βουλιμίας(BITE) και επομένως με την εμφάνιση βουλιμικής συμπτωματολογίας. Στα κορίτσια, βρέθηκε ότι η μέτρια σχολική επίδοση, η φοίτηση σε σχολείο της πόλης και το κατώτερο επάγγελμα της μητέρας(εργάτριες και γεωργοί) σχετίζεται με την υψηλή βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο Βουλιμίας BITE, που εκφράζει την βουλιμική διάσταση των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής.

Από την σύγκριση κατά φύλο, των σωματομετρικών στοιχείων, τα αγόρια είναι ψηλότερα και παχύτερα των κοριτσιών και εκτιμούν ως επιθυμητό βάρος, μεγαλύτερο από αυτό που έχουν, ενώ στα κορίτσια συμβαίνει το αντίθετο. Τα κορίτσια σε μεγάλο ποσοστό, εκτιμούν ότι το βάρος τους είναι πάνω(35,2%) και πολύ πιο πάνω(4,9%) από το κανονικό (δηλ. περίπου 4 στα 10 κορίτσια), γεγονός που αντικατοπτρίζει τόσο την δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος των νέων γυναικών, όσο και τις πολιτιστικές πιέσεις σχετικά με την λεπτότητα του σώματος που δέχονται οι νέες γυναίκες της εποχής μας. Το εύρημα αυτό παρουσιάζεται τόσο στα κορίτσια των Λυκείων της Πόλης όσο και στα κορίτσια των Λυκείων της υπαίθρου.

Βρέθηκε επίσης ότι 1,8% των αγοριών και 5,5% των κοριτσιών είναι εξαιρετικά ελλιποβαρή (τιμή του  $\Delta\Sigma M < 17,5$ ), ότι 2,3% των κοριτσιών είναι υπέρβαρα ( $\Delta\Sigma M. 25-28$ ), και ότι 0,6% παχύσαρκα ( $\Delta\Sigma M > 29$ ). Βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση των μεταβλητών Δείκτης Σωματικής Μάζας και Εκτίμηση/Αυτοαξιολόγηση Σωματικού Βάρους, με την βαθμολογία του EAT-26(OB), στα κορίτσια, ενώ στα αγόρια, δεν βρέθηκε συσχέτιση του Δείκτη





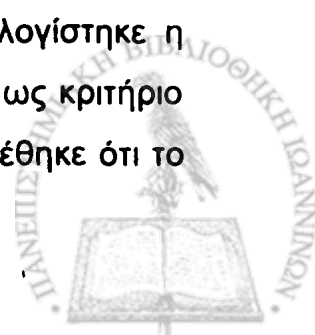
-Σωματικής Μάζας ούτε και της εκτίμησης/αυτοαξιολόγησης του σωματικού βάρους, με την Ολική Βαθμολογία του EAT-26.

Διερευνήθηκαν οι συνήθειες και οι συμπεριφορές διατροφής των ατόμων της έρευνάς μας χωριστά κατά φύλο και στρώμα Λυκείου φοίτησης(Άστικά-μη Άστικά Λύκεια). Ως προς την συχνότητα λήψης γευμάτων(πρωινού,μεσημεριανού,βραδυνού και ενδιάμεσων) βρέθηκαν διαφορές ως προς την συχνότητα λήψης μεσημεριανού,βραδυνού και ενδιάμεσων, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών με δυσμενέστερες συνήθειες διατροφής στα κορίτσια,εκτός των ενδιάμεσων γευμάτων που ήταν συχνότερα στα αγόρια. Επίσης,βρέθηκε διαφορά ως προς την λήψη βραδυνού αναλόγως του Λυκείου φοίτησης,με τα αγόρια και τα κορίτσια των αστικών Λυκείων να παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα λήψης βραδυνού γεύματος.

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα ήταν το γεγονός ότι περίπου 10% των κοριτσιών (και μόνο 3,4% των αγοριών) είχε απευθυνθεί σε ειδικό για αναζήτηση συμβουλής για δίαιτα με σκοπό την ελάττωση του σωματικού βάρους,και ότι τα κορίτσια αυτά προέρχονταν κυρίως από τα αστικά Λύκεια. Η αναζήτηση συμβουλής για εναρξη δίαιτας από έφηβες, βρέθηκε στην ερευνά μας, ότι επηρεάζει θετικά την εμφάνιση παθολογικών συμπεριφορών διατροφής(Ανορεκτικού-Περιοριστικού και Βουλιμικού τύπου). Επιπλέον βρέθηκε ότι περίπου 2% των κοριτσιών είναι μέλη κέντρων αδυνατίσματος και ότι τα κορίτσια αναφέρουν σαφώς περισσότερα προβλήματα διατροφής(Δίαιτα,Ανορεξία,Βουλιμία-Υπερφαγία,Λόγω Σωματικής νόσου,η αλλης αιτίας) σε σχέση με τα αγόρια(23,6% των κοριτσιών και 11,7% των αγοριών).

Ως προς τις ενασχολήσεις με τον χορό, το μπαλέτο,την πάλη και την κωπηλασία παρότι βρέθηκαν διαφορές κατά φύλο και στρώμα Λυκείου, βρέθηκε ότι οι ενασχολήσεις αυτές δεν σχετίζονται με την Βαθμολογία του EAT-26 και του BITE, εκτός της ενασχόλησης με την πάλη. Στα κορίτσια, η ενασχόληση με το άθλημα της πάλης σχετίζεται θετικά με την υψηλή βαθμολογία του BITE,και επομένως επηρεάζει θετικά την εμφάνιση Βουλιμικής συμπτωματολογίας.

Εκτιμήθηκε η κανονικότητα ή όχι της εμμηνορρυσίας και υπολογίστηκε η διάρκεια της αμηνόρροιας στα κορίτσια, με σκοπό να ληφθεί υπόψη ως κριτήριο για την εκτίμηση της επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και βρέθηκε ότι το



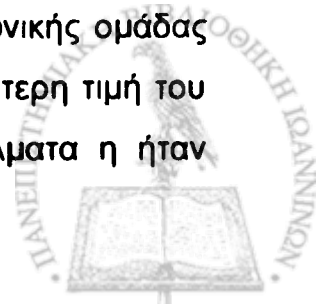
23,6% των κοριτσιών είχαν ακανόνιστη περίοδο και ότι εξ αυτών 9,5% είχαν αμηνόρροια ίση ή μεγαλύτερη των τριών μηνών. Δεν βρέθηκε όμως συσχέτιση των παραπάνω μεταβλητών εμμηνορρυσίας με τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE.

Η εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου SCL-90R και υπολογίσθηκε ως ποσοστό μεγαλύτερο της τιμής κατωφλίου, που την τιμή κατωφλίου υπολογίσαμε για τις ανάγκες της έρευνάς μας βάσει των τιμών ψυχοπαθολογίας των ενηλίκων(ασθενών και μαρτύρων), δεδομένου ότι οι έφηβοι που μελετήσαμε είναι ηλικιακά πλησίστοι των ενηλίκων. Βέθηκε ότι, 62,2% των κοριτσιών και 43,9% των αγοριών παρουσιάζουν τιμή του Γενιού Δείκτη Συμπτωμάτων, μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου, και συνεπώς εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχολογική καταπόνηση, σε σχέση με τα αγόρια.

Συγκεκριμένα, τα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά τόσο στους Δείκτες (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων) όσο και στις 9 Υποκλίμακες, σε σχέση με τα αγόρια. Ως προς τις Υποκλίμακες μεγαλύτερες τιμές παρατηρούνται, στα μιν αγόρια, στις υποκλίμακες κατά σειρά Θυμός-Επιθετικότητα, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα, Σωματοποίηση, Φοβικό Άγχος, Άγχος και Κατάθλιψη, στα δε κορίτσια στις υποκλίμακες Διαπροσωπική Ευαισθησία, Παρανοειδής Ιδεασμός, Θυμός-Επιθετικότητα, Ψυχωτισμός, Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα, Κατάθλιψη, Φοβικό Άγχος, Σωματοποίηση και Άγχος.

Δεν διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ ηλικίας και ψυχοπαθολογίας στα αγόρια, ενώ βρέθηκε αντίστοιχη σχέση μεταξύ ηλικίας και ψυχοπαθολογίας στα κορίτσια ως προς τις υποκλίμακες Σωματοποίηση(μεγαλύτερη τιμή στις ηλικίες 16 και 17 ετών) και Φοβικό Άγχος(μεγαλύτερη τιμή στην ηλικία των 17 ετών).

Δεν βρέθηκε να σχετίζεται η διάσταση της ψυχοπαθολογίας με την κοινωνική ομάδα των αγοριών και των κοριτσιών, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα τους. Βρέθηκε όμως, διαφορά στις τιμές των διαστάσεων ψυχοπαθολογίας (Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων) αναλόγως της κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, τόσο στα αγόρια, με μεγαλύτερη τιμή του ΔΕΘΣ στα αγόρια με μητέρα που ανήκε στα ανώτερα επαγγέλματα η ήταν



-έμπορος, όσο και στα κορίτσια, ως προς τις βαθμολογίες ψυχοπαθολογίας του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων, και των υποκλιμάκων, Κατάθλιψη, και Ψυχωτισμός), με υψηλότερες τιμές των παραπάνω, στα κορίτσια με μητέρα γεωργό.

Ως προς το στρώμα Λυκείου(Λύκεια Πόλης-Λύκεια της υπαίθρου), δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των τιμών ψυχοπαθολογίας ούτε στα αγόρια, ούτε στα κορίτσια.

Ως προς την Σχολική Επίδοση στα μεν αγόρια δεν υπήρξαν διαφορές στις τιμές ψυχοπαθολογίας, στα δε κορίτσια βρέθηκε στις τιμές του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων, της Σωματοποίησης, της Διαπροσωπικής Ευαισθησίας και του Παρανοειδούς Ιδεασμού, με υψηλότερη βαθμολογία στα κορίτσια με μέτρια (12-14) και καλή(15-17) σχολική επίδοση.

Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων της Ψυχοπαθολογίας και των Βαθμολογιών των ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE (συσχέτιση ψυχοπαθολογίας και υψηλής Βαθμολογίας του EAT-26, συσχέτιση ψυχοπαθολογίας και υψηλής βαθμολογίας του BITE) περιορίστηκε δυστυχώς για λόγους εγκυρότητας της στατιστικής μεθοδολογίας στα κορίτσια (μικρό δείγμα στα αγόρια).

Βρέθηκε ότι τα κορίτσια με υψηλή βαθμολογία στο EAT-26(>20), που θεωρήθηκε ότι ανήκουν στο ανορεκτικό-περιοριστικό φάσμα των διαταραγμένων συμπεριφορών διατροφής έχουν, σε σχέση με τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία, υψηλότερες τιμές ψυχοπαθολογίας στους τρεις Γενικούς Δείκτες(Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων,Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων,Δείκτης ΕνόχλησηςΘετικών Συμπτωμάτων) και στις υποκλίμακες Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Αγχος, Θυμός-Επιθετικότητα και Ψυχωτισμός.

Αντιστοίχως, τα κορίτσια με υψηλή βαθμολογία του ερωτηματολογίου BITE(>25) που θεωρήθηκε ότι ανήκουν στο βουλιμικό φάσμα των διαταραγμένων συμπεριφορών διατροφής, έχουν σε σχέση με τα κορίτσια που είχαν χαμηλή βαθμολογία, υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις Σωματοποίηση, Κατάθλιψη και Θυμός-Επιθετικότητα.



Τελικά, από το σύνολο των παραμέτρων που μελετήσαμε, με την μεθοδολογία της λογιστικής παλινδρόμησης προσδιορίσαμε τους παράγοντες που επηρεάζουν τις διαστάσεις των παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, μόνον για τα κορίτσια. Βρέθηκε λοιπόν ότι, η αναζήτηση Συμβουλής για Δίαιτα από τις έφηβες μαθήτριες επηρεάζει θετικά, η αρνητική εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους των μαθητριών από τις ίδιες, επηρεάζει επίσης θετικά και η υψηλή βαθμολογία στην ψυχοπαθολογική διάσταση Θυμός - Επιθετικότητα που επηρεάζει επίσης θετικά, αποτελούν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση Ανορεκτικού τύπου διαταραχών διατροφής. Αντιστοίχως, οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την εμφάνιση Βουλιμικού τύπου διαταραχών διατροφής, στα κορίτσια, είναι η Συμβουλή για δίαιτα, η συστηματική ενασχόληση με το άθλημα της πάλης, και η υψηλή βαθμολογία της ψυχοπαθολογικής διάστασης Σωματοποίηση.



## SUMMARY

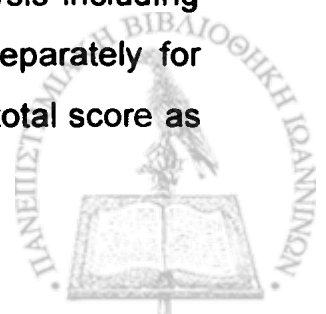
In recent decades an increase in the frequency of eating disorders, especially Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in adolescent and post adolescent women, has been noticed in developed and developing countries. Continuing research covering the entire range of contemporary research methodology has not resulted in any clear knowledge which would clarify the aetiology, pathogenesis and treatment of these disorders.

In this study we studied a number of male and female students at senior high school living in the city and villages of the Ioannina area, in order to evaluate the size of the problem with eating disorders and to identify the factors affecting the appearance of such disorders and in particular the probable relationship between pathological eating disorders and the accompanying psychopathology of the students in our research.

Using the method of randomised systematic sampling, we selected from the total of 5874 students in all the senior high schools in the Ioannina area, in 1994, a random sample of 856 individuals, 700 from the urban schools (81,8%) and 156 from the rural schools (18,2%), 358 boys (45%) and 471 girls(55%), aged 15-20 years.

We administered three questionnaires, the Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), and the Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), to assess eating pathology, and the Symptoms Check List-90 Revised (SCL-90R) to assess psychopathology. The questionnaires were translated into Greek and standardised for the Greek population. In addition we administered a list of 25 questions related to demographic data, body measurement characteristics, eating habits, physical exercise and menstrual history (in girls).

We studied the statistical correlations between the scores on EAT-26, BITE and SCL-90R, and the demographic variables, body measurement characteristics, eating habits, physical exercise and menstrual history, using the anova and the x-square test. Subsequently we performed a logistic regression analysis including the parameters found to be significant by the previous analysis, separately for boys and girls. We considered the EAT-26 total score and the BITE total score as dependent variables.



To evaluate the prevalence of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating Disorders and Psychopathology we used questionnaire cut-off points and specific criteria.

We found that 25% of girls (about 1 in 4) and 5% of boys presented a high score on the EAT-26 (16% of the total sample), which is considered among the highest found in the literature. This fact shows that the problem of pathological eating behaviors in adolescent boys and girls is increasingly acute in our country.

According to the criteria which we used to evaluate the prevalence of Anorexia Nervosa (EAT-26 Total Score >20, Body Mass Index <17,5, Amenorrhea >3 months) we did not find a single boy or girl who fulfilled the above criteria simultaneously, so that the probable prevalence of AN is zero, based on the data from the questionnaires and without the second stage of clinical examination.

Using broad criteria, however, based on the answers to the questionnaires it was established that 4 girls are highly likely to suffer from the disorder (probable prevalence 0,85%) and moreover that a further six girls presented atypical forms of the syndrome, so that the prevalence of atypical cases is 1,27%.

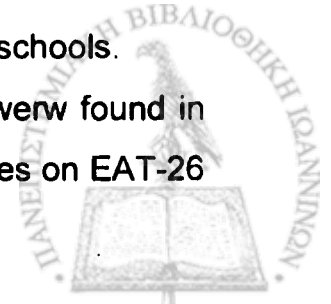
In addition, the prevalence of Bulimia Nervosa, based on the criteria used for our study, was found to be 0,3% for boys and to fluctuate between 0,6-1,1% for girls. Furthermore we found that the probable prevalence of Binge-Eating Disorder is 12,4% for boys, 20,2% for girls and 16,7% of the total, broadly similar to data in the literature, although as a percentage it is relatively high.

It should be emphasised again that the prevalence of pathological eating behaviors and disorders that we identified was based on the answers to the questionnaires, because the second stage of the study including clinical examination of subjects with high scores has not been carried out yet.

From comparison by sex, we found that girls have a clearly higher score on both tests (EAT-26, BITE) and indeed on all the subscales.

Comparing school area, no differences were found on EAT-26 scores in either boys or girls in urban and rural schools, while a difference was found on the BITE score only among girls, with higher scores found in girls from urban schools.

With regard to the subjects age, differences in EAT-26 and BITE were found in boys only, with boys aged 15 and 20 years old having higher scores on EAT-26



-total score, and the boys aged 19 and 20 years old having higher scores on the Severity of Bulimic Symptoms scale of the BITE.

No relationship was found between EAT-26 scores and social class according to parental (father s and mother s) occupation for either boys or girls.

Moreover, BITE score does not differ according to father s occupation for either sex, but it is affected by mother s occupation for both boys and girls. In particular, boys with mothers belonging to the higher social classes have higher scores on the Bulimic Symptoms subscale of the BITE. Girls with mothers from the lower working classes (agricultural labourers or workers) have higher score on Severity of Bulimic Symptoms subscale and the total score of the BITE.

A relationship was also found between the EAT-26 score and academic performance for boys only, with boys with an average academic performance (10-14) having the higher scores on EAT-26. Regarding BITE score, no similar relationship was found for boys. For girls, however, we found a relationship between the Severity of Bulimic Symptoms subscale and academic performance with those girls who have average academic performance (12-14) having higher scores on this subscale.

It thus appears that for girls, pathological eating behaviors of the anorectic-restrictive type, as measured by high score on EAT-26, are not related to demographic indicators or sociocultural level (parental occupation, attendance at urban/rural schools, age and academic performance). However, for boys, age and academic performance are related to EAT-26 score.

Age and mother s occupation are related to BITE score in boys, while for girls a relationship was found between academic performance, attendance at urban schools and mother s occupation, which shows that these demographic and sociocultural indicators affect the expression of bulimic form of eating pathology in adolescent boys and girls.

In comparing body measurement data by sex, boys are taller and heavier and they considered the desirable weight to be greater than their own, while the opposite is true for girls, who considered their weight to be above normal (approximately 4 in 10 girls), a fact which represents a dissatisfaction with body



weight and shape and the cultural pressures related to slimness on young women these days. This finding appears in both urban and rural girls.

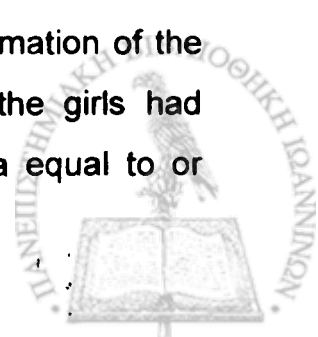
We also found that 1,8% of boys and 5,5% of girls are severely underweight (BMI < 17,5 ), 2,3% of girls are overweight (BMI 25-28) and 0,6% are obese (BMI >29). However no correlation was found between either BMI or self - evaluation of body weight in boys and EAT-26 scores, while on the contrary it was found that in girls, there is a correlation between both variables (BMI and self - evaluation of body weight) and the EAT -26 scores, but there is no correlation with BITE score.

We examined the eating habits and attitudes of the individuals in our study, separately by sex and by school area. With regard to the frequency of meals (breakfast,lunch,dinner and snacks) differences were found in the frequency of lunch, dinner and snacks, between boys and girls, with unhealthy eating habits found among girls,except as regard snacks. By school area a difference was found as to dinner for both boys and girls.

A particular important finding is the fact that approximately 10% of girls but only 3,5% of boys had sought specialist advice on diet in order to lose weight and that these girls came from urban schools. It was also found that the seeking of dietary advice in adolescents affects pathological eating attitudes (Anorective-Restrictive and Bulimic Type). Moreover we found that approximately 2% of the girls are members of slimming clubs and that girls clearly report more eating problems (slimming diet,anorexia,bulimia, binge eating, physical complaints or other) compared with boys (23,6% of girls against 11,7% of boys).

With regard to participation in dance, ballet, wrestling, and rowing, although we found differences by sex and school area, we also found that such participation has no relation to EAT - 26 score and that only participation in wrestling has a relationship with BITE score for girls. This parameter appears to play a part in and to have a positive effect on BITE score in logistic regression.

The regularity of menstrual cycle was evaluated, and the duration of amenorrhea was measured in order to establish this as a criterion for the estimation of the prevalence of Anorexia Nervosa, and we found that 23,6% of the girls had irregular periods and that of these, 9,4% presented amenorrhea equal to or





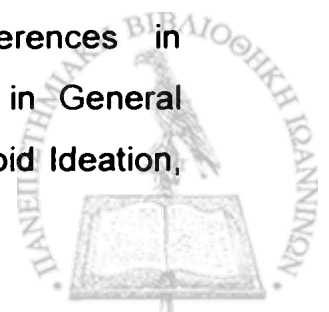
greater than 3 months. No correlation, however, was found between the above menstrual variables and EAT- 26 and BITE scores.

To evaluate psychopathology we used the SCL - 90 R questionnaire and we measured as a percentage greater than that of cut - off point , which we established for the needs of our study. Cut off point was the score based on the data from the literature on the Greek adult population (patients and controls) since the adolescents who we studied are approaching adulthood.

In particular, we were found that 62,2% of girls and 43,9% of boys had a GSI(General Symptom Index) greater than the cut - off point. The girls have a higher percentage on both the indicators (General Symptom Index, Positive Symptom Total, Positive Total Symptom Distress) and on the nine subscales, in comparison to boys. Analyzing the subscales, higher scores can be seen among boys on the subscales Anger- Hostility ,Paranoid Ideation, Psychoticism, Interpersonal Sensitivity, Obsessive Compulsive, Somatization, Phobic Anxiety, Anxiety and Depression. Among girls higher scores were found on the subscales Interpersonal Sensitivity, Paranoid Ideation, Anger/Hostility, Psychotism, Obsessive Compulsive, Depression, Phobic Anxiety, Somatization and Anxiety.

No relationship was established between age and psychopathology in boys, while a relationship was found between age and psychopathology in girls in the subscales Somatization , (with higher scores in girls aged 16-17 years) and Phobic Anxiety, (with higher scores in girls aged 17 years old). Psychopathology was not found to be related to the social class in boys and girls based on father's occupation, but was found to be related to social class based on mother's occupation in boys and girls. Boys with a mother belonging to the higher professional classes had higher scores on Positive Total Symptom Distress Index (PTSD). Girls with a mother who is an agricultural worker had the higher scores on General Symptom Index (GSI), and the psychopathological dimensions such as Depression and Psychoticism.

There was no difference in psychopathology in either boys or girls with regard to school area. In academic performance, there are no differences in psychopathology for boys, but for girls a difference was found in General Symptom Index, Somatization, Interpersonal Sensitivity, and Paranoid Ideation,



with higher scores among girls who have average and good (12-14,15-17) academic performance.

The identification of correlations between psychopathology, EAT-26 score and BITE score was confined for statistical reasons to girls (too small a sample for boys). We found that with regard to EAT-26 score there is a statistically significant relationship between the EAT-26 high score among girls and the Indicators (GSI, PTST, PST) of the psychopathology questionnaire. This shows the relationship of Pathological eating attitudes and the general psychological maladjustment of girls, that is expressed through a high score on the Indicators. More particularly, with regard to specific forms of psychopathology, we found that girls who had high score on the EAT-26 (EAT-26 Total score >20) they also had high score on the subscales Obsessive/Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Anxiety, Anger/Hostility and Psychoticism.

In addition, the identification of correlations between BITE score and psychopathology in girls, showed that there is no relationship with the three general indicators, except for the specific psychopathological dimensions of Somatization, Depression, Anger/Hostility, with girls who have a high score on BITE also having a high score on these three psychopathological dimensions.

The psychopathology related to EAT-26 score, which is used to measure the anorectic-restrictive form of Eating Disorders, is more general (GSI, PST, PTSD) and in particular is expressed in psychological maladjustment and in personality traits (Interpersonal Sensitivity, Anger/Hostility).

In comparison, the psychopathology related to BITE score which is used to measure the bulimic form of eating disorders is more specific and is expressed in similar forms of psychopathology (Anger/Hostility, Somatization, Depression).

Finally, with the methodology of Logistic Regression, we examined the factors affecting the forms of pathological eating attitudes as established above, particularly in girls. We found that dietary advice, negative self evaluation of body weight, and Anger/Hostility are the risk factors for the development of Anorectic - Restrictive type of Eating Disorders. In addition, dietary advice, participation in wrestling and Somatization were found to be risk factors for the development of the Bulimic type of Eating Disorders, too.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

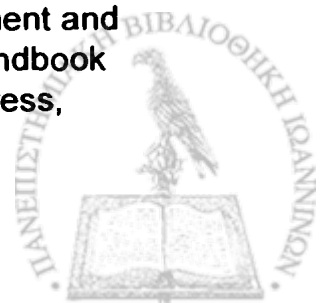
- Abraham Suzanne F, P.J.Y. Beumont, Deirdre M. Cobbin (1981) Catecholamine Metabolism and Body Weight in Anorexia Nervosa *British Journal of Psychiatry* (1981), 138, 244-247
- Abou- Saleh M.T., D. Olesky, A.H. Crisp, J.H. Lacey (1986) Dexamethasone Suppression and Energy balance in Eating Disorders *Acta Psychiatrica Scand.* 1986:73:242-251
- Agras Stewart W, John A Shneider, Bruce Arnow, Susan D. Raeburn, Christy F. Telch (1989) Cognitive Behavioral and Response Prevention Treatments for Bulimia Nervosa *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989, Vol 57, No 2, 215-221
- Akiskal H. S., McKinney W.T.J.R (1975) Overview of recent research in Depression. *Arch. Of Gen. Psychiatry*: 32, 285-305.
- Albert N., Beck A.T. (1975) Incidence of depression in early adolescents. A Preliminary study. *J. Youth. Adol.* 4, 301-306.
- Allison D. (1995) *Handbook of Assessment Methods for Eating behaviors and weight-related problems.* Sage Publications, pp 1-22.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R (3<sup>rd</sup> edition revised)* Washington.
- American Psychiatric Association (1993): *Practice Guideline for Eating Disorders.* *Am. Journal of Psychiatry* 150 :2, p. 207-228
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (pp. 544-545) Washington
- Anderson AE, Hay A. (1985). Racial and socioeconomic influences in anorexia nervosa and bulimia. *Intern. Journal of eating Disorders*, 4,(4),479-487.
- Angelopoulos N., Ekonomou M. (1994) Prevalence of Anxiety and Depressive symptoms in a high-school students population *Eur. Psychiatry*, 9, 19-26.
- Azevedo de MHP, Ferreira CP (1992) Anorexia Nervosa and Bulimia : a Prevalence Study *Acta Psychiatrica Scand.* 1992, 86, 432-436
- Bassoe H. Hans - Jon Chr. Laberg - Liv. Opstvedt (1990)  
Eating Disorders in a Nordic Perspective Explanatory Models and therapeutic Strategies. *Acta Psychiatrica Scand. Supplementum No 361 Vol 82, 1990*
- Bassoe H. Hans (1990) Anorexia | Bulimia Nervosa: The development of Anorexia Nervosa and of Mental Symptoms. Treatment and Outcome of the disease. *Acta Psych. Scand. Suppl. 361, Vol 82, 1990 p. 7-13*
- Beratis S. (1991) Suicide among adolescents in Greece *Br. J. of Psychiatry*, 159,515-519.
- Bers A. Susan, Donald M. Quinlan (1992) Perceived - Competence Deficit in Anorexia Nervosa *Journal of Abnormal Psychology* 1992; Vol 101 No 3, 423-431.
- Beumont PJV, Russell DJ, Touyz SW (1993): Treatment of anorexia nervosa, *Lancet* 341, 1635-1640



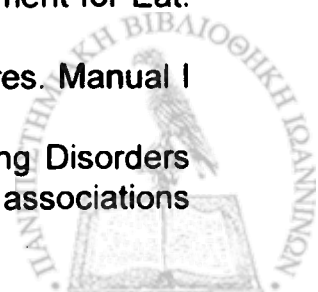
- Beumont PJV (1995) The clinical presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa In: Brownell KD, Fairburn GC (Eds) Eating Disorders and Obesity (p.p. 151-158)
- Brewerton D. Timothy, Krahn Dean, Hardin Todd, Wehr Thomas, Rosenthal Norman (1993) Seasonal Affective Disorder and Eating Disorder Biological Psychiatry, 1993, Vol. 33 Number 6a Meeting : Mental Disorders in Children and Adolescents May 19-23, 1993, San Francisco.
- Brownell K (1995) Eating Disorders in Athletes In: Brownell K, Fairburn C (Eds) Eating Disorders and Obesity pp. 191-196 The Guilford Press
- Bruch Hilde (1982) Anorexia Nervosa : Therapy and Theory Am. Journal of Psychiatry 139, 12, 1531-1538
- Brundell JE and Hill JA (1993). Binge Eating: Psychological Mechanisms, In: Fairburn CG, Wilson TG (Eds) Binge Eating, Nature, Assessment and Treatment pp. 206-226 The Guilford Press
- Bryant - Waugh Rachel, Lask Bryan (1991) Anorexia Nervosa in a Group of Asian Children Living in Britain. British Journal of Psychiatry 1 1991, 158, 29-233
- Buddeberg - Fischer B. Bernet R., Schmid J., Buddeberg C. (1996) Relationship between Disturbed Eating Behavior and Other Psychosomatic Symptoms in Adolescents. Psychotherapy and Psychosomatics 65: 319-326.
- Bulik C.(1987).Drug and alcoholol abuse by bulimic women and their families.Am. J. of Psych.144,1604-1606.
- Burns Tom, A.H. Crisp (1984) Outcome of Anorexia Nervosa in Males. British Journal of Psychiatry (1984) 145, 319-325
- Bushnell A. John, Wells J. Elisabeth, Hornblow R. Andrew, Oakley - Brown A. Mark, Joyce Peter(1990). Prevalence of three Bulimia Syndromes in the general Population Psychological Medicine, 20, 671-680
- Button E.J., Whitehouse A.(1981) Subclinical Anorexia Nervosa. Psychological Medicine 11, 509-516.
- Canals J,Carbaho G,Fernandez J,Martv Hennhberg C,Domnech E(1996).Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms.Adolescence.1996,31,122,443-450.
- Carter PI,Moss RA(1994) Screening for AN and BN in a college population.Problems and limitations. Addictive Behaviors,9,417-419.
- Cantwell DP. Sturzenberger S, Burroughs J, Saklin B, Green J K, (1977) Anorexia Nervosa. An Affective disorder? Arch. Of Gen. Psychiatry 34, 1087-1093.
- Carlat J. Daniel, Camargo A. Carlos (1991) Review of Bulimia Nervosa in Males Am. Journal of Psychiatry 1991, 148, 831-843
- Cash TF,Brown TA,(1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa.A review of the literature.Behavior Modification,11,487-521.
- Casper C. Regina, Offer Daniel (1990) Weight and Dieting Concerns in Adolescents, Fashion or Symptom ? Pediatrics 1990, 86, 384-390
- Cavior N., Lombardi D.A. (1973) Developmental aspects of Judgment of Physical Attractweness in children. Developmental Psychology 9, 44-54.



- Chandarana P., Helmes E., Benson N. (1988) Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: a high school survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33:834-837
- Christensen U., Sonne-Holm S., Sorensen TIA (1981) Constant Median BMI of Danish Young Men (1943-1977). *Human Biology*, 53, 403-410.
- Clarke, M.G., Palmer R.L. (1983) Eating Attitudes and Neurotic Symptoms in University Students *British Journal of Psychiatry*, 1983, 142, 299-304
- Clinton D.N., Mckinlay, W. W. (1986) Attitudes to food, eating and weight in acutely ill and recovered anorectics. *British Journal of Clinical Psychology*, 1986, 25, 61-67
- Cosford Paul (199 ) Letter Anorexia Nervosa in the Elderly *British Journal of Psychiatry*, 199 , p. 286
- Cooper J. Peter, Fairburn G. Christopher (1983) Binge-Eating and Self-induced Vomiting in the Community. A Preliminary Study *British Journal of Psychiatry* 1983, 142, 139-144.
- Cooper J. Peter, Waterman C. George, Fairburn G. Christopher (1984) Women with Eating Problems : A Community Survey *British Journal of Clinical Psychology*, 1984, 23, 45-52
- Cooper J. Peter, Chamock J. Deborah, Taylor J. Melanie (1987) The prevalence of Bulimia Nervosa. A Replication Study. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, 684-686
- Cooper Zafra, Cooper J. Peter, Fairburn G. Christopher (1989) The Validity of the Eating Disorder Examination and its Subscales. *British Journal of Psychiatry* (1989), 154, 807-812
- Cotrell J. D., A.H. Crisp (1984) Anorexia Nervosa in Down's Syndrome - A case Report *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, 195-196
- Crisp A. H. (1967) Anorexia Nervosa, *Hospital Medicine*, May 1967, pp. 713-718.
- Crisp A.H. (1980) Anorexia Nervosa: A Phobic avoidance of post-pubertal body weight. In : Wharton B.A. (eds). *Topics in Paediatrics 2. Nutrition in childhood*. London. Pitman Medical. Pp.151-161.
- Crisp A.H. (1976) How common is Anorexia Nervosa? A prevalence study. *Br. J. of Psych.* 128; 549-554
- Crisp A.H. (1995) *Anorexia Nervosa: Let me be I.E.A.* London
- Crisp AH, Hsu LKG, Harding B, Hartshorn J (1980) Clinical features of anorexia nervosa, *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179-191
- Crisp AH, Burns T, Bhat A.V. (1986) Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis. *British journal of Medical Psychology* 59, 123-132
- Crisp A, Callender JS, Halek C, Hsu LKG (1992). Long term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St. George's and Aberdeen cohorts. *British Journal of Psychiatry* 161: 104-07
- Crisp AH, McClelland Lisa (1994) *Anorexia Nervosa. The St George's Approach*, Dep. of Mental Health Sciences, London.
- Crisp A.H (1997) Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Treatment based on the Model, in Garner D, Garfinkel P. *Handbook of Treatment to Eating Disorders*, p.p. 248-277, The Guilford Press, New York, London



- Crisp A.H. (1983) Anorexia Nervosa. Regular Review British Medical Journal, 1983, Vol. 287, 855-858
- Crisp A.H., Lacey H.J., Crutchfield M. (1987) Clomipramine and «Drive» in People with Anorexia Nervosa : An In - patient Study. British Journal of Psychiatry, 1987, 150, 355-358.
- Crisp A. H., Norton Kingsley, Gowers Simon, Halek Christine, Bowyer Carol, Yeldham Denise, Levett Gill, Bhat A. (1991) A Controlled Study of the Effect of Therapies Aimed at Adolescent and family Psychopathology in Anorexia Nervosa. British Journal of Psychiatry, 1991, 159, 325-333.
- Crowther JH, Chernyk B(1986) Bulimia and binge eating in adolescent females.A comparison.Addictive Behavior,11,415-424.
- Cullberg J., Engström - Lindberg M. (1988) Prevalence and Incidence of Eating Disorders in a Suburban area. Acta Psych. Scand. 1988; 78; 314-319
- Dally P.J. (1969) Anorexia Nervosa. London, Heinemann.
- Dare C., Crowther C. (1995) Psychodynamic models of Eating Disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) Handbook of Eating Disorders pp. 125-139, Wiley
- Dare C, Eisler I (1997) Family Therapy for Anorexia Nervosa. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eating Disorders, p.p 307-324, The Guilford Press
- Davies M. K., Pearson H. P., Huseman A.C., Greger G.N., Kimmel K. D., Recker R.R. (1990) Reduced Bone Mineral in Patients with Eating Disorders Bone, 11, 143-147 (1990)
- Davis da Rossa Jane, Crisp A. H. (1993) Post - traumatic Anorexia Nervosa - A case study. British Journal of Medical Psychology, 1993, 66, 79-87
- Deeble A. Elisabeth, Crisp A.H., Lacey H. J., Bhat V. A. (1990) A Comparison between women Seeking self-help and Psychiatric treatment in anorexia Nervosa and Bulimia. British Journal of Medical Psychology, 1990, 63, 65-72.
- Demitrack A. Mark, Lesem D. Michael, Listwak J. Sam, Brandt A. Harry, Jimerson C. David, Gold W. Philip (1990) CSF Oxytocin in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa Clinical and Pathophysiologic Considerations. Am. Journal of Psychiatry, 1990, 147, 882-886
- Demitrack A., Mark, Putnam W. Frank, Brewerton D. Timothy, Brandt A. Harry, Gold W. Philip (1990) Relation of Clinical Variables to Dissociative Phenomena in Eating Disorders. Am Journal of Psychiatry 1990, 147, 1184-1188
- Dempsey T. Daniel, Crosby O Lon, Lusk Edward, Oberlander L. June, Pertschuk K.J. Michael, Mullen L. James (1984).Total body water and total body Potassium in Anorexia Nervosa. American Journal of Clinical Nutrition, 1984, 40 : 260-259
- Dennis AB, Sansone AR (1997) Treatment of Patients with Personality disorders. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Treatment for Eat. Dis. pp. 437-449 The Guilford Press
- Derogatis L. (1977) SCL-90R. Administration, scoring and procedures. Manual I for the revised version. Baltimore.
- Devaud C,Jeannin A,Narring F, Ferron C, Michaud PA(1998) Eating Disorders among female adolescents in Switzerland. Prevalence and associations



- with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders*, Vol.24,2,207-216.
- Dimitriou E.C. (1983) Anorexia Nervosa and Bulimia -Two Intriguing Problems. *Proceedings of the V<sup>th</sup> South-East European Neuropsychiatric Conference*, Gratz 1983, pp 772-787 ,
- Dolan Bridget, Lacey H. J., Evans Chris, (1990) Eating Behaviour and Attitudes to Weight and Shape in British Women from three Ethic Groups. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157, 523-528
- Dolan B.(1991) Cross cultural aspects of AN and BN. *A review.Intern.Journal of eating dis.*10,67-97.
- Dolan B., Lieberman S., Evans C.,Lacey J.H., (1990) Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 639-647.
- Dombusch S.M., Carlsmith J.M., Duncan P.D., Gross R.T., Martin J.A., Ritter P.L., Siegel-Gorelick (1984) Sexual Maturation social class and the desire to be thin among adolescents females. *Developmental and Behavior Pediatrics* 5, 308-314.
- Dowson, H. J. (1992) Associations between self-induced Vomiting and Personality Disorder in patients with a history of Anorexia Nervosa *Acta Psych. Scand*, 1992, 86 : 399-404
- Drewnowski A., Yee D.K., Krahn D.D.(1988) Bulimia in College Women: Incidence and Recovery Rates. *American Journal of Psychiatry*, 145, 6, 753-755.
- Drewnowski A., Yee D.K., Kurth C.L., Krahn D.D. (1994) Eating pathology and DSM-III-R Bulimia Nervosa :A continuum of behavior. *American Journal of Psychiatry*, 151:1217-1219.
- Drewnowski, A, Krahn, D. D., Kurth, C. L., Gomberg E., Demitrack M.(1993). Dieting Severity and its Relationship to Alcohol and drug use in young women. *9<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry*. Abstract p. 139.
- Druss R.G., Silverman J.A.(1979) Body image and Perfectonism of ballerinas. *General Hospital Psychiatry*, 2, 115-121.
- Dummer G.M., Rosen L.W., Heusner W.W., Roberts P.J., Counsilman J.E. (1987) Pathogenic weght control behavior of young competitive swimmers. *Psysician in Sports Medicine*, 15, 75-84.
- Eagles JM, Johnston Jm, Hunter D, Lobban M, Millar HR(1995). Increasing Incidence of AN in the female population of Northeast Scotland.*Am.J of Psych.* 152,1266-1271.
- Eating Disorders Association (1995): *A Guide for primary Care*, London
- Eckert D. Elke, Halmi A. Ketherine, Marchi Peggy, Cohen Jacob (1987) Comparison of Bulimic and non-bulimic Anorexia Nervosa. Patients during treatment.*Psychological Medicine* 1987, 17, 891-898
- Economou M., Angelopoulos N. (1989) Dysthymic Symptoms, Hostility and Scholastic Achivment in a group of High School Students. *Educational Psychology*, Vol 9, 4, 331-337.
- Eisler I., Szumukler G.I.(1985) Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 171-176.



- Emmons L. (1992) Dieting and purging behavior in black and white high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 92:306-312.
- Enns M.P., Drewnowski A., Grinker J.A. (1987) Body composition, body size estimation and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosomatic Medicine*, 49, 56-64.
- Fahy A. T., Eisler I., Russell M. F. G. (1993) Personality Disorder and Treatment Response in Bulimia Nervosa *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162, 765-770
- Fahy A. T., Eisler I., (1993) Impulsivity and Eating Disorders *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162, 193-197
- Fahy A. T., Eisler I., Russell F. M. G. (1993) A Placebo Controlled Trial of d-fenfluramine in Bulimia Nervosa *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162, 597-603
- Fairburn Christopher (1982) Binge-Eating and its Management *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141, 631-633
- Fairburn G. Christopher (1984) The Clinical Features of Bulimia Nervosa *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144, 238-246
- Fairburn G. C., Kirk J., O' Connor M., Anastasiades P., Cooper J. P. (1987) Prognostic Factors in Bulimia Nervosa *British Journal of Clinical Psychology*, 1987, 26, 223-224
- Fairburn G. C., Beglin J. Sarah (1990) Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 4, 401-408
- Fairburn G.C., Jones Rosemary, Peveler C. Robert, Hope A. R., O' Connor Marianne (1993) Psychotherapy and Bulimia Nervosa *Archives of General Psychiatry*, 1993, Vol 50, 419-428.
- Fairburn CG, Hay PHJ, Welch SL (1993). Binge eating and bulimia nervosa. Distribution and determinants. In CG Fairburn, T Wilson (Eds) *Binge eating, nature, assessment and treatment*. New York Guilford, pp. 123-143.
- Fairburn C (1995) Physiology of Anorexia nervosa. In: Brownell K, Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity* pp. 251-254, The Guilford Press
- Fairburn CG (1995) *Overcoming Binge Eating*, New York The Guilford Press
- Fairburn C (1997 A) Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eating Disorders* pp. 67-93, The Guilford Press
- Fairburn C, Welsh S, Doll E, Davies B, O' Connor (1997 B) Risk factors for bulimia nervosa: A community based case-control study. *Arch of Gen. Psych.* 54, 509-517
- Fairburn C.G., Cooper Z. (1993) The Eating Disorders Examination (12<sup>th</sup> edition) in: G.G. Fairburn, G.T. Wilson (eds). *Binge Eating Nature, assessment, treatment* p.p.317-360. Guilford Press.
- Fairburn C (1997 C) Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* pp. 278-293 The Guilford Press
- Fallon P, Wonderlich S (1997) Sexual abuse and other forms of trauma. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eating Disorders* pp. 394-414 The Guilford Press

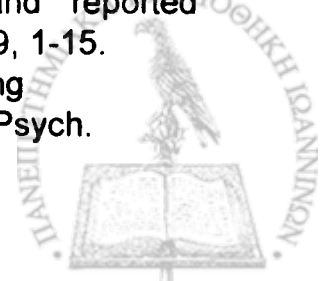




- Fallon AE, Rosen P (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. *J of the Abnormal Psych.*, 94, 102-105.
- Feigner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Munoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Ferrero FP, Rouget P (1991). Bulimia and weight variations in a Swiss population. *Int. J. of Eating Disorders*, 10, 563-569.
- Fichter M.M, Weyerer S., Sourdi L., Sourdi Z., (1983) The Epidemiology of Anorexia Nervosa : A Comparison of Greek Adolescents Living in Germany and Greek Adolescents Living in Greece In : *Anorexia Nervosa : Recent Developments in Research* Ed : P. L. Darby, P. M. Garfinkel, D. M., Gardner and D. V. Coscina 95-105 Liss : New York 1983
- Fichter MM, Elton M, Sourdi L, Weyerer S, Koptagel-Ilal G. (1988) Anorexia Nervosa in Greek and Turkish adolescents. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 200-208.
- Fichter MM, Quadfieg N (1997) Six Year Course of Bulimia Nervosa *Int. Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384
- Fichter M.M, Weyerer S., Sourdi L., Sourdi Z., (1983) The Epidemiology of Anorexia Nervosa : A Comparison of Greek Adolescents Living in Germany and Greek Adolescents Living in Greece. In : *Anorexia Nervosa : Recent Developments in Research* Ed : P. L. Darby, P. M. Garfinkel, D. M., Gardner and D. V. Coscina 95-105 Liss : New York 1983.
- Fisher M, Pastore D, Schneider M, Pegler C, Napolitan B (1994). Eating attitudes in urban and suburban adolescents. *Int. J of Eating Disorders*, 16, 67-74.
- Fombonne EC (1995). Anorexia Nervosa. No evidence of an increase. *Br. J. of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Fosson A., Knibbs J., Brant - Waugh R, Lask B. (1987) Early Onset Anorexia Nervosa *Archives of Disease in Childhood*, 1987, 62, 114-118 Friedman et al 1982
- Fry Richard, Crisp A.H. (1989) Adoption and Identity : A Case of Anorexia Nervosa *British Journal of Medical Psychology*, 1989, 62, 143-152
- Furnham Adrian, Alibhai Nanzin (1983) Cross Cultural differences in the perception of female body shape. *Psychological Medicine*, 1983, 13, 829-837
- Futch L.S., Wingard D.L., Felice M.E. (1988) Eating pattern disturbances among women medical and graduate students. *Journal of Adolescent Health Care*, 9:378-383.
- Garfinkel Paul (1993A) Eating Disorders. In Kaplan H, Sadock K (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 6<sup>th</sup> Ed. Vol. 2, Boston pp.743-749.
- Garfinkel Paul (1993B) Eating Disorders in the Community : Comorbidity and Psychosocial Impairment. 9<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry. Abstracts. P. 138
- Garfinkel E. Paul (1986) Eating Disorders : Early recognition of People at risk. *Psychiatric in the 80's* Vol. 4 No 3, 1-8
- Garfinkel P., Lin E., Goering P., Spegg C., Goldbloom D., Kennedy S., Kaplan A., Woodside B. (1995) Bulimia Nervosa in a Canadian Community



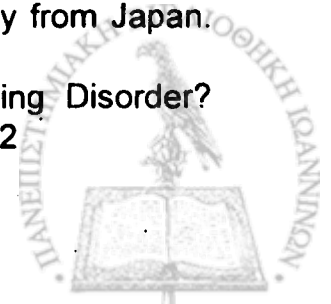
- Sample. Prevalence and Comparison of Subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 7, 1052-1058.
- Garfinkel P, Garner D (1982): *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, Brunner, Mazel
- Garfinkel Paul, Walsh TB (1997) Drug Treatment In: Garner D. and Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* pp. 372-380, The Guilford Press
- Garn S.M., Clark D.C. (1976) Trend in fatness and the origin of obesity. *Pediatrics*, 57, 443-456.
- Garner M. David, Garfinkel E. Paul (1984) (Ed:) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Guilford Press, 1984
- Garner F. Alison, Marcus N. Roland, Halmi Katherine, Laranger W. Armand (1989) DSM-III-R Personality Disorders in Patients with Eating Disorders *Amer. Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591
- Garner M. David, Olmstead P. Marion, Polivy Janet (1983) Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia *International Journal of Eating Disorders*, Vol 2, No 2, p. 15-34
- Garner M. David, Garfinkel E. P. (1979) The Eating Attitudes Test. An Index on the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine* 9, 1-7
- Garner M. D., Garfinkel E. P., O' Shaughnessy M. (1985) The Validity of the Distinction Between Bulimia with and without Anorexia Nervosa *Am. Journal of Psychiatry*, 142, 5, (1985) 581-587
- Garner D (1993) Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Lancet*, 341, 1631- 1635
- Garner D, Needleman L (1997) Sequencing and intergration of Treatments. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat, Dis.* p.p. 50-63 The Guilford Press
- Garner D., Vituse K., Pirke K., (1997) Cognitive-behavioral Therapy for Anorexia Nervosa In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of treatment for Eating Disorders* (p.p. 94-144) The Guilford Press
- Garner D (1997) Psychoeducational principles in Treatment. In: Garner D, Garfinkel P, eds. *Handbook of Treatment for: Eating Disorders* pp. 145-177, The Guilford Press
- Garner M. David, Garfinkel E. P. (1980) Sociocultural factors in the Development of Anorexia Nervosa *Psych. Medicine* 10, 647-656.
- Garner M. David, Garfinkel E. P., Rockert W., Olmsted M.P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Garner M. David, Garfinkel E. P., Bemis K.M. (1982) A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-46.
- Garner D.M., Bemis K.M. (1982) A cognitive behavior approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1-27.
- Garner D.M., Olmsted M.P., Davis R., Rockert W., Goldbloom D., Eagle M. (1990) The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1-15.
- Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel E.P. (1982) The Eating Attitudes test. Psychometric features and clinical correlates. *Psych.*



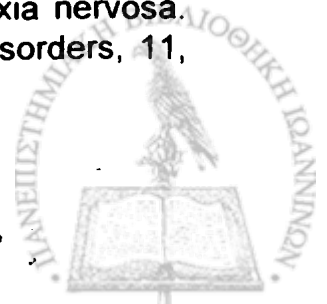
- Medicine 12, 871-878.
- Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M, Johanson M (1996). The cognitive profile of AN. A comparative profile including a community -based sample. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 23-30.
- Goldblatt PB, Moore ME, Stunkard AJ (1965) Social factors in Obesity. *JAMA*. 192, 1039-1044.
- Gotlib IH (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Goodsitt A (1997) Eating Disorders: A self psychological perspective. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* pp. 205-228 The Guilford Press
- Gowers G.S., Crisp H.A., (1990) Anorexia Nervosa in an 80 - Year Old Woman *British Journal of Psychiatry*, 157, 754-757.
- Grigg M, Bowman j, Redman S (1996). Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Preventive Medicine*, 25, 6, 748-756.
- Gross J, Rosen JC, Leitenberg H, Willmuth M (1986). Validity of EAT and EDI in BN. *Journal of Cons. And Clinical Psychology*, 54, 875-876.
- Gross J., Rosen J.C. (1988) Bulimia in adolescents. Prevalence and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*. 7, 51-61.
- Gwirtsman E. Harry, Kaye H. Walter, George T. D. Jimerson C. David, Ebert H. Michael, Gold W. Philip (1989) Central and Peripheral ACTHH and Cortisol Levels in Anorexia Nervosa and Bulimia *Archives of Gen. Psychiatry*, 46, 61-69.
- Hall Anne, Leibrich Julie, Walkey H. Frank, Welech Gary (1986) Investigation of «Weight Pathology» of 58 Mothers of anorexia nervosa patients and 204 Mothers of schoolgirls. *Psychological Medicine* 1986, 16, 71-76
- Hall Anne, Slim Enid, Hawker Fiona, Salmond Clare (1984) Anorexia Nervosa: Long - Term Outcome in 50 Female Patients. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, 407-413
- Hall Anne, Crisp A.H. (1987) Brief Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, 185-191
- Hall A., Hay P.J. (1991) Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychological Medicine*, 21:697-701.
- Halmi Katherine (1983) Anorexia Nervosa and Bulimia *Psychomatics* Vol. 24 No 2 Febr. 1983 p. 111-127
- Halmi Katherine, Kaye W. Jimerson D., Kennedys. (1993) Psychological and Biological Mechanisms in the Genesis and Maintenance of Eating Disorders. 9<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry Abstract p. 211
- Halmi Katherine (1993) Psychological Mechanisms of Micronutrient Intake in Eating Disorders. 9<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry Abstract p. 211
- Halmi K, Folk JR, Schwartz E (1981) Binge Eating and Vomiting. A survey of a college population. *Psychol. Med.* 11, 697-706
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J (1991): Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48:712-718



- Halmi KA (1997) Models to Conceptualize risk factors for Bulimia Nervosa. *Arch. Of Gen. Psychiatry*, 54, 507-50
- Halmi, A., Katherine, Sunday R., Suzanne (1993) Anorexia Nervosa in Adolescence: Effects of age and primary amenorrhea Abstract from Meeting: Mental Disorders in Children and Adolescents, *Biological Psychiatry*, Vol 33, No 6A 1993 p. 55A
- Hannan J., Cowen S., Freeman C., Mackie A., Shapiro C.M (1990) Assessment of Body Composition in Anorexia Patients In: *Advances in In Vivo Body Composition Studies* Ed: Yasumura S. Et al. Plenum Press, New York, 1990 pp. 149-154
- Harris Alison, Wardle Jane (1987) The feeling of hunger *British Journal of Clinical Psychology*, 1987, 26, 153-154
- Hart J. Kathleen, Ollendick H. Thomas (1985) Prevalence of Bulimia in Working and University Women *Am. J. Psychiatry* 142, 851-854, 1985
- Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA (1998). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 81-87.
- Hawley M. Richard (1985) The Outcome of Anorexia Nervosa in Younger Subjects. *British Journal of Psychiatry* 1985, 146, 657-660.
- Hay Phillipa, Hall Anne (1991) The prevalence of Eating Disorders in Recently Admitted Psychiatric In - Patients *British Journal of Psychiatry* (1991), 159, 562-565
- Heal M., O'Hara Jean (1993) The music therapy of an anorectic Mentally handicapped adult *British Journal of Medical Psychology* 1993, 66, 33-41
- Healy K., Conroy R.M., Walsh N. (1985) Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. *Psychological Medicine*, 15, 697-706.
- Heatherton T.F., Nichols P., Mahamed F., Keel P. (1995) Body weight Dieting and Eating Disorders Symptoms among College Students 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 11, 1623-1629.
- Henderson M., Freeman C. P. L. (1987) A self-rating Scale for Bulimia - The BITE *British Journal of Psychiatry* 1987, 150, 18-24.
- Hernandez J. T (1993) The relationship between sexual abuse and Eating Disorders among Adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 55, 100-132 (1993) p. 119
- Herzog B. David (1984) Are Anorexic and Bulimic Patients Depressed? *Am. J. Psychiatry* 141, 1594-1597, 1984
- Herzog W, Deter C., Vandereyken W. (1991) Editors *The Course of Eating Disorders : Long - term Follow - up Studies of Anorexia Nervosa and Bulimia* Springer - Verlag New York 1991
- Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW (1992) Psychiatric morbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *J. of the Am. Ac. Of Child and Adol. Psychiatry* 31, 810-818
- Higuchi, S., Suzuki K., Yamada K., Parrish K., Kono H. (1993) Alcoholics With Eating Disorders: Prevalence and Clinical Course. A study from Japan. *British Journal of Psych.* 1993, 162, 403-406.
- Hillard Adams J Paula (1992) Does your patient have an eating Disorder? *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, April 1992, 59-72



- Hindler C. G. (1986) A Case of Anorexia Nervosa with Klinefelter's Syndrome  
British Journal of Psychiatry 1986, 149, 659-660.
- Hoek HW (1991) The incidence and prevalence of AN and BN in primary  
care. Psychological Medicine, 21, 455-460.
- Hoek H.W. (1993) Review of the epidemiological studies of eating disorders.  
International Review of Psychiatry, 5, 61-74.
- Hoek H (1995) The distribution of Eating Disorders In: Brownell KD, Fairburn  
GC (Eds) Eating Disorders and Obesity (p.p 207-211) The Guilford  
Press
- Hoek H.W., Bartelds A.I.M., Bosveld J.D.F., Graaf Y., Limpens V.E.L.,  
Maiwald M., Spaaij C.J.K. (1995) Impact of Urbanization on Detection  
Rates of Eating Disorders. American Journal of Psychiatry, 152,9,  
1272-1278.
- Hoeken Van D, Lucas AR, Hoek HW (1999). Epidemiology of Eating  
Disorders. In: H.W. Hoek, J.L. Treasure, M.A. Katzman (Eds). Neurobiology  
in the treatment of Eating Disorders, Wiley, pp. 97-126.
- Holden L. Neil, Robinson H. Paul (1988) Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa  
in British Blacks British Journal of Psychiatry, 1988, 152, 544-549
- Holden L. Neil (1990) Is Anorexia Nervosa an Obsessive - Compulsive Disorder?  
British Journal of Psychiatry, 1990, 157, 1-5
- Holden L. Neil (1991) Adoption and Eating Disorders: A High - risk group? British  
Journal of Psychiatry, 1991, 158, 829-833
- Holland A., J., Hall A., Murray R., Russell G.F.M., Crisp A.H. (1984) Anorexia  
Nervosa: A study of 34 Twin Pairs and One Set of Triplets. British Journal  
of Psychiatry, 1984, 145, 414-419
- Hollander Eric, Neville D., Frenkel M., Josepson S., Liebowitz R. M. (1992) Body  
Dysmorphic Disorder. Diagnostic Issues and Related Disorders  
Psychomatics, 1992, Vol. 33, Nb 2 156-165
- Hooper MSH, Garner D (1986). Application of ED inventory to a sample of black  
white and mixed race schoolgirls in Zimbabwe. Int. J. of Eating Disorders  
5, 161-168.
- Horne Lynn R., VanVactor, C. John, Emersons. (1991) Disturbed Body Image in  
Patients with Eating Disorders Am. J. Psychiatry 148, 211-215, 1991
- Hsu George L.K., Lieberman S. (1982) Paradoxical Intention in the Treatment of  
Chronic Anorexia Nervosa Am. J. Psychiatry, 139, 5, 650-653, 1982
- Hsu George, L.K. (1988) Editorial The Outcome of Anorexia Nervosa: a  
reappraisal. Psychological Medicine, 1988, 18, 807-812
- Hsu George L. K., Sing Lee (1993) Is Weight Phobia always necessary for a  
Diagnosis of Anorexia Nervosa. (Regular Article) Am. Journal of  
Psychiatry, 1993, 150, 1466-1471
- Hsu L.K.G. (1990) Eating Disorders, Guilford Press
- Hsu GLK (1995) Outcome of Bulimia Nervosa In: Brownell K, Fairburn C (Eds)  
Eating Disorders and Obesity pp. 238-244 The Guilford Press
- Hsu L.K.G., Crisp A.H., Callender J.S. (1992) Recovery in anorexia nervosa.  
The patient's perspective. International Journal of Eating Disorders, 11,  
341-350.



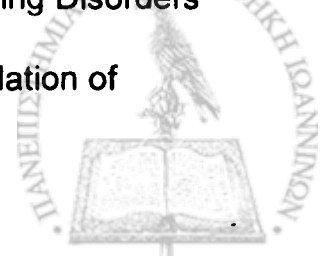
- Hudson J., Pope H., Jonas J., Yurgelun-Todd D., Frankenburg F.R. (1987). A controlled family history study of bulimia. *Psychological Medicine*, 17, 883-890.
- Huenemann R.L., Shapiri L.R., Hampton M.C., Mitchell B.W. (1966). A longitudinal study of gross body composition and body conformation and their association with food and activity in a teenage population. *American Journal of Clinical Nutrition*, 18, 325-338.
- Humphrey Lynn Laura (1986) Structural Analysis of Patient-Child Relationship in Eating Disorders *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, Vol 95, 4, 395-402
- Huon F.G., Brown L. B. (1989) Assessing Bulimics' dissatisfaction with their Body *British Journal of Clinical Psychology*, 1989, 28, 283-284.
- Ierodionou CS(1988) Adolescents Mental Health and the Greek family preventive aspects. *J of Adolescence*, 11, 11-19.
- Jager B, Liedt K RE, Kunsebeck HW, Seidel L, Lempa W(1991). Every day addictive behavior of bulimic women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 64-69.
- Jacobovits C., Halstead P., Kelley L., Roe D.A., Young C.M. (1977). Eating habits and nutrient intakes of college women over a thirty-year period. *Journal of the American Dietetic Association*, 71, 405-411.
- Joergensen J. (1992) The epidemiology of Eating Disorders in Fyn County, Denmark, 1977-1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 30-34.
- Johnson C., Stuckey M., Lewis L., Schwartz D. (1982). Bulimia: A descriptive survey of 316 cases. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3-16.
- Johnson C.L., Lewis C., Love S., Lewis L., Studkey M. (1983). A descriptive survey of dieting and bulimic behavior in a female high school population (pp14-18). (Report of the Fourth Ross Conference on Medical Research) Columbus, OH: Ross Laboratories.
- Johnson LC, Lewes L, Stuckley M(1984). Incidence correlates of bulimic behavior in a female high school population. *J Youth and Adolescence*, 13, 15-26.
- Johnson C., Connors M.E. (Eds) (1987). Demographic and clinical characteristics. The etiology and treatment of bulimia nervosa. A biopsychosocial perspective, pp 31-60. New York: Basic Books. 29, 128.
- Johnson-Sabine E., Wood K., Patton G., Mann A., Wakeling A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - A prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-622.
- Johnson C., Tobin D.L., Lipkin J. (1989). Epidemiologic changes in bulimic behavior among adolescents over a five-year period. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 647-655.
- Jones D.J., Fox M.M., Babigan H.M., Hutton H.E. (1980) Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York : 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.
- Kandel D.B., Davies M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.



- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Synopsis of psychiatry 7<sup>th</sup> ed. Ch. 22 Eating Disorders pp. 689-698 Williams and Wilkins
- Kasset J.A, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Karuba DM, Smith AL, Brandt HA, Jimerson DC (1989) Psychiatric disorders in the first degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am. J. of Psych.* 146, 1468-1471
- Katzman M. (1997) Getting the difference Right: It's Power Not Gender that Matters. *Eur. J. of Eating Disorders*, Vol 5 No2, 71-74
- Katzman MA, Wolchik SA, Braver SL (1984). The prevalence of frequent binge eating and bulimia in a non clinical college sample. *Int.J. of eating Disorders*, 3, 53-61.
- Kaye WH (1995) Neurotransmitters and anorexia nervosa. In: Brownell KD, Fairburn CG (Eds) *Eating Disorders and Obesity*, Guilford Press, New York p.p. 255-260
- Kaye W (1999). The new biology of Anorexia and Bulimia Nervosa. Implications for Advances in treatment. *European Eating Disorders Review*, 7, 3, 157-161.
- Kendell RE, Hall DJ, Hailey A, Babigian HM (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200-203.
- Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L (1991): The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 148:1627-1637.
- Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HL (1950). The biology of Human starvation. (2 Vols). University of Minnesota Press. Minneapolis.
- Kienhorst CW, De Wilde EJ, Diekstra EFW, Wolters WHG (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psych. Scand.* 85, 222-228.
- Killen JD, Taylor CN, Telsh MJ, Robinson TN, Maron DJ, Saylok KE (1987). Depressive symptoms and substance use among adolescent binge eaters and purgers. A defined population study. *American Journal of Public Health*, 77, 1539-1541.
- King MB. (1989). Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow up at 12-18 months. *Psychological Medicine Monograph*, Suppl. 14, 1-34.
- Krystal H (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *Am. J. of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Lacey H. J. (1993) Self-damaging and Addictive behaviour in Bulimia Nervosa. A Catchment Area Study *British Journal of Psychiatry*, 163, 190-194
- Lask B, Bryant-Waugh R (1997) Prepubertal Eating Disorders In: Garner D Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eating Disorders* pp. 476-483, Wiley.
- Ledoux S, Choquet M, Flament M (1991). Eating Disorders among adolescents in an unselected French population. *Intern.J. of Eat. Dis.* 10, 81-89.
- LeGrande D, Telch CF, Tibbs J (1998). Eating attitudes and behaviors in 1435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J of Psychiatry*, 155, 2, 250-254.
- Lee S (1993). How abnormal is the desire for slimness? A survey of eating attitudes and behaviors among Chinese undergraduates in Hong

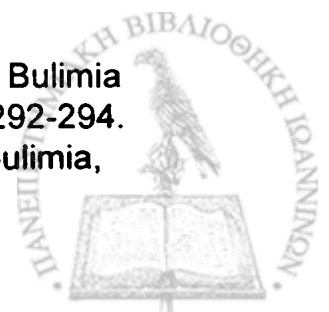


- Kong. Psych. Medicine,23,437-451.
- Lucas AR(1998).Eating Disorders and young women. A growing problem.Mayo Clinic.Internet Report.Oasis Library.
- Lucas AR,Beard CM, O Fallon WM, Kurland LT.(1988). Anorexia nervosa in Rochester,Minnesota.A 45-year study.Mayo Clinic Proceedings,63,433-442.
- Lucas AR, Beard CM, O' Fallon WM, Burland LT (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minneapolis: A population - based study. Am. J. of Psychiatry, 148, 917-922
- Madianos M, Madianou D, Stefanis C (1993). Depressive Symptoms and suicidal behaviors among general population adolescents and young adults across Greece.Eyropen Psychiatry,8,139-146.
- Madianos M, Madianou D (1991).The Greek family paradigm.Implications for family therapy.Neurologia et psychiatrica,12,132-138.
- Mann A,Wakeling A,Wood K,Monck R,Dobbs R,Szmukler G.(1983).Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls.Psychological Medicine 13,573-580.
- Meadows GN,Palmer RL,Newball UM, Kenrick JMT, (1986).Eating attitudes and disorders in young women.A general practice based survey.Psychological Medicine,16,351-357.
- Milosevic A, Brodie D, Slade P (1997) Dental Erosion, Oral Hygiene and Nutrition in Eating Disorders Int. J. of Eat. Dis. 21, 195-199
- Minuchin S Rosman BL, Baker L, (1978): Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, Mass, Harvard University Press
- Mitchell E.J., Hatsukami D., Eckert D.E., Pyle L.R. (1985) Characteristics of 275 Patients with Bulimia. Am. J. Psychiatry, 1985, 142, 482-485
- Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomerooy C (1987): Medical complications and medical management of bulimia. Anr Intern Med 107:71-77
- Moller- Madsen S, Nystrup J (1992).Incidence of anorexia nervosa in Denmark.Acta Psychiatrica Scandinavica,86,197-200.
- Morgan G, Sylvester D,(1977).Anorexia Nervosa.In O.W.Hill (Eds). Modern trends in psychological medicine. Vol.3,pp.382-403.London, Butterworths.
- Morogiannis F,Papaioannou T,Yiannitsi St,Liakos A.(1998)Eating disorders and psychopathology among adolescents in the Greek province of Ioannina.
- Mumford DB, Whitehouse AM, Platts M. (1991) Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. Br J Psychiatry 158:222-28.
- Mumfrond DB,Whitehouse AM,Choudry IY (1992).Survey of ED in English Medium schools in Lahore,Pakistan. Int.J.of Eat. Dis.11,173-184.
- Mynors-Wallis L, Treasure J, Chee D (1992): Life events and eating disorders: Differences between early and late onset cases. Int. J. of Eating Disorders 11, 369-375
- Nasser M (1994).Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary





- schoolgirls. *Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiology*, 29, 25-30.
- Nielsen E (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987. A nation wide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 81, 507-514.
- Nielsen S. (1992) Seasonal variation in anorexia nervosa? Some preliminary findings from a neglected area of research. *Int J Eating Disorders* 11: 25-35
- Nylander I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. An epidemiological investigation. *Acta Socio-medica Scand.* 1, 17-35.
- Obarzanek E, Lesem MD, Goldstein DS, Jimerson DC (1991): Reduced resting metabolic rate in patients with bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48:456-462
- Ordman AM, Kirschenbaum DS (1986). Bulimia. Assessment of eating psychological adjustment and familial characteristics. *Intern. Journal of Eating Disorders*, 5, 865-878
- Orbach S. (1996) *Hunger strike. Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age.* New York, WW Norton
- Pagsberg AK, Wang AR (1994). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm County Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 259-265.
- Palazzoli M (1978): *Self Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa.* New York, Jason Aronson
- Parry-Jones B, Parry-Jones WL (1991) Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int. J. of Eat. Dis.* 10, 129-143
- Patton (1988) The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Piran N, Kaplan A, Kerr A, Shecter-Wolfon L, Winocur J, Gold E, Garfinkel PE. (1989). A day hospital program for anorexia Nervosa and Bulimia. *Intern. Journal of eating Disorders*, Vol. 8, 5, 510-521.
- Pirke KM (1995) Physiology of Bulimia nervosa. In: Brownell K, Garfinkel P (Eds) *Eating Disorders and Obesity* pp. 261-265, The Guilford Press
- Polivy and Herman PC (1993) Etiology of Binge Eating: Psychological mechanisms In: Fairburn C, Wilson GT (Eds) *Binge Eating, Nature, Assessment and Treatment* pp. 173-205 The Guilford Press
- Polivy J, Federoff I. (1997) Group psychotherapy. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* Pp. 462-475, The Guilford Press.
- Pope HG Jr, Hudson JI (1989). Eating Disorders. In Kaplan HI & Sadock BJ (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th Ed, Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 1854-1865.
- Pope HG Jr, Hudson JI, Yugerlun-Todd D (1988) Anorexia Nervosa and Bulimia among 300 suburban women shoppers. *Am J Psychiatry* 141:292-294.
- Prather RC, Williamson DA (1988). Psychopathology associated with bulimia,



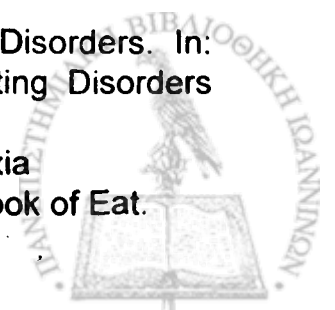
- binge eating, and obesity. *Intern. Journal of eating Disorders*, 7, 177-184.
- Pumariega AJ, (1986). Acculturation and eating attitudes in adolescent girls. A comparative and correlational study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 25, 276-279.
- Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED, Halvorson PA, Neuman PA, Golf GM (1983). The incidence of bulimia in freshman college students. *International Journal of eating Disorders*, 2, 75-85.
- Pyle RL, Neuman PA, Halvorson PA, Mitchell JE (1991). An ongoing cross-sectional study of the prevalence of eating disorders. *Intern. Journ. Of Eating Dis.* 10. 667-677.
- Rastam M, Gillberg C, Garton M (1989) Anorexia Nervosa in a Swedish urban region, a population based study. *British Journal of psychiatry*. 155, 642-646.
- Rastam M (1990). Anorexia Nervosa in Swedish urban teenagers. MD Thesis. University of Goeteborg.
- Rastam M. (1992) Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid problems and comorbidity. *J. of the Acad. Of child and adolescent Psychiatry*, 31, 819-829
- Ratnasurya RH, Eisler I, Szmukler GI, Russell GFM. (1991) Anorexia nervosa outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatr* 158:495-503
- Rathner G., Messner K., (1993) Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study *Psychological Medicine*, 23, 175-184
- Rathner G, Tury F, Szabo P, Geyner M, Rumpold G, Forgacs A, Sollner W, Plottner G. (1995). Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989. A cross cultural study. *Psychological Medicine*, 25, 1027-1035.
- Ratte C, Pomarleau G, Lapointe C (1989). Depistage des troubles des conduites alimentaires chez une population d etudiantes de nouveau collegial. Correlation avec deux caractéristique psychosociales. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. 34, 892-897.
- Richards H, Casper RC, Larson R (1990). Weight and eating concerns among pre and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 203-209.
- Rosen LW, Hough DO (1988). Pathogenic weight control behaviors of female college athletes. *Physician in Sports Medicine*, 16, 141-146.
- Russell G (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* :429-448
- Russell J, Beumont PJV (1970). The endocrinology of anorexia nervosa. In: Beumont PJV, Burrows GD, Casper RC, eds. *The handbook of eating disorders, part I: anorexia and bulimia nervosa*. Amsterdam: Elsevier, 201-34
- Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 44:1047-1056
- Russell GFM (1997) The history of bulimia nervosa. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* (pp. 11-24) The Guilford Press



- Rutter M, Graham P, Crandwich O, Vule W. (1976). Adolescent turmoil. Fact or fiction? *Journal of Child Psych. Psychiatry*, 17, 35-56.
- Santonastaso P, Zanetti T, Sala A, Favaretto G, Vidotto G, Favaro A (1996). Prevalence of eating disorders in Italy. A survey on a sample of 16-Year Old Female Students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158-162.
- Schmidt U, Tiller J, Treasure J (1993A). Setting the scene for the eating disorders. Childhood care, classification and course of illness. *Psychological Medicine*, 23, 663-672.
- Schmidt U, Jiwany A, Treasure J (1993B). A controlled study of alexithymia in ED. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Schotte DE, Stunkard AJ (1987) Bulimia versus bulimic behaviors on a college campus. *Journal of the American Med. Association*, 258, 1213- 1215
- Schwartz RC, Barrett MJ, Saba G (1985) Family therapy for bulimia. In: Garner D, Garfinkel P. (Eds) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, pp. 280-307, The Guilford Press
- Silverman J (1995). History of Anorexia Nervosa. In: (Eds) K. Brownell, CG Fairburn. *Eating Disorders and Obesity*. The Guilford press.
- Slade P (1995). Prospects of prevention. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J. *Handbook of eating Disorders. Theory, Treatment and Research*. pp. 385-398. Wiley.
- Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G (1989). Attempted suicide in adolescence. A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363.
- Stacher G., Bergmann H., Wiesnagrotzki S., Steiner-Mittelbach G., Kiss A., Abatzi Th.-A. (1992), Primary Anorexia Nervosa: Gastric Emptying and Antral Motor Activity in 53 Patients. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 11, No.2, 163-172
- Steere J, Butler G, Cooper P (1990) The anxiety Symptoms of bulimia nervosa. *Int. Journal of Eat. Dis.* 9, 293-301
- Steinhausen P (1995) The course and outcome of anorexia nervosa. In: Brownell K, Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity*, (pp. 234-237) The Guilford Press.
- Stein D, Megel S, Bar Hanin T, Blank S, Elizur A, Weisman A (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *J of the Academy Child and Adol. Psychiatry*, 1997, 36, 8, 1116-1123.
- Stiegel-Moore RE, Silberstein LR, French P, Robin J (1989) A prospective study of disordered eating among college students. *Int. J. of Eat. Dis.*, 8, 499-509.
- Stiegel-Moore RE (1993) Etiology of Binge Eating: A developmental perspective, In: Fairburn CG, Wilson TG (Eds) *Binge Eating*. N, A, and Tret. p.p. 144-172 The Guilford Press
- Stiegel-Moore R, Huydic ES (1993). Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students. *Intern. Journ. of Eating Disorders*, 14, 417-425.
- Strober M, Lambert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C (1980): A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eating Disorders* 9:239-253.

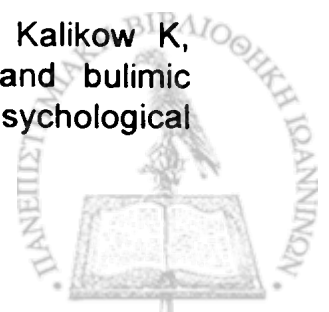


- Sundgot-Borgen J (1994). Risk and trigger factors for the development of ED in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414-419.
- Swift W.J, Andrews D, Barklage NE, (1986). The relationship between affective disorders and eating disorders. A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 143, 290-299.
- Swift WJ, Ritholz M, Kalin NH, Kaslow N (1987): A follow-up study of thirty hospitalized bulimics. *Psychosom Med* 49:45-55.
- Szmukler G (1985) The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia *Journal of Psychiatric Research* 19, 143-153
- Szmukler G (1983) Weight and food preoccupation in a population of English schoolgirls. In: *Understanding Anorexia Nervosa. Report of 4<sup>th</sup> Ross Conference on Medical Research* (Ed. GI Bargman) Ross, Ohio.
- Szmukler G, Tantam D (1984) Anorexia Nervosa. Starvation Dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 303-310.
- Szmukler G (1985). The epidemiology of anorexia Nervosa and Bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 143-153.
- Szmukler GI, Eissler I, Gillis C, Hayward ME (1985). The implications of AN in a ballet school. *J of Psych. Research*, 19, 177-181.
- Szmukler G, McCance C, McCrone L, Hunter D, (1986). A psychiatric case register from Aberdeen. *Psychological Medicine*, 16, 49-58.
- Szabo CP, Hollands C (1997). Abnormal eating attitudes in secondary school girls in South Africa. A preliminary study. *S. Afr. Med. J.* 87, 4, 524-530.
- Tata P, Vigus J, Bower C, Judd P (1994). Mood, Bulimic Symptoms and Outcome in a community based Slimming group. *European Eating Disorders Review*, Vol. 2, 1, 14-31.
- Theander S (1970). Anorexia Nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl.* 214, 1-194.
- Theander S (1995): Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *J Psychiatr Res* 19:493-508
- Timmerman M, Wells L, Chen S (1990). Bulimia Nervosa and Associated Alcohol abuse among secondary school students. *J. of the Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 1, 118-122.
- Tobin D (1993) Psychodynamic Psychotherapy and Binge Eating. In: Fairburn C, Wilson TG (Eds) *Binge Eating, Nature Assessment and Treatment*. Pp 287-313
- Toro J, Castro J, Garcia M, Perez P, Cuesta L. (1989). Eating attitudes, Sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Touyz WS, Beumont PJV (1997) Behavioral Treatment to Promote Weight Gain in AN, in: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Eating Disorders* pp. 361-371 The Guilford Press
- Treasure J and Holland A (1995) Genetic factors in Eating Disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) *Handbook of Eating Disorders Theory, Treatment and Research*, (pp 65-81) John Wiley
- Treasure J and Szmukler G (1995) Medical complications of Anorexia Nervosa. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds): *Handbook of Eat.*

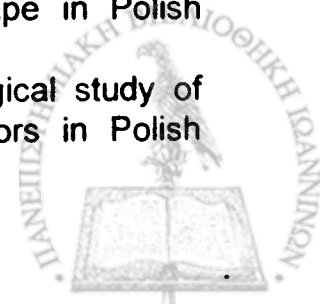


Dis. pp. 197-220

- Treasure J and Ward A (1997) A practical guide to the use of motivational interviewing in Anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102-121.
- Vandereycken W (1990) The addiction model in eating disorders: Some critical remarks and a selected bibliography. *Int. J. of Eat. Dis.* 9, 95-101
- Vollrath M, Koch R, Angst G. (1992). Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 160, 498-503.
- Waller G (1992A) Bulimic Attitudes in different Eating disorders. Clinical utility of the BITE. *Int. J. of Eating Disorders*, 11, 73-78.
- Waller G (1997) Therapist gender and treatment of eating disorders. Workshop. The Third London Int. Conference on Eating Disorders, London 15-17/4/1997
- Waller G, Ruddock A (1995). Information processing correlates of reported sexual abuse in eating disordered and comparison women. *Child Abuse and Neglect*, 19, 745-759.
- Waller G, Coakley M, Richards L (1995). Bulimic attitudes among Asian and Caucasian schools. *Eur. Eating Disorders Review*, 3, 1, 24-34.
- Waller G (1992B). Sexual abuse and the severity of Bulimic Symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 161, 90-93.
- Warah A (1989). Body Image disturbance in Anorexia Nervosa. *Beyond Body Image. Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 767-769.
- Walsh BT, Delvin MJ (1998). Eating Disorders. Progress and problems. *Science*, 280, 1387-1390.
- Weiss SR, Ebert MH (1983). Psychological and behavioral characteristics of normal weight bulimics and normal weight controls. *Psychosom. Med.* 45, 293-303.
- Welch G, Hall A, Norring G (1990). The factor structure of the Eating Disorder Inventory. *Intern. Journal of Eating Disorders*, 9, 79-85.
- Wells JE, Cooper PA, Gabb DC, Pears RK (1985). The factor structure of the Eating Attitudes Test with Adolescent schoolgirls. *Psychological Medicine*, 15, 141-146.
- Weissman M, Klerman G (1977). Sex differences and epidemiology of depression. *Arch. of Gen. Psych.* 34, 98-111.
- Wells V, Klerman G, Deykin E (1987) The prevalence of depressive symptoms in college students. *Soc. Psych.* 22, 20-28.
- Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, Davies M, Braiman S, Dolinsky A (1990): Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry* 47:487-496
- Whitaker A. (1992) An epidemiological study of anorectic and bulimic Symptoms in adolescent girls. Implicationw for Pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752-759.
- Whitaker A, Davies M, Shaffer D, Johnson J, Abrams S, Walsh TB, Kalikow K, (1989). The struggle to be thin. A survey of anorectic and bulimic symptoms in a non referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163.



- Whitehouse AM, Button EJ (1988). The prevalence of eating Disorders in a U.K. college population. A reclassification of an earlier study. *International J. of Eating Disorders*, 7, 393-397.
- Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize Cv, Hill C, Vogel L (1992) Prevalence of ED in three Cambridge general practices. Hidden and conspicuous morbidity. *Br. J. of Gen. Practice*, 42, 57-60.
- Willi J, Grossmann S, (1983). Epidemiology of Anorexia Nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-567.
- Willi J, Giacometti G, Limacher B. (1990). Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1514-1517.
- Williams P, Tarnopolsky A, Hand D (1980). Case definition and case identification in psychiatric epidemiology. Review and assesment. *Psychological Medicine*, 12, 101-114.
- Williams P, Hand D, Tarnopolsky A (1982). The problem of screening for uncommon disorders. A comment on the eating attitudes test. *Psychological Medicine*, 12, 431-434.
- Williams RL, Schaeffer CA, Shisslak CM, Gronwaldt VH, Comerici GD (1986). Eating Attitudes and Behaviors in Adolescent women. Discrimination of normals, dieters and suspected bulimics using the EAT and EDI. *Int. J. of Eating Disorders*, 5, 879-894.
- Williamson DA, Prather RC, Bennet SM, Davis CJ, Watkins PC, Grenier CE (1989). An uncontrolled evaluation of inpatient and out patient CBT therapy for BN. *Behavioral Modification*, 13, 340-360.
- Williamson DA, CuBic BA, Gleaves DH (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 1-4.
- Williamson DA, Kelley ML, Davis CJ, Ruggiero L, Blouin D (1985). Psychopathology of eating disorders. A controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 53, 161-166.
- Wilson GT, Fairburn C and Agras SW (1997) Cognitive-Behavioral therapy for bulimia nervosa. In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of Tr. For E.D.* pp. 67-93 The Guilford Press.
- Wise TN, Mann LS, Epstain S (1991) Ego defensive styles and alexithymia. A discriminant validation study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 141-145.
- Wise TN, Mann LS, Mitchell JD, Hryvniak M, Hill B (1990) Secondary alexithymia. An empirical validation. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 284-288.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lahner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psych. Med.* 28, 1, 109-126.
- Wlodarczyc-Bisaga K, Dolan B, McCluskey S & Lacey H (1995). Disordered Eating behaviour and Attitudes towards Weight and shape in Polish Women. *European Eating Disorders Review*, Vol. 3, 4, 205-216.
- Wlodarczyk- Bisaga K., Dolan B. (1996). A two stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 26, 1021-1032.



- Wonderlich S (1995) Personality and Eating Disorders In: Brownell K and Fairburn C (Eds) Eating Disorders and Obesity pp. 171-176, The Guilford Press
- Wood A, Waller G, Miller J, Slade P (1992) The development of EAT scores in Adolescence. Int. J. of Eating Disorders, 11, 3, 279-282.
- Yager J (1982) Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 44, 43-60.
- Yates A, Leehey K, Shisslak CM (1983). Running-An analogue of Anorexia? The New England Journal of Medicine, 308, 252-255.
- Βάρσου Ε., Τρίκκας Γ. (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12<sup>ο</sup> Παν. Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων 1994
- Γιαννίτση Σταυρούλα (1996) Θέματα Ψυχοσωματικής, Ιωάννινα.
- Γιαννίτση Σταυρούλα (1997) Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- ICD -10 (1993) Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Απόδοση-Επιμέλεια. Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα.
- Ιεροδιακόνου Χ. (1988) Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία. Κείμενα και Περιπτώσεις, Εκδ. Μαστορίδη Θεσσαλονίκη.
- Ιεροδιακόνου Χ. (1991) Ψυχικά Προβλήματα στα παιδιά. Εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.
- Λιάκος Α (1973) Ψυχογενής Ανορεξία, Στο Στεφανής και συνεργάτες (Επιμ.) Θέματα Ψυχιατρικής (σ.σ. 313-316) Αθήνα
- Μαδιανός Μ. (1989). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία τ. 1, 2. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ (1998). Ψυχική Υγεία των εφήβων στο γενικό πληθυσμό. Στο Τσιάντης Ι. (Επιμ.) Βασική Παιδοψυχιατρική, Εφηβεία τ. 1, σσ. 217-239, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μουζάς Ο. (1996). Η εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας και των παραγόντων που την επηρεάζουν στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα
- Μωρόγιαννης Φ, Μακρυδήμας Γ, Λιάκος Α. (1993). Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία. Ανακοίνωση. 1<sup>ο</sup> Παν. Συνέδριο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας. Αθήνα 8-11/12/1993.
- Μωρόγιαννης Φ, Λιάκος Α (1999) Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ανακοίνωση στο Συνέδριο. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Αξιολόγηση και προοπτικές, Ιωάννινα 24-26 Ιουνίου 1999.
- Μωρόγιαννης Φ, Λιάκος Α (2000). Οι Ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής στην Εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Στο Τσιάντης Ι (Επιμ). Βασική



Παιδοψυχιατρική ,Εφηβεία,τ.2,Εκδ.Καστανιώτη,Αθήνα.

Ντώνιας Σ., Καραστεργίου Α., Μάνος Ν.(1991).Στάθμιση της κλίμακας  
Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90R σε Ελληνικό  
πληθυσμό.Ψυχιατρική,2,42-48.

Παπαιωάννου και Παπαχρήστος (1990) Η δειγματοληψία, Τομέας Στατιστικής  
Παν. Ιωαννίνων.

Σίμος Γ (1996) Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη  
τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης. Διδακτορική Διατριβή,  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β (1993) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών  
Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές  
και οδηγίες για τη διάγνωση, σ. 218-225, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΛΥΚΕΙΩΝ

## 1. ΑΣΤΙΚΑ

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
1 <sup>ο</sup>	A <sub>1</sub>	34	34
	A <sub>2</sub>	36	70
	A <sub>3</sub>	37	107
	A <sub>4</sub>	37	144
	A <sub>5</sub>	36	182 ←
	B <sub>1</sub>	34	216
	B <sub>2</sub>	30	246
	B <sub>3</sub>	33	279
	B <sub>4</sub>	28	307
	B <sub>5</sub>	30	337
	Γ <sub>1</sub>	33	370 ←
	Γ <sub>2</sub>	28	398
	Γ <sub>3</sub>	30	428
	Γ <sub>4</sub>	25	453
	Γ <sub>5</sub>	23	476
2 <sup>ο</sup>	A <sub>1</sub>	23	499
	A <sub>2</sub>	25	524
	A <sub>3</sub>	24	548
	A <sub>4</sub>	22	570 ←
	A <sub>5</sub>	24	594
	B <sub>1</sub>	22	616
	B <sub>2</sub>	22	638
	B <sub>3</sub>	23	661
B <sub>4</sub>	21	682	



	B <sub>5</sub>	20	702
	Γ <sub>1</sub>	27	729
	Γ <sub>2</sub>	23	752 ←
	Γ <sub>3</sub>	21	773
	Γ <sub>4</sub>	24	797
3ο	A <sub>1</sub>	29	826
	A <sub>2</sub>	34	860
	A <sub>3</sub>	28	888
	A <sub>4</sub>	31	919
	B <sub>1</sub>	30	949 ←
	B <sub>2</sub>	32	981
	B <sub>3</sub>	27	1008
	B <sub>4</sub>	30	1038
	Γ <sub>1</sub>	32	1070
	Γ <sub>2</sub>	29	1099
	Γ <sub>3</sub>	33	1132

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
3ο	Γ <sub>4</sub>	31	1163 ←
4ο	A <sub>1</sub>	34	1197
	A <sub>2</sub>	33	1230
	A <sub>3</sub>	32	1262
	A <sub>4</sub>	22	1284
	A <sub>5</sub>	22	1306
	B <sub>1</sub>	30	1336
	B <sub>2</sub>	33	1369 ←
	B <sub>3</sub>	23	1392
	B <sub>4</sub>	33	1425
	Γ <sub>1</sub>	35	1460
	Γ <sub>2</sub>	35	1495
	Γ <sub>3</sub>	24	1519
	Γ <sub>4</sub>	22	1541
5ο	A <sub>1</sub>	26	1567 ←
	A <sub>2</sub>	25	1592



	A <sub>3</sub>	24	1616
	A <sub>4</sub>	25	1641
	B <sub>1</sub>	23	1664
	B <sub>2</sub>	23	1687
	B <sub>3</sub>	22	1709
	B <sub>4</sub>	18	1727
	Γ <sub>1</sub>	31	1758 ←
	Γ <sub>2</sub>	31	1789
	Γ <sub>3</sub>	32	1821
Κλασικό	A <sub>1</sub>	17	1838
	A <sub>2</sub>	16	1854
	A <sub>3</sub>	17	1871
	B <sub>1</sub>	24	1895
	B <sub>2</sub>	23	1918
	B <sub>3</sub>	28	1944 ←
	B <sub>4</sub>	26	1970
	Γ <sub>1</sub>	24	1994
	Γ <sub>2</sub>	24	2018
	Γ <sub>3</sub>	24	2042
	Γ <sub>4</sub>	25	2067
Zωσιμαία	A <sub>1</sub>	33	2100
	A <sub>2</sub>	34	2134 ←
	A <sub>3</sub>	33	2167
	A <sub>4</sub>	32	2199
	A <sub>5</sub>	32	2231
	B <sub>1</sub>	29	2260
	B <sub>2</sub>	33	2293
	B <sub>3</sub>	32	2325

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
	B <sub>4</sub>	29	2354 ←
	B <sub>5</sub>	34	2388
	Γ <sub>1</sub>	32	2420



Ανατολής

Ε.Π.Α.

Γ <sub>2</sub>	32	2452
Γ <sub>3</sub>	34	2486
Γ <sub>4</sub>	30	2516
Γ <sub>5</sub>	33	2549 ←
A <sub>1</sub>	30	2549
A <sub>2</sub>	30	2609
A <sub>3</sub>	31	2640
B <sub>1</sub>	21	2661
B <sub>2</sub>	24	2685
B <sub>3</sub>	23	2708
Γ <sub>1</sub>	26	2734 ←
Γ <sub>2</sub>	24	2758
Γ <sub>3</sub>	22	2780
A <sub>1</sub>	29	2809
A <sub>2</sub>	28	2837
A <sub>3</sub>	29	2866
A <sub>4</sub>	29	2895
A <sub>5</sub>	29	2924
A <sub>6</sub>	29	2953 ←
A <sub>7</sub>	30	2983
A <sub>8</sub>	32	3015
A <sub>9</sub>	26	3041
A <sub>10</sub>	27	3068
B <sub>1</sub>	19	3087
B <sub>2</sub>	28	3115
B <sub>3</sub>	26	3141 ←
B <sub>4</sub>	30	3171
B <sub>5</sub>	24	3195
B <sub>6</sub>	32	3227
B <sub>7</sub>	28	3255
B <sub>8</sub>	29	3284
B <sub>9</sub>	27	3311
B <sub>10</sub>	26	3337 ←
B <sub>11</sub>	30	3367
Γ <sub>1</sub>	22	3389



	Γ <sub>2</sub>	20	3409
	Γ <sub>3</sub>	24	3433
	Γ <sub>4</sub>	25	3458
	Γ <sub>5</sub>	24	3482
	Γ <sub>6</sub>	22	3504
	Γ <sub>7</sub>	22	3526 ←
1ο ΤΕΛ	Α <sub>1</sub>	25	3551

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
	Α <sub>2</sub>	28	3579
	Α <sub>3</sub>	24	3603
	Α <sub>4</sub>	24	3627
	Α <sub>5</sub>	22	3649
	Β <sub>1</sub>	30	3679
	Β <sub>2</sub>	31	3710
	Β <sub>3</sub>	33	3743 ←
	Β <sub>4</sub>	31	3774
	Β <sub>5</sub>	32	3806
	Β <sub>6</sub>	33	3839
	Β <sub>7</sub>	31	3870
	Γ <sub>1</sub>	25	3895
	Γ <sub>2</sub>	25	3920
	Γ <sub>3</sub>	26	3946 ←
	Γ <sub>4</sub>	24	3970
	Γ <sub>5</sub>	26	3996
	Γ <sub>6</sub>	24	4020
	Γ <sub>7</sub>	24	4044
2ο ΤΕΛ	Α <sub>1</sub>	30	4074
	Α <sub>2</sub>	33	4107
	Α <sub>3</sub>	32	4139 ←
	Β <sub>1</sub>	30	4169
	Β <sub>2</sub>	33	4202
	Β <sub>3</sub>	35	4237
	Γ <sub>1</sub>	25	4262
	Γ <sub>2</sub>	27	4289



3ο ΤΕΛ

Γ <sub>3</sub>	28	4317
Γ <sub>4</sub>	26	4343 ←
A <sub>1</sub>	22	4365
A <sub>2</sub>	24	4389
A <sub>3</sub>	25	4414
A <sub>4</sub>	28	4442
A <sub>5</sub>	26	4468
B <sub>1</sub>	26	4494
B <sub>2</sub>	26	4520 ←
B <sub>3</sub>	25	4545
B <sub>4</sub>	26	4571
B <sub>5</sub>	26	4597
B <sub>6</sub>	28	4625
B <sub>7</sub>	24	4649
Γ <sub>1</sub>	20	4669
Γ <sub>2</sub>	23	4692
Γ <sub>3</sub>	21	4713
Γ <sub>4</sub>	20	4733 ←
Γ <sub>5</sub>	21	

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
ΤΕΣ	A <sub>1</sub>	20	4774
	A <sub>2</sub>	20	4794
	A <sub>3</sub>	15	4809
	A <sub>4</sub>	24	4833
	A <sub>5</sub>	22	4855
	B <sub>1</sub>	20	4875
	B <sub>2</sub>	21	4896
	B <sub>3</sub>	19	4915
	B <sub>4</sub>	19	4934 ←
	B <sub>5</sub>	25	4959



## 2. ΜΗ ΑΣΤΙΚΑ

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
Δερβιζιάνων	A	18	18
	B	8	26
	Γ	10	36
Δολιανών	A	28	64
	B	25	93 ←
	Γ	19	112
Ελεούσας	A <sub>1</sub>	23	135
	A <sub>2</sub>	24	159
	B <sub>1</sub>	21	180
	B <sub>2</sub>	20	200 ←
	Γ <sub>1</sub>	21	221
	Γ <sub>2</sub>	21	242
Ζίτσας	A	26	268
	B	9	277
	Γ	17	294
Κατοικά	A <sub>1</sub>	28	322 ←
	A <sub>2</sub>	29	351
	B <sub>1</sub>	17	368
	B <sub>2</sub>	17	385
	Γ <sub>1</sub>	26	411
	Γ <sub>2</sub>	27	438 ←
Κόνιτσας	A <sub>1</sub>	20	458
	A <sub>2</sub>	19	477
	B <sub>1</sub>	13	490
	B <sub>2</sub>	14	504
	Γ <sub>1</sub>	12	516
	Γ <sub>2</sub>	19	535
Μετσόβου	A	25	560 ←
	B	25	585



	Γ	26	611
Πωγωνιανής	A	15	626
	B	10	636
	Γ	7	643
Δελβινακίου	A	4	647
	B	6	653 ←
	A	10	663
Πραμάντων	B	11	674
	Γ	9	683
	A	8	691
Τσεπέλοβου	B	14	705
	Γ	12	717

Λύκειο	Τμήμα	Αρ. παιδιών ανά τμήμα	Αθροιστική
Χρυσοβίτσας	A	17	734
	B	22	756
	Γ	13	769 ←
ΤΕΛ Κόνιτσας	A <sub>1</sub>	20	789
	A <sub>2</sub>	24	813
	B <sub>1</sub>	9	822
	B <sub>2</sub>	13	835
	B <sub>3</sub>	17	852
	Γ <sub>1</sub>	7	859
	Γ <sub>2</sub>	5	864
ΤΕΛ Μετσόβου	Γ <sub>3</sub>	8	872
	A	12	884 ←
	B <sub>1</sub>	10	894
	B <sub>2</sub>	21	915





**Α. 3 Συγκεντρωτικοί Πίνακες**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ανά τμήμα που επιλέχθηκε για**  
**συμμετοχή στην έρευνα**

**ΑΣΤΙΚΑ**  
**ΛΥΚΕΙΑ**

	A' Τάξη	B' Τάξη	Γ' Τάξη
1°	A <sub>5</sub> :36		Γ <sub>1</sub> :33
2°	A <sub>4</sub> :22		Γ <sub>2</sub> :23
3°		B <sub>1</sub> :30	Γ <sub>4</sub> :31
4°		B <sub>2</sub> :33	
5°	A <sub>1</sub> :26		Γ <sub>3</sub> :31
Κλασικό		B <sub>3</sub> :28	
Ζωσιμαία	A <sub>2</sub> :34	B <sub>4</sub> :29	Γ <sub>5</sub> :33
Ανατολή			Γ <sub>1</sub> :26
ΕΠΛ	A <sub>6</sub> :29	B <sub>3</sub> :26	Γ <sub>7</sub> :22
		B <sub>10</sub> :26	
1° ΤΕΛ		B <sub>3</sub> :33	Γ <sub>3</sub> :26
2° ΤΕΛ	A <sub>3</sub> :32		Γ <sub>4</sub> :26
3° ΤΕΛ		B <sub>2</sub> :26	Γ <sub>4</sub> :20
ΤΕΣ		B <sub>4</sub> :19	
<b>Σύνολο :</b>	<b>τμ.:179</b>	<b>τμ.:250</b>	<b>τμ.:271 = 700</b>
6	9	10	



## ΜΗ ΑΣΤΙΚΑ ΛΥΚΕΙΑ

	Α' Τάξη	Β' Τάξη	Γ' Τάξη
Δολιανών		B:25	
Ελεούσας		B <sub>2</sub> :20	
Κατσικά	A <sub>1</sub> :28		Γ <sub>2</sub> :27
Μετσόβου	A:25		
Δελβινακίου		B:6	
Χρυσοβίτσας			Γ:13
ΤΕΛ Μετσόβου	A:12		
Σύνολο:	τμ.:65	τμ.:51	2 τμ.:40 = 156
3	3		

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ 700 + 156 = 856

1994

Σύνολο μαθητών Λυκείου Α-Γ τάξεων Νομού Ιωαννίνων = 5874

(Στοιχεία: Νομαρχία Ιωαννίνων - Δ/ση Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης)

Διαχωρισμός σε 2 πληθυσμούς.

1° Στρώμα: Συνολικός πληθυσμός 13 Λυκείων: 4959 μαθητές:

I.

	ΑΣΤΙΚΑ ΛΥΚΕΙΑ	Τμήματα	Εγγεγραμμένοι	Συμπληρώσαντες
1)	1°	2 (A <sub>5</sub> , Γ <sub>1</sub> )	A <sub>5</sub> :36 Γ <sub>1</sub> :33	A <sub>5</sub> :36 Γ <sub>1</sub> :31
2)	2°	2 (A <sub>4</sub> , Γ <sub>2</sub> )	A <sub>4</sub> :22 Γ <sub>2</sub> :23	A <sub>4</sub> :20 Γ <sub>2</sub> :23
3)	3°	2 (B <sub>1</sub> , Γ <sub>4</sub> )	B <sub>1</sub> :30 Γ <sub>4</sub> :31	B <sub>1</sub> :28 Γ <sub>4</sub> :28
4)	4°	1 (B <sub>2</sub> )	B <sub>2</sub> :33	B <sub>2</sub> :30
5)	5°	2 (A <sub>1</sub> , Γ <sub>1</sub> )	A <sub>1</sub> :26 Γ <sub>1</sub> :31	A <sub>1</sub> :24 Γ <sub>1</sub> :20
6)	Κλασικό	1 (B <sub>3</sub> )	B <sub>3</sub> :26	B <sub>3</sub> :25



7) Ζωσιμαία	3 (A <sub>2</sub> , B <sub>4</sub> , Γ <sub>5</sub> )	A <sub>2</sub> :34 B <sub>4</sub> :29 Γ <sub>5</sub> :33	A <sub>2</sub> :29 B <sub>4</sub> :29 Γ <sub>5</sub> :32
8) Ανατολή	1 (Γ <sub>1</sub> )	(9Αγ.+17Κορ.Γ <sub>1</sub> :26	Γ <sub>1</sub> :27
9) ΕΠΛ	4 (A <sub>6</sub> , B <sub>3</sub> , B <sub>10</sub> , Γ <sub>7</sub> )	A <sub>6</sub> :29 B <sub>3</sub> :26 B <sub>10</sub> :26 Γ <sub>7</sub> :22	A <sub>6</sub> :28 B <sub>3</sub> :37 B <sub>10</sub> :26 Γ <sub>7</sub> :18
10) 1° ΤΕΛ	2 (B <sub>3</sub> , Γ <sub>3</sub> )	B <sub>3</sub> :33 Γ <sub>3</sub> :26	B <sub>3</sub> :33 Γ <sub>3</sub> :26
11) 2° ΤΕΛ	2 (A <sub>3</sub> , Γ <sub>4</sub> )	A <sub>3</sub> :32 Γ <sub>4</sub> :26	A <sub>3</sub> :11 Γ <sub>4</sub> :26
12) 3° ΤΕΛ	2 (B <sub>2</sub> , Γ <sub>4</sub> )	B <sub>2</sub> :26 Γ <sub>4</sub> :20	B <sub>2</sub> :30 Γ <sub>4</sub> :40
13) ΤΕΣ	1 (B <sub>4</sub> )	B <sub>4</sub> :18	B <sub>4</sub> :18

Συνολικός Πληθυσμός Επιλεγέντων Αστικών Λυκείων : 700 (14,11%)

13 Λύκεια

25

Τμήματα

2° Στρώμα: Συνολικός πληθυσμός 14 Λυκείων: 915 μαθητές

II.

ΜΗ ΑΣΤΙΚΑ ΛΥΚΕΙΑ	Τμήματα	Συμπληρώσαντες
1) Δολιανών	1 B:29	B:29
2) Ελεούσας	1 B <sub>2</sub> :20	B <sub>2</sub> :20
3) Κατσικά	2 A <sub>1</sub> :28 Γ <sub>2</sub> :27	A <sub>1</sub> :27 Γ <sub>2</sub> :27
4) Μετσόβου	1 A:25	A:24 (-1)
5) Δελβινακίου	1 B:6	B:6
6) Χρυσοβίτσας	1 Γ:13	Γ:13
7) ΤΕΛ Μετσόβου	1 A:12	A:11

7 Λύκεια

8 Τμήματα

Συνολικός πληθυσμός επιλεγέντων μαθητών μη αστικών Λυκείων: 156

(17,04%)

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ: 856 (14,57%)



	καθημερινά	5 μέρες τη βδομάδα	3 μέρες τη βδομάδα	1 μέρα τη βδομάδα	ποτέ
Πρωινό					
Μεσημεριανό					
Βραδινό					
Ενδιάμεσα					

15. Πόσο συχνά κατά μέσο όρο τρώτε τα ακόλουθα γεύματα :

16. Απευθυνθήκατε ποτέ σε κάποιον επαγγελματία ειδικό για θέματα διαίτας ή διατροφής;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

17. Υπήρξατε ποτέ μέλος σε κάποιο κέντρο αδυνατίσματος;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

18. Έχετε ποτέ παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα διατροφής (διαταραχή στη συμπεριφορά φαγητού);

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

19. Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε ποιο ήταν αυτό. ....

20. Ασχολείστε συστηματικά με το χορό;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

21. το μπαλέτο;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

22. την πάλη;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

23. την κωπηλασία;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

24. Αν είστε γυναίκα, είναι η περίοδός σας κανονική; ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

Αν ΟΧΙ ποια είναι η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου; .....



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ - ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Παρακαλούμε πολύ να συμπληρώσετε τα στοιχεία που ζητούνται στην αρχή του ερωτηματολογίου. Οι περισσότερες ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το σωματικό σας βάρος και τις συνήθειες σας στο θέμα της διατροφής σας. Βάλτε ένα Χ στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: .....

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : .....

2. ΗΛΙΚΙΑ : ..... 3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: .....

4. ΦΥΛΟ : .....

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

Έγγαμος/η    Άγαμος/η    Διαζευγμένος/η    Σε διάσταση    Χήρος/α :

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ : .....

7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : .....

8. ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ (ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ) : .....

9. ΥΨΟΣ : .....

10. ΒΑΡΟΣ : .....

11. Μέγιστο βάρος που φθάσατε ποτέ στο παρελθόν (στο σημερινό ύψος σας) : .....

12. Ελάχιστο βάρος που είχατε ποτέ στο παρελθόν (στο σημερινό ύψος σας) : .....

13. Ποιο νομίζετε ότι είναι το ιδανικό βάρος για τον εαυτό σας : .....

14. Νομίζετε ότι το σημερινό σας βάρος είναι :

Πολύ πιο πάνω από το κανονικό .....

Πάνω από το κανονικό .....

Κανονικό .....

Κάτω από το κανονικό .....

Πολύ πιο κάτω από το κανονικό .....



	καθημερινά	5 μέρες τη βδομάδα	3 μέρες τη βδομάδα	1 μέρα τη βδομάδα	ποτέ
Πρωινό					
Μεσημεριανό					
Βραδινό					
Ενδιάμεσα					

15. Πόσο συχνά κατά μέσο όρο τρώτε τα ακόλουθα γεύματα :

16. Απευθυνθήκατε ποτέ σε κάποιον επαγγελματία ειδικό για θέματα διαίτας ή διατροφής;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

17. Υπήρξατε ποτέ μέλος σε κάποιο κέντρο αδυνατίσματος;

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

18. Έχετε ποτέ παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα διατροφής (διαταραχή στη συμπεριφορά φαγητού);

ΝΑΙ .....

ΟΧΙ .....

19. Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε ποιο ήταν αυτό. ....  
.....

20. Ασχολείστε συστηματικά με το χορό; ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

21. το μπαλέτο; ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

22. την πάλη; ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

23. την κωπηλασία; ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

24. Αν είστε γυναίκα, είναι η περίοδός σας κανονική; ΝΑΙ ..... ΟΧΙ .....

Αν ΟΧΙ ποια είναι η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου; .....



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)****Eating Attitudes Test - 26**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : .....

**ΟΔΗΓΙΕΣ :** Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν βάζοντας ένα Χ στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Οι περισσότερες από τις προτάσεις αυτές έχουν σχέση με το φαγητό ή τη διατροφή αν και περιλαμβάνονται 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-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 πάχος 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 διαίτης)						
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						





ΠΑΝΤΟΤΕ  
 ΣΥΝΗΘΩΣ  
 ΣΥΧΝΑ  
 ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  
 ΣΠΑΝΙΑ  
 ΠΟΤΕ

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


## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β.Ι.Τ.Ε.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : .....

ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ : .....

**ΟΔΗΓΙΕΣ :** Παρακαλώ, απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας ένα Χ στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Τα περισσότερα ερωτήματα αναφέρονται σε συναισθήματα και συμπεριφορές που έχουν σχέση με τις συνήθειες της διατροφής σας ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ πολύ.

1. Ακολουθείτε ένα κανονικό πρόγραμμα καθημερινής διατροφής;

ΝΑΙ . ΟΧΙ

2. Είσαστε σε αυστηρή δίαιτα; ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Αισθάνεστε αποτυχημένος/η αν παραβιάσετε τη δίαιτά σας για μια φορά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Μετράτε τις θερμίδες από οτιδήποτε τρώτε ακόμα κι αν δεν είστε σε δίαιτα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Μένετε καμιά φορά νηστικός/η για ολόκληρη μέρα;

ΝΑΙ ΟΧΙ



6. Εάν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

Μέρα παρά μέρα                      2-3 φορές την εβδομάδα

Μία φορά τη βδομάδα              Πότε - πότε

7. Χρησιμοποιείτε κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους για να χάσετε βάρος :

Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά τη βδομάδα	2-3 φορές τη βδομάδα	Κάθε μέρα	2-3 φορές τη μέρα	Πάνω από 3 φορές τη μέρα
Παίρνετε διαιτητικά χάπια						
Παίρνετε διουρητικά χάπια						
Παίρνετε καθαρτικά						
Προκαλείτε έμετο						

8. Μήπως το πρόγραμμα της διατροφής σας αναστατώνει πολύ την καθημερινή σας ζωή;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

9. Θα λέγατε πως το θέμα του φαγητού κυριαρχεί στη ζωή σας;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

10. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε τόσο πολύ ώστε να σταματάτε από



σωματική δυσφορία;      ΝΑΙ      ΟΧΙ

11.Υπάρχουν φορές που το μόνο που σκέφτεστε είναι το φαγητό;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

12.Τρώτε μετρημένα μπροστά σε άλλους και κάνετε το αντίθετο στα κρυφά;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

13.Μπορείτε πάντοτε να σταματήσετε το φαγητό σας όταν το θελήσετε;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

14.Σας συμβαίνει καμιά φορά να έχετε ακατανίκητη τάση να τρώτε συνεχώς μέχρι σκασμού;      ΝΑΙ      ΟΧΙ

15.Όταν έχετε άγχος έχετε την τάση να τρώτε πολύ;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

16.Σας τρομοκρατεί η σκέψη να παχύνετε;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

17.Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε μεγάλες ποσότητες τροφής γρήγορα (όχι απλά το φαγητό σας);      ΝΑΙ      ΟΧΙ

18.Νοιώθετε ντροπή για τον τρόπο που συνηθίζετε να τρώτε;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

19.Στενοχωριέστε για το ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε το πόσο τρώτε;

ΝΑΙ      ΟΧΙ

20.Καταφεύγετε στο φαγητό για να νοιώσετε καλύτερα;

ΝΑΙ      ΟΧΙ



21. Μπορείτε να αφήσετε φαγητό στο πιάτο σας στο τέλος ενός γεύματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

22. Ξεγελάτε τους άλλους γύρω από την ποσότητα του φαγητού που τρώτε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

23. Καθορίζεται η ποσότητα του φαγητού που τρώτε από το πόσο πολύ

πεινάτε; ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Σας συμβαίνει καμιά φορά να καταβροχθίζετε μεγάλες ποσότητες φαγητού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25. Εάν ΝΑΙ, αισθάνεστε μετά από κάτι τέτοιο δυστυχισμένος/η;

ΝΑΙ ΟΧΙ

26. Αν σας συμβαίνει να τρώτε κατά κόρον, γίνεται αυτό μόνον όταν είστε

μόνος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ

27. Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

Πολύ σπάνια	Μια φορά το μήνα
Μια φορά τη βδομάδα	2-3 φορές τη βδομάδα
Καθημερινά	2-3 φορές την ημέρα

28. Θα πηγαίνατε σε μακρινές αποστάσεις προκειμένου να ικανοποιήσετε την ανάγκη να φάτε κατά κόρον;

ΝΑΙ ΟΧΙ

29. Όταν παραφάτε νοιώθετε μετά πολύ ένοχος/η;

ΝΑΙ ΟΧΙ

30. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε κρυφά;



ΝΑΙ ΟΧΙ

31. Είναι οι συνήθειες του φαγητού σας τέτοιες που να τις θεωρείτε κανονικές;

ΝΑΙ ΟΧΙ

32. Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι τρώτε με παρορμητικό τρόπο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

33. Μήπως το βάρος σας αυξομειώνεται περισσότερο από 2-3 κιλά τη βδομάδα;

ΝΑΙ ΟΧΙ



## SCL - 90 - R

Όνοματεπώνυμο : .....

Εκπαίδευση : .....

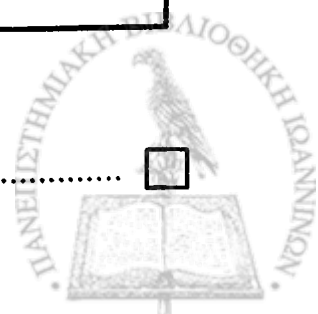
Ηλικία : .....

Ημερομηνία : .....

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος από προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Διάβασε προσεκτικά το κάθε ένα. Έπειτα, διάλεξε εκείνο τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα το ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ Σ' ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΕ Ή Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΥΤΟ την εβδομάδα ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΜΕΡΑΣ. Βάλε τον αριθμό στο τετράγωνο που βρίσκεται στα δεξιά του κάθε ενοχλήματος ή προβλήματος. Μην παραλείψεις κανένα και σημείωσε τον αριθμό σου καθαρά. Αν αλλάξεις γνώμη, σβήσε εντελώς τον προηγούμενο αριθμό σου. Διάβασε το παρακάτω παράδειγμα προτού αρχίσεις, κι αν έχεις απορίες ζήτησε να σου τις εξηγήσουν.

<p>ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ</p> <p style="text-align: center;">Απάντηση</p> <p>Π.χ. Πόνοι στο σώμα σου ..... <input style="width: 20px; text-align: center;" type="text" value="3"/></p>	<p>0: Καθόλου</p> <p>1: Λίγο</p> <p>2: Μέτρια</p> <p>3: Πολύ</p> <p>4: Πάρα Πολύ</p>
<p>ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ</p>	<p>0: Καθόλου</p> <p>1: Λίγο</p> <p>2: Μέτρια</p> <p>3: Πολύ</p> <p>4: Πάρα Πολύ</p>

1. Πονοκέφαλοι .....



**ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ**

0: Καθόλου

1: Λίγο

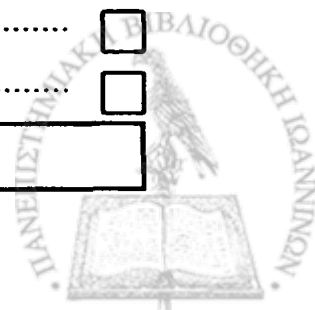
2: Μέτρια

3: Πολύ

4: Πάρα Πολύ

2. Νευρικότητα ή ταραχή μέσα σου .....
3. Επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις  
που δεν φεύγουν από το μυαλό σου .....
4. Τάση για λιποθυμία ή ζάλη .....
5. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης στο σεξ .....
6. Διάθεση να κρίνεις τους άλλους .....
7. Η ιδέα ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τις σκέψεις σου .....
8. Η αίσθηση ότι άλλοι φταίνε για τα περισσότερα από τα βάσανά σου .....
9. Δυσκολία να θυμάσαι .....
10. Δυσφορία για τσαπατσουλιά ή αμέλεια .....
11. Το να νιώθεις εύκολα ενοχλημένος /η ή τσαντίλα .....
12. Πόνοι στην καρδιά ή στο στήθος .....
13. Το να νιώθεις φόβο σ' ανοιχτούς χώρους ή στο δρόμο .....
14. Το να νιώθεις πεσμένη ή επιβραδυμένη την ενεργητικότητά σου .....
15. Σκέψεις να βάλεις τέλος στη ζωή σου .....
16. Το ν' ακούς φωνές που οι άλλοι δεν τις ακούν .....
17. Τρεμούλα .....
18. Το να νιώθεις ότι τους περισσότερους ανθρώπους δεν μπορείς να  
τους εμπιστευθείς .....
19. Ανορεξία .....
20. Εύκολο κλάμα .....
21. Το να νιώθεις ντροπαλός /ή ή όχι άνετα με το άλλο φύλο .....
22. Το να νιώθεις παγιδευμένος /η ή σε αδιέξοδο .....
23. Ξαφνικός φόβος χωρίς λόγο .....
24. Εκρήξεις θυμού που δεν μπορείς να τις ελέγξεις .....
25. Το να φοβάσαι να βγεις από το σπίτι μόνος /η σου .....

0: Καθόλου





**ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ**

1: Λίγο

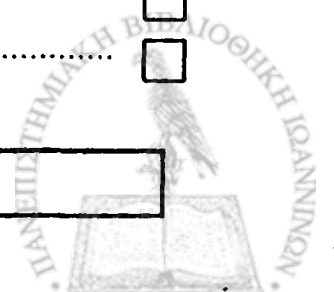
2: Μέτρια

3: Πολύ

4: Πάρα Πολύ

26. Το να κατηγορείς τον εαυτό σου .....
- \* 27. Πόνοι στη μέση .....
28. Το να νιώθεις μπλοκαρισμένος /η να βγάλεις πέρα τις δουλειές σου .....
29. Το να νιώθεις μοναξιά .....
30. Το να νιώθεις τα κέφια σου πεσμένα .....
31. Το να ανησυχείς υπερβολικά για διάφορα πράγματα .....
32. Το να μην ενδιαφέρεσαι για ό,τι συμβαίνει .....
33. Το να νιώθεις φοβισμένος /η .....
34. Το να πληγώνονται εύκολα τα αισθήματά σου .....
35. Το να γνωρίζουν οι άλλοι τις προσωπικές σου σκέψεις .....
36. Το να αισθάνεσαι ότι οι άλλοι δε σε καταλαβαίνουν ή δε σε συμπονοούν ..
37. Το να νιώθεις ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σου  
ή δε σε χωνεύουν .....
38. Το να είσαι αναγκασμένος /η να κάνεις όλα τα πράγματα πολύ αργά  
για να είσαι σίγουρος /η πως θα γίνουν σωστά .....
39. Το να χτυπάει η καρδιά σου πολύ δυνατά ή πολύ γρήγορα .....
40. Ναυτία ή ανακάτεμα στο στομάχι .....
41. Το να νιώθεις κατώτερος /η από τους άλλους .....
42. Πόνοι και ευαισθησία στους μύες .....
43. Το να νιώθεις ότι σε παρακολουθούν ή ότι σε σχολιάζουν .....
44. Δυσκολία να σε πάρει ο ύπνος .....
45. Το να νιώθεις την ανάγκη να ελέγχεις και να ξαναελέγχεις ό,τι κάνεις .....
46. Δυσκολία να παίρνεις αποφάσεις .....
47. Το να φοβάσαι να ταξιδέψεις με λεωφορείο, τρένο ή τον υπόγειο .....
48. Δυσκολία να πάρεις αναπνοή .....
49. Ξαφνικά αισθήματα κρύου ή ζέστης .....

0: Καθόλου



**ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ**

1: Λίγο

2: Μέτρια

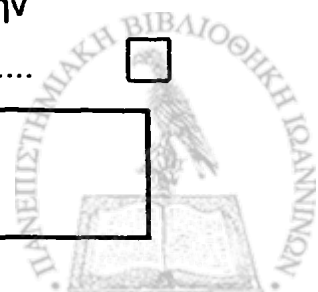
3: Πολύ

4: Πάρα Πολύ

50. Το να είσαι αναγκασμένος /η να αποφεύγεις ορισμένα πράγματα ή χώρους ή δραστηριότητες, επειδή σε φοβίζουν .....
51. Το να σταματάει το μυαλό σου .....
52. Μουδιάσματα ή τσιμπήματα σε διάφορα μέρη του σώματος .....
53. Κόμπος στο λαιμό .....
54. Το να νιώθεις χωρίς καμιά ελπίδα για το μέλλον .....
55. Δυσκολία να συγκεντρωθείς .....
56. Το να νιώθεις αδυναμία σ' ορισμένα μέρη του σώματός σου .....
57. Το να νιώθεις υπερένταση ή τεντωμένος /η .....
58. Το να νιώθεις τα χέρια ή τα πόδια σου βαριά .....
59. Σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνεις .....
60. Το να τρως υπερβολικά .....
61. Το να μη νιώθεις άνετα όταν οι άλλοι σε κοιτάζουν ή μιλούν για σένα ....
62. Το να έχεις σκέψεις που δεν είναι δικές σου .....
63. Το να σου 'ρχεται να χτυπήσεις, να τραυματίσεις ή να κάνεις κακό σε κάποιον .....
64. Το να ξυπνάς πολύ νωρίς το πρωί .....
65. Το να νιώθεις την ανάγκη να επαναλαμβάνεις τις ίδιες πράξεις, όπως π.χ. να πλένεσαι, να μετράς, να αγγίζεις .....
66. Ύπνος ανήσυχος ή ταραγμένος .....
67. Το να σου 'ρχεται να σπάσεις ή να τα κάνεις κομμάτια .....
68. Το να έχεις ιδέες ή πεπτοιθήσεις που δεν τις συμμερίζονται οι άλλοι .....
69. Το να παρατηρείς συνέχεια τον εαυτό σου και να νιώθεις άβολα όταν βρίσκεσαι με άλλους .....
70. Το να μη νιώθεις άνετα όταν βρίσκεσαι σε πλήθος, όπως π.χ. στην αγορά ή στον κινηματογράφο .....

0: Καθόλου

1: Λίγο



**ΠΟΣΟ Σ' ΕΝΟΧΛΗΣΑΝ**

2: Μέτρια

3: Πολύ

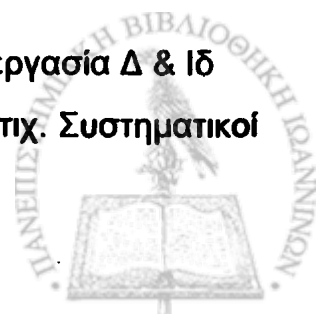
4: Πάρα Πολύ

71. Το να νιώθεις ότι το καθετί χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια .....
72. Επεισόδια τρόμου ή πανικού .....
73. Το να μη νιώθεις άνετα όταν τρως ή πίνεις μπροστά σε άλλους .....
74. Το να καυγαδίζεις συνέχεια .....
75. Το να νιώθεις ανήσυχος /η όταν μένεις μόνος /η .....
76. Το να μη σου αναγνωρίζουν οι άλλοι όσο πρέπει τα επιτεύγματά σου ..
77. Το να νιώθεις μόνος /η ακόμη κι όταν βρίσκεσαι μαζί με άλλους .....
78. Το να νιώθεις τόσο ανήσυχος /η ώστε να μην μπορείς να κάτσεις σ' ένα μέρος .....
79. Αισθήματα αναξιοσύνης .....
80. Το αίσθημα ότι κακό θα σου συμβεί .....
81. Το να βάζεις τις φωνές ή να πετάς πράγματα .....
82. Το να φοβάσαι ότι θα λιποθυμήσεις μπροστά σε κόσμο .....
83. Το να νιώθεις ότι οι άλλοι θα σ' εκμεταλλευτούν αν τους αφήσεις .....
84. Το να κάνεις σκέψεις για το σεξ που είναι πολύ ενοχλητικές .....
85. Η ιδέα ότι θα πρέπει να τιμωρηθείς για τις αμαρτίες σου .....
86. Σκέψεις και εικόνες τρομακτικές .....
87. Η ιδέα ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει με το σώμα σου .....
88. Το να μη νιώθεις ποτέ κοντά σε κάποιο άλλο άτομο .....
89. Αισθήματα ενοχής .....
90. Η ιδέα ότι κάτι δεν πάει καλά με το μυαλό σου .....



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**  
**Γ. ΟΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ**  
**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ**

<b>1. sex</b>	<b>Φύλο</b>	
	<b>Value</b>	<b>Label</b>
	1	Ανδρας
	2	Γυναίκα
<b>2. class</b>	<b>Value</b>	<b>Label</b>
	1	A Λυκείου
	2	B Λυκείου
	3	Γ Λυκείου
<b>3. age</b>	<b>Ηλικία</b>	
	<b>Value</b>	<b>Label</b>
	1	15
	2	16
	3	17
	4	18
	5	19
	6	20
<b>4. mar. stat</b>	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
	<b>Value</b>	<b>Label</b>
	1	Άγαμοι
	2	Έγγαμοι
<b>5. prof.fat</b>	<b>Επάγγελμα πατέρα</b>	
	<b>Value</b>	<b>Label</b>
	1	Επιστήμ. Ελεύθερα Επαγγέλματα Ανώτ. ΔΥ & Τραπεζ. Υπ. Μ/ Επιχ. Μ. Εισ.
	2	Επιστήμονες με εξαρτημένη εργασία Δ & Ιδ
	3	Έμποροι, Βιοτέχνες, Μικρ./Επιχ. Συστηματικοί Καλλιεργητές (τυροκόμοι)



4	Άτομα εξειδ. Εργ. (απόφ. Αν/ρων σχολ) μεσ. (Δ&Ιδ)
5	Καλλιτέχνες (Απόφοιτοι ανωτέρων σχολών)
6	Εξειδικευμένοι εργάτες (οδηγοί)
7	Ανειδίκευτοι εργάτες (οικοδόμοι)
8	Γεωργοί μικρού κλήρου, αλιείς, βοσκοί, (πτηνοτρόφοι)
9	Οικιακά
10	Μαθητές, Σπουδαστές
11	Συνταξιούχοι
12	Άλλοι (Ναυτικοί, Ιερείς)
13	Άεργοι
14	Στρατιωτικοί, Σώματα Ασφαλείας

## 6. prof. mot

## Επάγγελμα μητέρας

Value	Label
1	Επιστήμ. Ελεύθερα Επαγγέλματα Ανώτ. ΔΥ & Τραπεζ. Υπ., Μ/ Επιχ. Μ/Εισ.
2	Επιστήμονες με εξαρτημένη εργασία Δ & Ιδ
3	Έμποροι, Βιοτέχνες, Μικρ./Επιχ. Συστηματικοί Καλλιεργητές.
4	Άτομα εξειδ. Εργ. (απόφ. Αν/ρων σχολ) μεσ. (Δ&Ιδ)
5	Καλλιτέχνες (Απόφοιτοι ανωτέρων σχολών)
6	Εξειδικευμένοι εργάτες
7	Ανειδίκευτοι εργάτες
8	Γεωργοί μικρού κλήρου, αλιείς, βοσκοί
9	Οικιακά
10	Μαθητές, Σπουδαστές
11	Συνταξιούχοι
12	Άλλοι
13	Άεργοι
14	Στρατιωτικοί, Σώματα Ασφαλείας



7. urban

Αστικά - Μη αστικά

Value	Label
1	Αστικά
2	Μη Αστικά

8. percent

Συμμετοχή (Ποσοστό συμμετεχόντων - εγγεγραμμένων)

9. degree

Βαθμός προηγούμενης χρονιάς

Value	Label
1	18-20
2	15-17
3	12-14
4	10-12
5	<10

10. height

ύψος

11. weight

βάρος

12. cur.bmi

τωρινό BMI ( $BMI = \Delta Σ Μ = Β / Υ^2$ )

13. h. weight Μεγαλύτερο βάρος στο ίδιο ύψος

14. l. weight Ελάχιστο βάρος στο ίδιο ύψος

15. d. weight Επιθυμητό βάρος στο ίδιο ύψος

16. body.im εικόνα σώματος - εκτίμηση βάρους

Value	Label
1	Πολύ πιο κάτω
2	Κάτω από
3	Κανονικό
4	Πάνω από
5	Πολύ πιο πάνω

17. freq.meal

Συχνότητα γευμάτων

Value	Label
11	Πρωινό καθημερινά
12	5 μέρες την εβδομάδα πρωινό
13	3 μέρες την εβδομάδα πρωινό



14	1 μέρα την εβδομάδα πρωινό
15	ποτέ πρωινό
21	Μεσημεριανό καθημερινά
22	5 μέρες την εβδομάδα Μεσημεριανό
23	3 μέρες την εβδομάδα Μεσημεριανό
24	1 μέρα την εβδομάδα Μεσημεριανό
25	ποτέ Μεσημεριανό
31	Βραδυνό καθημερινά
32	5 μέρες την εβδομάδα Βραδυνό
33	3 μέρες την εβδομάδα Βραδυνό
34	1 μέρα την εβδομάδα Βραδυνό
35	ποτέ Βραδυνό
41	Ενδιάμεσα καθημερινά
42	5 μέρες την εβδομάδα Ενδιάμεσα
43	3 μέρες την εβδομάδα Ενδιάμεσα
44	1 μέρα την εβδομάδα Ενδιάμεσα
45	ποτέ Ενδιάμεσα

**18. cons.die /Συμβουλή για δίαιτα**

Value	Label
1	Ναι
2	Όχι

**19. mem.centΜέλος κέντρου**

Value	Label
1	Ναι
2	Όχι

**20. eat.prob./Προβλήματα Διατροφής**

Value	Label
1	Ναι
2	Όχι

**21. tyr.prob. Προσδιορισμός προβλήματος διατροφής**

Value	Label
-------	-------



1	Απλή Δίαιτα
2	Ανορεξία
3	Βουλιμία - Υπερφαγία
4	Σωματική νόσος
5	Άλλο
6	Κανένα

**22. dance****Χορός****Value****Label**

1

Ναι

2

Όχι

**23. ballet****Μπαλέτο****Value****Label**

1

Ναι

2

Όχι

**24. wrestling Πάλη****Value****Label**

1

Ναι

2

Όχι

**25. rowing****Κωπηλασία****Value****Label**

1

Ναι

2

Όχι

**26. n.menstu Κανονική περίοδος****Value****Label**

1

Ναι

2

Όχι

**27. ammeno/ Αμηνόρροια****Value****Label**

1

&lt;3 Μικρότερη των 3 μηνών

2

&gt;=3 1ση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών

**28. eat.tot****EAT-Συνολικό**

Τιμές: 0-78





Άθροισμα 26 διαπιστώσεων που βαθμολογούνται με βαθμούς 0-3

1. Τιμές EAT-total  $\geq 20$  (τιμή κατωφλίου)
2. Τιμές EAT-total  $< 20$

**29. eat.diet. EAT-Δίαιτα**

Τιμές: 0-39

Άθροισμα 13 διαπιστώσεων που βαθμολογούνται με βαθμούς 0-3

**30. eat.bet EAT Βουλιμία και ενασχόληση με την τροφή**

Τιμές: 0-18

Άθροισμα 6 διαπιστώσεων που βαθμολογούνται με βαθμούς 0-3

**31. eat.org EAT στομαχικός έλεγχος**

Τιμές: 0-21

Άθροισμα 7 διαπιστώσεων που βαθμολογούνται με βαθμούς 0-3

**32. bite.sys BITE κλίμακα συμπτωμάτων**

Κλίμακα Συμπτωμάτων

Άθροισμα 30 διαπιστώσεων που βαθμολογούνται με βαθμούς 0 ή 1

(ΝΑΙ - ΟΧΙ)

Τιμές: 0-30

1. Υψηλή βαθμολογία  $\geq 20$
2. Μέση βαθμολογία 10-19 (15-19 και 10-14)
3. Χαμηλή βαθμολογία  $< 10$

**33. bite.sev BITE κλίμακα βαρύτητας**

Κλίμακα βαρύτητας των συμπτωμάτων

Άθροισμα 3 απαντήσεων

Τιμές: 0-18

1. Υψηλός Βαθμός Σοβαρότητας  $\geq 10$
2. Σημαντικός Βαθμός Σοβαρότητας  $\geq 5$

**34. scl.tot SCL-90 (90 ερωτήσεις με βαθμολογία 0-4)**

Συνολικό (ΓΔΣ: Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων)

Σύνολο όλων των βαθμολογιών των διαπιστώσεων (0-90)/90

Τιμές: 0-4

**35. scl.pst SCL-90 (ΣΘΣ) Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων**

Αριθμός διαπιστώσεων με θετική βαθμολόγηση



Τιμές: 0-90

**36. scl.psd1 SCL-90 (ΔΕΘΣ) Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων**

Σύνολο όλων των βαθμολογιών/ αριθμό διαπιστώσεων με θετική βαθμολόγηση  
(Σύνολο όλων/ΣΘΣ)

Τιμές: 0-4

**37. scl.som SCL-90 Σωματοποίηση**

Άθροισμα 12 διαπιστώσεων (0-48)/12

Τιμές: 0-4

**38. scl.obco SCL-90 Ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα**

Άθροισμα 10 διαπιστώσεων (0-40)/10

Τιμές: 0-4

**39. scl.inse SCL-90 Διαπροσωπική Ευαισθησία**

Άθροισμα 9 διαπιστώσεων (0-36)/9

Τιμές: 0-4

**40. scl.depr SCL-90 Κατάθλιψη**

Άθροισμα 13 διαπιστώσεων (0-52)/13

Τιμές: 0-4

**41. scl.anx SCL-90 Άγχος**

Άθροισμα 10 διαπιστώσεων (0-40)/10

Τιμές: 0-4

**42. scl.host SCL-90 Θυμός - Επιθετικότητα**

Άθροισμα 6 διαπιστώσεων (0-24)/6

Τιμές: 0-4

**43. scl.panx SCL-90 Φοβικό Άγχος**

Άθροισμα 7 διαπιστώσεων (0-28)/7

Τιμές: 0-4

**44. scl.pid SCL-90 Παρανοειδής Ιδεασμός**

Άθροισμα 6 διαπιστώσεων (0-24)/6

Τιμές: 0-4

**45. scl.psyc SCL-90 Ψυχωτισμός**

Άθροισμα 10 διαπιστώσεων (0-40)/10



Τιμές: 0-4

46. Q60

(SCL-90R) Το να τρως υπερβολικά (Βουλιμία - Υπερφαγία)

Τιμές: 0-4

