

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΦΟΙΒΗ ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ

***ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΕ
ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ***

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παλαιολόγου Αντζυ – Επίκουρος Καθηγήτρια του Τομέα Ψυχολογίας, Τμήμα Φ.Π.Ψ.,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Γκότοβος Αθανάσιος– Καθηγητής του Τομέα Παιδαγωγικής, Τμήμα Φ.Π.Ψ., Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Καραγιάννη-Καραγιαννοπούλου Ευαγγελία – Επίκουρος Καθηγήτρια του Τομέα Ψυχολογίας,
Τμήμα Φ.Π.Ψ., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Η ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παλαιολόγου Αντζυ – Επίκουρος Καθηγήτρια του Τομέα Ψυχολογίας, Τμήμα Φ.Π.Ψ.,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Γκότοβος Αθανάσιος – Καθηγητής του Τομέα Παιδαγωγικής, Τμήμα Φ.Π.Ψ., Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Καραγιαννοπούλου Ευαγγελία – Επίκουρος Καθηγήτρια του Τομέα Ψυχολογίας, Τμήμα Φ.Π.Ψ.,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Παπασταθόπουλος Στάθης – Λέκτορας του Τομέα Ψυχολογίας, Τμήμα Φ.Π.Ψ., Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Κούτρας Βασίλειος – Αναπληρωτής Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής
Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μαραγκουδάκη Ελένη – Επίκουρος Καθηγήτρια του Τομέα Παιδαγωγικής, Τμήμα Φ.Π.Ψ.,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μαυρέας Βενετσάνος – Καθηγητής του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Στα παιδιά μου

Γιώργο – Ηρώ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	5
Ευχαριστίες.....	11
Περίληψη.....	12
Abstract.....	16
Εισαγωγή.....	19

ΜΕΡΟΣ Α – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

ΟΙ ΑΠΟΚΛΙΝΟΥΣΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΠΡΟ ΤΗΣ ΝΕΩΤΕΡΙΚΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΝΕΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΟΧΗ

A. Εισαγωγή.....	23
B. Προϊστορία και Ιστορία της Ψυχογενούς Ανορεξίας.....	23
Γ. Προϊστορία και Ιστορία της Ψυχογενούς Βουλιμίας.....	28
Δ. Ιστορία της Διαταραχής Επεισοδίων Υπερφαγίας.....	29

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Ψυχογενής Ανορεξία.....	31
1. Ψυχοφυσιολογία.....	31
2. Οργανικές Βλάβες.....	32
3. Πρόγνωση και Επίπεδα Θνησιμότητας.....	33
B. Ψυχογενής Βουλιμία.....	34
1. Ψυχοφυσιολογία.....	34
2. Οργανικές Βλάβες.....	36
3. Πρόγνωση και Επίπεδα Θνησιμότητας.....	37
Γ. Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας.....	38
1. Ψυχοφυσιολογία.....	38

2. Οργανικές Βλάβες.....	39
3. Πρόγνωση.....	39

Δ. Διαταραχές Διατροφής μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS).....	39
--	-----------

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Εισαγωγή.....	40
B. Οι Διαταραχές Διατροφής στο DSM-IV.....	42
Γ. Οι Διαταραχές Διατροφής στο ICD-10.....	45

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙV

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	47
--	-----------

ΕΝΟΤΗΤΑ V

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Εισαγωγή.....	51
B. Κοινωνικοδημογραφικοί Παράγοντες.....	51
1. Φυλή / Εθνικότητα.....	52
1.1 Διαφυλετικές Έρευνες.....	52
1.2 Διευρωπαϊκές Έρευνες.....	55
1.3 Έρευνες εκτός Ευρώπης και ΗΠΑ.....	56
1.4 Σκέψεις επάνω στη διαπολιτισμική ισχύ των διαγνωστικών κριτηρίων.....	58
2. Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο.....	58
3. Άλλοι Κοινωνικοδημογραφικοί Παράγοντες.....	60
4. Φύλο.....	61
4.1 Γυναίκες και Διαταραχές Διατροφής.....	62
4.2 Άντρες και Διαταραχές Διατροφής.....	62
4.3 Σεξουαλικός Προσανατολισμός και Διαταραχές Διατροφής.....	65
Γ. Αναπτυξιακοί Παράγοντες.....	66
Δ. Κατάθλιψη.....	68
Ε. Άλλοι Ψυχοπαθολογικοί Παράγοντες και Δομή Προσωπικότητας.....	70

ΣΤ. Οικογενειακοί Παράγοντες.....	73
Z. Τραυματικά Βιώματα.....	75
Η. Γενετικοί και Βιολογικοί Παράγοντες.....	76

ΕΝΟΤΗΤΑ VI

ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Γνωσιακό – Συμπεριφορικό Μοντέλο.....	79
B. Μοντέλα Σχολών Οικογενειακής Θεραπείας.....	82
1. Εισαγωγή.....	82
2. Διαπαραγοντικό Μοντέλο της H. Bruch.....	82
3. Δομικό Μοντέλο του S. Minuchin.....	84
4. Συστημικό Μοντέλο της Σχολής του Μιλάνου.....	86
5. Αφηγηματικά και μεταδομικά μοντέλα.....	87
6. Καμπυλόγραμμο Μοντέλο του D. Olson.....	88
Γ. Κοινωνικοπολιτισμικά Μοντέλα.....	90
1. Οι Διαταραχές Διατροφής ως «Πολιτισμικά Οριζόμενο Σύνδρομο».....	91
2. Η Απώλεια της Πολιτισμικής Ταυτότητας της Ομάδας Καταγωγής (Acculturation) και οι Διαταραχές Διατροφής.....	93
3. Το πολιτισμικά οριζόμενο «Ϊδανικό της Λεπτότητας του Σώματος» και οι Διαταραχές Διατροφής.....	95
Δ. Φεμινιστικά Μοντέλα.....	97
E. Ψυχοδυναμικά Μοντέλα.....	104

ΕΝΟΤΗΤΑ VII

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία.....	114
1. Αποτελεσματικότητα.....	116
B. Θεραπείες Οικογένειας.....	117
1. Ψυχογενής Ανορεξία- Αποτελεσματικότητα.....	119
2. Ψυχογενής Βουλμία- Αποτελεσματικότητα.....	120
Γ. Φεμινιστική Θεραπεία.....	121
1. Αποτελεσματικότητα.....	121
Δ. Νοσηλεία.....	122
1. Ψυχογενής Ανορεξία.....	122
2. Ψυχογενής Βουλμία.....	123
E. Ψυχαναλυτικές/Ψυχοδυναμικές Θεραπείες.....	123
1. Αποτελεσματικότητα.....	124
ΣΤ. Διαπροσωπική Θεραπεία.....	124

1. Αποτελεσματικότητα.....	124
Z. Αφηγηματική Θεραπεία.....	125
H. Ροτζεριανή Θεραπεία.....	126
Θ. Φαρμακοθεραπεία.....	127
1. Ψυχογενής Ανορεξία.....	128
2. Ψυχογενής Βουλμία.....	128
I. Ψυχοεκπαιδευτική Θεραπεία/Συμβουλευτική Διατροφής.....	128
K. Αυτοβοήθεια.....	128
Λ. Άλλες Θεραπείες.....	129

ΕΝΟΤΗΤΑ VIII

ΣΚΟΠΟΣ - ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Σκοπός –Στόχοι.....	130
B. Υποθέσεις.....	131

ΜΕΡΟΣ Β – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΕΝΟΤΗΤΑ X

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Πιλοτική Έρευνα.....	135
B. Δείγμα/Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	135
Γ. Κυρίως Έρευνα.....	137
Δ. Κλίμακες Συλλογής του Υλικού.....	137
1.Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων: Σκοπός- Περιγραφή.....	137
2. Ερωτηματολόγιο Διάγνωσης Διατροφικών Διαταραχών - Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis (Q-EDD): Σκοπός - Περιγραφή – Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά.....	139
3.Κλίμακα Μέτρησης Στοιχείων Κατάθλιψης – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): Σκοπός- Περιγραφή - Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά.....	154

4.Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης - Sense of Coherence Scale (SOC): Σκοπός - Περιγραφή - Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά.....	156
5.Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Ερεισμάτων (Family Strengths Questionnaire): Σκοπός - Περιγραφή -Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά.....	161
E. Αναλυτική Παρουσίαση των Σταδίων Επεξεργασίας των Δεδομένων.....	163
ΣΤ. Στατιστική Επεξεργασία.....	164

ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Δημογραφικά Στοιχεία.....	165
1. Περιγραφή.....	165
2. Συσχετίσεις.....	169
B. Εκτίμηση των Διατροφικών Συμπεριφορών με το Ερωτηματολόγιο Q-EDD.....	175
1. Περιγραφή.....	175
2. Συσχετίσεις.....	177
3. Αναλυτικά Αποτελέσματα (ανά τύπο διάγνωσης).....	183
4. Αναλυτικά Αποτελέσματα (ανά ερώτηση).....	193
Γ. Εκτίμηση των Στοιχείων Κατάθλιψης με την Κλίμακα CES-D.....	195
1. Περιγραφή.....	195
2. Συσχετίσεις.....	195
Δ. Εκτίμηση της Εσωτερικής Συγκρότησης με την Κλίμακα SOC.....	199
1. Περιγραφή.....	199
2. Συσχετίσεις.....	201

Ε. Εκτίμηση των Οικογενειακών Ερεισμάτων με το Ερωτηματολόγιο Family Strengths Questionnaire.....	205
1. Περιγραφή (Οικογενειακή υπερηφάνεια/ Οικογενειακή ομοφωνία).....	205
2. Συσχετίσεις.....	208

ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΙΙ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	212
-------------------	-----

ΕΝΟΤΗΤΑ ΧΙΙΙ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	215
---------------	-----

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ.....	226
---	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	227
---------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι : ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΥΛΙΚΟΥ	270
---	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ : ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΟΛΕΙΩΝ	283
--	-----

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διατριβής μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους εκείνους που με βοήθησαν να φέρω σε πέρας αυτή την προσπάθεια.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την πρώην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας κ. Βασιλική Παπαδιώτη η οποία επέβλεψε την διατριβή μου μέχρι το τελικό της στάδιο. Οι επισημάνσεις και οι μεγάλης επιστημονικής ακρίβειας παρατηρήσεις της στο σύνολο της εργασίας μου υπήρξαν καθοριστικές. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την νυν επιβλέπουσα της διατριβής μου Επίκουρο Καθηγήτρια Ψυχολογίας κ. Αντζυ Παλαιολόγου, για το ενδιαφέρον και τις άοκνες προσπάθειες της.

Ευχαριστώ επίσης τον Καθηγητή Παιδαγωγικής κ. Αθανάσιο Γκότοβο για τις έγκριτες παρατηρήσεις και το ενδιαφέρον του.

Ακόμη θέλω να ευχαριστήσω θερμά τη φίλη και συνάδελφο Γεωργία Τσώνου για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση της όλα αυτά τα χρόνια. Ευχαριστίες και στη φίλη και συνεργάτιδα Κική Λιαρμακοπούλου για το συνολικό ενδιαφέρον της.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους μαθητές και μαθήτριες που πήραν μέρος στην έρευνα καθώς και τους Λυκειάρχες και καθηγητές που υποβοήθησαν τη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων. Χωρίς τη δική τους συμμετοχή η έρευνα δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Θερμά ευχαριστήρια στην κ. Βαΐα Τσιάλου και τον κ. Απόστολο Βράνο.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγο και τα παιδιά μου για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους όπως και στη μητέρα μου για την ηθική της συμπαράσταση.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στα εξαδέλφια και στους φίλους μου για το ενδιαφέρον τους.

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές συγκροτούν μια ομάδα παθολογικών συμπεριφορών διατροφής που χαρακτηρίζονται, από ανεπαρκή ή υπερβολική πρόσληψη τροφής. Η διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία αποτελούν τις συνηθέστερες κλινικές μορφές διατροφικών διαταραχών (Hudson και συν, 2007a). Την τελευταία δεκαετία έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν αύξηση και οι άτυπες μορφές διατροφικών διαταραχών που παρουσιάζουν παθολογικά χαρακτηριστικά που συνήθως ομοιάζουν αρκετά με αυτά των κλινικών διατροφικών διαταραχών αν και ενίοτε η κλινική εικόνα κάποιων ασθενών διαφέρει αρκετά από τους κλινικούς τύπους (Mitrany, 1992; Patton, 2008). Οι διατροφικές διαταραχές προσβάλλουν συνήθως τις έφηβες και νεαρές γυναίκες των αναπτυγμένων ή αναπτυσσόμενων χωρών. Η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών είναι σύνθετη και παραμένει αρκετά ασαφής. Ορισμένοι παράγοντες έχουν ωστόσο επανειλημμένα βρεθεί να σχετίζονται με την ανάπτυξη και την συντήρηση της παθολογίας στη λήψη τροφής. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (Benjet & Hernandez –Guzman, 2002; Monro & Huon, 2005; Adams & Agaas, 2006; Colabianchi και συν, 2006; Ackard και συν, 2007), οικογενειακοί παράγοντες (Murray και συν, 2000; Tozzi και συν, 2003; Blodgett Salafia και συν, 2009), συννοσηρότητα των διαταραχών διατροφής με άλλες διαταραχές του συναισθήματος ή της προσωπικότητας (Benjet & Hernandez – Guzman, 2002; Berkman και συν, 2007; Marmorstein και συν, 2008; Grilo και συν, 2009) κ.α.

Σε αυτή την εργασία, επιλέξαμε ένα δείγμα μαθητών και μαθητριών από Λύκεια τεσσάρων περιοχών της Αθήνας με διαφορετική κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση, με σκοπό να ανιχνεύσουμε αφ ενός την παρουσία διατροφικών διαταραχών και αφ ετέρου να εξετάσουμε τη σχέση αυτών των διαταραχών με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ενδεχόμενα επηρεάζουν την εμφάνισή τους. Αναλόγως προς τα ζητούμενα διαμορφώθηκαν και οι αντίστοιχες ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας.

Ως μέθοδος για την επιλογή του δείγματος των μαθητών και μαθητριών χρησιμοποιήθηκε η τυχαία κατά στρώματα δειγματοληψία (Παρασκευόπουλος, 1984). Για την διευκόλυνση της δειγματοληπτικής διαδικασίας και την αποφυγή αποκλεισμού περιοχών, κάθε περιοχή κρίθηκε σκόπιμο να αποτελέσει στρώμα. Ακόλουθα κληρώθηκε για κάθε περιοχή ένα κυρίως λύκειο και ένα αναπληρωματικό. Για κάθε μια από τις τρεις τάξεις του Λυκείου κληρώθηκε ή υποδείχθηκε για τεχνικούς λόγους από τον Λυκειάρχη, ένα τμήμα. Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν N= 246.

Χορηγήσαμε τέσσερα ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο Διάγνωσης Διατροφικών Διαταραχών (Q-EDD), την Κλίμακα Μέτρησης της Κατάθλιψης του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ (CES-D), την Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης (SOC) και το ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Ερεισμάτων (Family Strengths Questionnaire). Εκτός του ερωτηματολογίου Q-EDD, οι υπόλοιπες κλίμακες ήταν ήδη μεταφρασμένες στα ελληνικά και σταθμισμένες για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο Q-EDD, το οποίο δεν είχε χρησιμοποιηθεί προηγουμένως σε ελληνικό δείγμα μεταφράστηκε από και προς τα αγγλικά από δίγλωσσο επιστήμονα ψυχικής υγείας και αγγλίδα φιλόλογο, και πριν χορηγηθεί στο κυρίως δείγμα της έρευνας, χορηγήθηκε σε πιλοτικό δείγμα μαθητών. Επιπλέον χορηγήθηκε στο δείγμα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.

Επεξεργαστήκαμε στατιστικά τα στοιχεία που προέκυψαν από την εφαρμογή των δοκιμασιών στο μαθητικό πληθυσμό με το στατιστικό πρόγραμμα SPAS και εφαρμόζοντας τις παρακάτω στατιστικές μεθόδους: Οι υποθέσεις του μέσου όρου ελέγχθηκαν με την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς (ANOVA) και της δοκιμασίας t. Η συνάφεια μεταξύ μεταβλητών ελέγχθηκε με την εφαρμογή των δοκιμασιών Pearson Chi Square και Fischers. Εφαρμόστηκε η δοκιμασία της κανονικής κατανομής κατά Kolmogorov – Smirnov με τη διόρθωση του Lilliefors και η διαδικασία των ομογενών διακυμάνσεων κατά Levene, ώστε να ελεγχθεί η κανονική κατανομή με σταθερή διακύμανση μεταξύ συνδυαστικών διαφορικών ομάδων.

Από την εφαρμογή των κριτηρίων διάγνωσης διατροφικών διαταραχών του ερωτηματολογίου Q-EDD, βρέθηκε ότι το 40% των μαθητριών και μαθητών του δείγματος (σχεδόν 1 στα 2 άτομα) παρουσίαζαν κάποια παθολογία στην πρόσληψη τροφής. Από τα κορίτσια (N=148) τα 22 (23%) παρουσίαζαν κλινικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών σε αντίθεση με τα αγόρια (N=97) που μόνο 3 (3,09%) παρουσίαζαν ανάλογη συμπτωματολογία. Διαφορά σε σχέση με το φύλο ίσχυσε και στα υποκλινικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών όπου το 36% των κοριτσιών παρουσίασε συμπτώματα σε σύγκριση με το 14,19% των αγοριών. Τα ευρήματά μας, που είναι από τα υψηλότερα στη βιβλιογραφία, δείχνουν ότι το πρόβλημα των παθολογικών συνηθειών διατροφής στους εφήβους και των δυο φύλων και σε πολλαπλάσιο βαθμό στα κορίτσια, είναι έντονο στη χώρα μας.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του ερωτηματολογίου Q-EDD (τα οποία αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια κλινικών διατροφικών διαταραχών της 4^{ης} έκδοσης του DSM), ανιχνεύθηκαν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών στο 9,79% του δείγματος. Συγκεκριμένα Ψυχογενής Ανορεξία ανιχνεύθηκε στο 0,4% του δείγματος, Ψυχογενής Βουλιμία στο 0,8 %, Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας στο 4,5% και Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (Ανορεξία με Έμμηνο Ρύση, Υπό του Κατωφλίου Βουλιμία, Βουλιμία άνευ Υπερφαγίας) στο 4,5% του δείγματος. Σε όλες τις κλινικές κατηγορίες εκτός της Ψυχογενούς Ανορεξίας η επικράτηση των κοριτσιών έναντι των αγοριών ήταν συντριπτική. Αναλυτικότερα, Ψυχογενής Ανορεξία ανιχνεύθηκε σε 1 αγόρι (1,03%) και σε κανένα κορίτσι, Ψυχογενής Βουλιμία σε 2 κορίτσια (1,35%) και σε κανένα αγόρι και Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας σε 10 κορίτσια (6,76%) και 1 αγόρι (1,03%). Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ίσχυσε εν μέρει και στις Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς. Υπό του Κατωφλίου Βουλιμία εμφάνισαν 2 κορίτσια (1,35%) έναντι κανενός αγοριού και Βουλιμία άνευ Υπερφαγίας παρουσίασαν 1 αγόρι (1,03%) και 1 κορίτσι (0,68%). Στην κατηγορία Ψυχογενής Ανορεξία με Έμμηνο Ρύση, η οποία ίσχυσε μόνο για τα κορίτσια, 6 κορίτσια (4,5%) εκπλήρωσαν τα κριτήρια εισαγωγής σε αυτή την κατηγορία.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του ερωτηματολογίου Q-EDD για την εκτίμηση των άτυπων συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών, βρέθηκε να εκπληρώνει τα κριτήρια για αυτή την κατηγορία το 30,6% του δείγματος και συγκεκριμένα το 23% των αγοριών και το 36% των κοριτσιών. Τα ευρήματά μας, που είναι από τα υψηλότερα στη βιβλιογραφία, δείχνουν ότι το πρόβλημα των υποκλινικών συνηθειών διατροφής στους εφήβους και των δυο φύλων και ιδιαίτερα στα κορίτσια, είναι έντονο στη χώρα μας.

Εκτός των άτυπων κατηγοριών που προβλέπονταν από το Q-EDD, παρατηρήθηκε, ιδιαίτερα στα αγόρια του δείγματός μας, μια διατροφική συμπεριφορά που δεν αναφέρεται στη βιβλιογραφία, η οποία είχε όλα τα χαρακτηριστικά της Διαταραχής Επεισοδίων Υπερφαγίας, με εξαίρεση την αίσθηση απώλειας ελέγχου, κατά τα υπερφαγικά επεισόδια. Τα αγόρια γενικότερα, παρουσίασαν περισσότερο υπερφαγικά υποκλινικά συμπτώματα παρά βουλιμικά ή περιοριστικά. Η υπερίσχυση

στα αγόρια αυτών των μορφών συμπτωμάτων ενδέχεται να συνδέεται με την πολιτισμική επιταγή για αύξηση όγκου στους άνδρες (Farrell και συν, 2005; Glauert και συν, 2009). Ωστόσο τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Κατά την επεξεργασία των δεδομένων που προέκυψαν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου Q-EDD, βρέθηκαν επίσης σημαντικές διαφορές, ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια, στον τρόπο που αντιμετωπίζουν το σώμα τους και στους τρόπους που χρησιμοποιούν για τον έλεγχο του βάρους τους. Ενδεικτικά τα κορίτσια είχαν συχνότερα από τα αγόρια $\Delta.M.\Sigma < 17,5$, ανέφεραν συχνότερα από τα αγόρια βάρος σώματος βαρύτερου εκείνου που πραγματικά έχουν, ανησυχούσαν περισσότερο από τα αγόρια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, το σχήμα και το βάρος του σώματος τους επηρέαζε πολύ περισσότερο την αυτοεικόνα τους και χρησιμοποιούσαν πολύ συχνότερα από τα αγόρια περιοριστικές και καθαρτικές μεθόδους ελέγχου του βάρους τους. Αντίθετα τα αγόρια υπερέτησαν των κοριτσιών στην χρήση τα σωματικής άσκησης ως μεθόδου ελέγχου του σωματικού βάρους.

Γενικότερα φάνηκε ότι τα κορίτσια επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τα πολιτισμικά πρότυπα σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Ενδεχόμενα η ενσωμάτωση των πολιτισμικά προσδιορισμένων προτύπων ομορφιάς και μάλιστα του λεγόμενου “ιδανικού της λεπτότητας” (Colabianchi και συν, 2006) από συναισθηματικά ευάλωτες έφηβες, να επηρεάζει την εμφάνιση προβλημάτων στη λήψη τροφής.

Κατά τη στατιστική συσχέτιση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου Q-EDD με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των μαθητών όπως αυτό εκφράζεται στο επάγγελμα και στη μόρφωση των γονέων, δεν βρέθηκε σχέση. Επίσης δεν φάνηκε να υπάρχει σχέση μεταξύ των προβλημάτων στη λήψη τροφής και του κατά πόσον η μητέρα βρίσκεται εντός ή εκτός τα αγοράς εργασίας.

Η στατιστική συνεκτίμηση των αποτελεσμάτων του Q-EDD με την μεταναστευτική προέλευση, το ιστορικό πολιτισμικών ή γλωσσικών ιδιαιτεροτήτων και την παλιννόστηση δεν στάθηκε δυνατή λόγω του πολύ μικρού αριθμού παιδιών σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες στο δείγμα. Μελλοντικά, για τη διερεύνηση αυτής της σχέσης, θα είναι προτιμότερη η συλλογή του δείγματος από γυμνασιακές τάξεις ή από εξωσχολικά περιβάλλοντα (γειτονιά, συλλόγους κ.α.).

Επίσης δεν θεμελιώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των προβλημάτων στη λήψη τροφής και των μεταβλητών της ηλικίας και της σχολικής απόδοσης.

Η εκτίμηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης έγινε με την κλίμακα CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Σύμφωνα με την παραπάνω κλίμακα η υψηλότερη βαθμολογία είναι ενδεικτική βαρύτερης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και η τιμή ουδού είναι το 16. Στην παρούσα έρευνα, 97 μαθητές (39,6%) εμφάνισαν άθροισμα μεγαλύτερο του 16.

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψη και του φύλου. Τα κορίτσια παρουσίασαν στοιχεία κατάθλιψης στο 51,1% σε αντίθεση με τα αγόρια που παρουσίασαν στο 29,5%. Παρόμοια ευρήματα έχουν βρεθεί και σε φοιτητικό πληθυσμό (Παπαδιώτη-Αθανασίου, Καλτσούδα, Τσακοπιάκου, Λεοντίτσης, Αλεξίου, 2007).

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των στοιχείων κατάθλιψης και στα δυο φύλα. Η σοβαρότητα των καταθλιπτικών στοιχείων βρέθηκε να αυξάνεται αναλογικά με τη σοβαρότητα των προβλημάτων στη λήψη τροφής και το αντίστροφο. Επίσης διαφάνηκε μια τάση αυξημένων τιμών συμπτωμάτων κατάθλιψης σε άτομα με υπερφαγική συμπτωματολογία.

Αντίθετα δεν αποδείχθηκε σχέση μεταξύ των στοιχείων κατάθλιψης και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Η εκτίμηση της Εσωτερικής Συγκρότησης έγινε με τη χρήση της κλίμακας SOC. Εφαρμόστηκε η δοκιμασία της κανονικής κατανομής κατά Kolmogorov-Smirnov με τη διόρθωση του Lilliefors και η διαδικασία των ομογενών διακυμάνσεων κατά Levene και επιβεβαιώθηκε ότι η συσχέτιση μεταξύ των τριών υποκλιμάκων (ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας, ικανότητα χειρισμού, ικανότητα συναισθηματικής επένδυσης) που διαμορφώνουν την εσωτερική συγκρότηση είναι θετική και ισχυρή.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εσωτερικής συγκρότησης και των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η εσωτερική συγκρότηση μειώνεται όταν το άτομο εμφανίζει διατροφικές διαταραχές κλινικής ή υποκλινικής μορφής. Διαφορές ίσχυσαν και στις υποκλίμακες εκτός της συναισθηματικής επένδυσης.

Επίσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, μεταξύ της εσωτερικής συγκρότησης και της κατάθλιψης, αλλά όχι και της εσωτερικής συγκρότησης και του φύλου. Μελλοντικά θα πρέπει να ερευνηθεί ο διαμεσολαβητικός ρόλος τα εσωτερικής συγκρότησης ανάμεσα στην κατάθλιψη και την ανάπτυξη διαταραχών στη λήψη τροφής.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου οικογενειακών ερεισμάτων (Family Strengths Questionnaire) και των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου Q-EDD. Ωστόσο, φάνηκε μια τάση των ατόμων με κλινικά ή υποκλινικά προβλήματα διατροφής, ανεξαρτήτως φύλου, να συμφωνούν λιγότερο από ότι τα άτομα χωρίς διατροφική διαταραχή στις θετικές προτάσεις της υποκλίμακας 'οικογενειακή υπερηφάνεια'.

Δεν επιβεβαιώθηκε, επίσης, στατιστική σχέση μεταξύ των διαταραχών διατροφής και των ακραίων απαντήσεων για τα θετικά ή αρνητικά στοιχεία της οικογένειας. Το ίδιο ίσχυσε και κατά τη συσχέτιση των ακραίων απαντήσεων με τις μεταβλητές: φύλο, κατάθλιψη και εσωτερική συγκρότηση.

Τα προβλήματα στη λήψη τροφής ενδεχόμενα αποτελούν αρκετά σημαντικό πρόβλημα ιδιαίτερα μεταξύ των εφήβων κοριτσιών. Σχετίζονται θετικά με άλλα προβλήματα όπως τα στοιχεία κατάθλιψης και δείχνουν να επηρεάζουν και να επηρεάζονται από τον 'υγιή' ή μη 'υγιή' προσανατολισμό του ατόμου προς τις προκλήσεις της ζωής γενικότερα.

Abstract

Eating disorders are a group of heterogeneous disorders characterized by insufficient or excessive food intake. Binge eating, anorexia nervosa and bulimia nervosa comprise the commonest forms of eating disorders (Hudson et al, 2007). Recent research findings suggest also an increase, in recent years, in atypical forms of eating disorders which present pathological characteristics closely related to the clinical spectrum but occasionally present a quite different clinical. It has been found that eating disorders are gender related and most commonly appear in adolescent girls and young women in developed and developing countries. The etiology of the disorders is still unclear and appears profoundly complex. However, there seems to exist a link between eating disorders and genetic, sociocultural (Benjet & Hernandez –Guzman, 2002; Monro & Huon, 2005; Adams & Araas, 2006; Colabianchi et al, 2006; Ackard et al, 2007), and familial factors (Murray et al, 2000; Tozzi et al, 2003; Blodgett Salafia et al, 2009). The literature also suggests that eating pathology is related to personality psychopathology and affective disorders.

In the context of the present study, full form (clinical) and atypical eating pathology, were investigated in a sample of Athenian senior high school pupils of both sexes. Subsequently, the association between eating disorders and a number of demographic and psychosocial variables was evaluated. The research hypotheses were formulated in accordance to the aforementioned aims of the study.

Using the method of random stratified sampling (Paraskevopoulos, 1984), 246 pupils were selected from four senior high schools located in four Athenian suburbs markedly different in terms of population socioeconomic status.

The sample completed four measures and a demographic questionnaire. The Questionnaire of Eating Disorder Diagnosis (Q-EDD) was administered to assess eating pathology. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) was administered to assess depressive symptoms. The Sense of Coherence Scale (SOC) and the Family Strengths Questionnaire, were administered to measure, respectively, the sense of coherence and family strengths. All measures apart from the Q-EDD were already translated into Greek and standardized for the Greek population. The Q-EDD was translated from English into Greek and vice versa and administered to a pilot sample prior to the main sample.

Statistical correlations between variables were tested with the Pearson Chi Square and Fischers tests. Median hypotheses were tested with AVONA and the t-test. Between groups standard deviation with constant fluctuation was computed using the Kolmogorov-Smirnov test with Lilliefors correction and the homogeneous fluctuations procedure by Levene.

Applying the diagnostic criteria of Q-EDD, 40% of our sample (almost 1 in 2) appeared to manifest some sort of eating pathology. Clinical eating disorders symptoms prevailed in 9,79% of the total sample and in 23% of the girls and 3,09% of the boys. Sub clinical eating pathology was found in 30,6% of the total sample and in 36% of the girls and 14,19% of the boys. According to the Q-EDD criteria (which correspond to the DSM-IV clinical criteria for eating disorders) 0,4% of the sample demonstrated anorexia nervosa, 0,8% bulimia nervosa, 4,5% binge eating disorder and 4,5% eating disorders not otherwise specified (EDNOS). In all clinical categories, excluding AN, girls

prevailed to boys. More specifically, AN was detected in 1 boy (1,03%), BN was detected in 2 girls and BED in 10 girls (6,76%) and 1 boy (1,03%). Additionally, EDNOS were detected in 9 girls compared to 2 boys. The more numerous EDNOS category was AN with menstruation, where 6 girls (4,5%) met the diagnostic criteria.

All categories were observed in our sample. Furthermore, a new sub clinical behavior was noted, especially in boys, involving all the diagnostic criteria for BED apart from the loss of control during the binge episodes. There was a general tendency of the boys in our sample to favor bingeing rather than bulimic or restrictive (i.e. fasting, dieting) sub clinical behaviors. However those findings need to be replicated in future research.

Important differences between girls and boys were found in their attitudes regarding the shape and weight of their bodies as well as the methods they employed to control weight gain. Girls more often than boys possessed BMI below 17,5, considered themselves heavier than actually reported, worried about the weight/shape of their bodies and their body weight/shape affected their self-esteem. Additionally, girls employed more often restrictive and cathartic body weight control methods whereas boys used sports as a means of controlling body weight and presumably acquiring body muscle (Farrell et al, 2005; Glauert et al, 2009).

It appeared that girls were affected by the societal standards pertaining to the ideal female body weight and shape. Possibly the internalization by psychologically vulnerable adolescent girls of mainstream beauty standards and especially the “ideal of thinness” (Colabianchi και συν, 2006), accounts for the high incidence of eating pathology in females of that age group.

No correlation was found between the socioeconomic status of the parents of the pupils, or the mother working or not and eating disorders.

Due to the scant representation, in our sample, of individuals of immigrant parentage or originating from Greek communities in the former Soviet Union and Albania or Rom, this study failed to correlate those statuses with eating disorders and other parameters.

No statistically significant relationship was established between eating disorder results and age or school performance.

39,6% of the sample scored over 16 (cut-off point) in the CES-D. 51,1% of the girls and 29,5% of the boys manifested depressive symptoms. The link between depression rates and gender has been established in numerous studies of adolescent and student population (Papadioti – Athanasiou et al, 2007; Cyranowski, 2000; Benjet & Hernandez –Guzman, 2002).

Eating disorders were found statistically correlated to depression, in both sexes. The higher the depression the more severe the eating disorder problem and vice versa. It was also noted that depressive symptoms were more severe in individuals with binge eating pathology. Depression was found independent of socioeconomic status.

A reverse analogy was found to exist between internal coherence and its subscales and both eating disorders and depressive symptoms. That is, the more internally cohere was an individual the less was he/she liable to exhibit eating disordered or depressive symptoms. Internal coherence not found not related to gender.

The two sub scales of the Family Strengths Questionnaire (family pride and family accord) were not statistically related to eating diagnosis results. A slight tendency was exhibited by both the clinically and the sub clinically eating disordered groups irrespective of sex, to agree less with the positive items of the “Family pride” sub scale, than the non eating disordered group. No significant statistical relationship was found between the excessively positive or negative responses to the items

of the above test and other parameters, including: eating disorders, sex, depressive symptoms and internal coherence. Thus the view that 'extreme' responses regarding positive or negative aspects of family life may signify family 'rigidity' and relate to other parameters was disproved.

Disordered eating habits seem to pose a serious problem especially among adolescent girls. They appear to positively relate to other problems such as depressive symptoms and negatively relate to a 'healthy' orientation towards life challenges in general

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Umberto Eco, στην εισαγωγή του βιβλίου του, “Ιστορία της Ομορφιάς”, γράφει : «Ο επιθετικός προσδιορισμός ‘ωραίος’..... χρησιμοποιείτε συχνά για να υποδηλώσουμε κάτι που μας αρέσει. Δίνεται η εντύπωση, λοιπόν, πως με την έννοια αυτή ό,τι είναι ωραίο ισοδυναμεί με ό,τι είναι και καλό, και πράγματι σε πολλές ιστορικές περιόδους δημιουργήθηκε μια ιδιαίτερα στενή σχέση μεταξύ Ωραίου και Καλού» (Eco U, 2004). Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν ίσως το μοναδικό παράδειγμα, μεταξύ των ψυχιατρικών παθήσεων, που η ψυχοπαθολογία εκλαμβάνει έναν έκδηλα ‘αισθητικό’ χαρακτήρα εναρμονιζόμενη, σε ακραίο βαθμό, με τα τρέχοντα πρότυπα ομορφιάς. Συγκροτούν ασθένειες του ‘φαίνεσθαι’ και ως εκ τούτου συνυφαίνονται με την θεοποίηση της εικόνας και τη συνάρτηση της με την κοινωνική αποδοχή και επιτυχία. Δεν είναι ίσως καθόλου τυχαίο ότι η μεγαλύτερη επικράτηση των κλινικών και υποκλινικών συνδρόμων στην πρόσληψη τροφής συναντάται στις γυναίκες και στους εφήβους, ομάδες περισσότερο κοινωνικά βαλλόμενες και ευάλωτες σε θέματα εξωτερικής εμφάνισης.

Η αισθητική διάσταση των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής αποτελεί, ωστόσο, μια πτυχή ενός εξαιρετικά σύμπλοκου ψυχοβιολογικού και κοινωνικού φαινομένου. Η πολυπλοκότητα του προβλήματος αντανακλάται στις συνεχείς και μη καταληκτικές έρευνες σχετικά με τους παράγοντες προδιάθεσης και ενίσχυσης του αλλά και τους τρόπους πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε Δυτικές χώρες, με μακρόχρονη ερευνητική θητεία επί του θέματος, οι μελέτες επικεντρώνονται, επί του παρόντος, στην απομόνωση υπαίτιων γονιδίων, στην βιογενετική συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και στην εξέταση της επίδρασης κοινωνικών-πολιτισμικών και φυλετικών συνιστωσών στη διαμόρφωση των φαινομένων αυτών. Η εξάπλωση του φαινομένου, αντίθετα από ότι πιστευόταν παλαιότερα, σε διαφορετικές κοινωνίες, πολιτισμικές και φυλετικές ομάδες και κοινωνικά στρώματα, έχει διαμορφώσει την ανάγκη για εξειδίκευση της έρευνας και διεύρυνση των ορισμών των διατροφικών προβλημάτων, έτσι ώστε να αγκαλιάσουν μια πολυδιάστατη μορφολογική πραγματικότητα. Ωστόσο, η άποψη ότι η εξάπλωση των διατροφικών διαταραχών συνδέεται με την εξάπλωση των δυτικών προτύπων ομορφιάς και βάρους/σχήματος του σώματος, συνεχίζει να έχει μεγάλο ειδικό βάρος.

Στην Ελλάδα η χαρτογράφηση του προβλήματος των διατροφικών διαταραχών αλλά και η διενέργεια εξειδικευμένων ερευνών παραμένει περιορισμένη. Η έλλειψη αυτή έχει σαφέστατα αντίκτυπο στη διαμόρφωση προγραμμάτων πρόληψης με στόχο κυρίως την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης στους εφήβους και τη διαμόρφωση πιο αγαστής σχέσης με το σώμα.

Η παρούσα έρευνα, προγραμματισμένη να διενεργηθεί σε εφήβους της Αθήνας, χωρίς να φιλοδοξεί να καλύψει ικανό τμήμα του υπάρχοντος ερευνητικού κενού, ωστόσο νομιμοποιείται μερικά από αυτό. Σκοπός της έρευνας είναι αφ’ενός η ανίχνευση των επίσημων διαταραχών διατροφής όπως περιγράφονται στο «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 4^η έκδοση» και η ανίχνευση άτυπων (μη κλινικά αναγνωρισμένων) προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής μορφής και αφ’ετέρου η διερεύνηση της σχέσης των προβλημάτων στη λήψη τροφής με κοινωνικοδημογραφικούς, ψυχολογικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Ελπίζουμε παράλληλα να μπορέσουμε να ανιχνεύσουμε μεταξύ των εφήβων του δείγματος μας, αντιλήψεις που σύμφωνα με

τη βιβλιογραφία σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (δυσαρέσκεια με το βάρος και το σχήμα του σώματος, αξιολόγηση βάρους σώματος κ.α.)

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη: **Το θεωρητικό μέρος**, δηλαδή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τη διατύπωση του σκοπού και των ερευνητικών υποθέσεων, και **το ερευνητικό μέρος**, που περιλαμβάνει το μεθοδολογικό σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας, τη στατιστική ανάλυση και την παρουσίαση των ευρημάτων και τέλος τα συμπεράσματα και τη συζήτηση.

Το θεωρητικό μέρος ως προς τη Βιβλιογραφική Επισκόπηση περιλαμβάνει τις εξής ενότητες:

Ενότητα I: Οι Διαταραχές Διατροφής προ της Νεωτερικής Εποχής και κατά την Πρώμη Νεωτερική Εποχή. Στην ενότητα αυτή επιχειρείται μια ιστορική αναδρομή στην προϊστορία και την ιστορία των παθολογικών συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής καθώς και στη ερμηνεία των φαινομένων αυτών στα διαφορετικά ιστορικά πλαίσια.

Ενότητα II: Περιγραφή των Διαταραχών Διατροφής. Στην ενότητα αυτή περιγράφεται η ψυχοφυσιολογία, οι οργανικές βλάβες και η πρόγνωση των τριών επίσημων διαταραχών διατροφής: της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Διαταραχής Επεισοδίων Υπερφαγίας. Επίσης επισημαίνεται η ανάγκη διεύρυνσης των κριτηρίων αξιολόγησης των Διατροφικών Διαταραχών μη Προσδιοριζόμενων Αλλιώς ώστε να συμπεριλάβουν και την ευρύτερη υποκλινική συμπτωματολογία καθώς και η ανάγκη επέκταση της έρευνας σε αυτά τα παθολογικά φαινόμενα.

Ενότητα III: Κριτήρια Ταξινόμησης των Διαταραχών Διατροφής. Η ενότητα αυτή πραγματεύεται την περιγραφή των διαγνωστικών κριτηρίων για τις διαταραχές διατροφής, από τους δυο πιο έγκριτους παγκόσμια καταλόγους ταξινόμησης και διάγνωσης νόσων, το DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και το ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ).

Ενότητα IV: Επιδημιολογικά Στοιχεία. Στην ενότητα αυτή γίνεται αναφορά σε επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν στις διαταραχές διατροφής και στους περιορισμούς της έρευνας.

Ενότητα V: Αιτιολογία των Διαταραχών Διατροφής. Η ενότητα αυτή πραγματεύεται παράγοντες που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετίζονται με την ανάπτυξη παθολογίας στη λήψη τροφής. Ειδικότερα γίνεται αναφορά α. σε κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (φυλή / πολιτισμική ομάδα προέλευσης, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο), β. σε αναπτυξιακούς παράγοντες, γ. σε ψυχοπαθολογικούς παράγοντες και δομή προσωπικότητας, δ. στην κατάθλιψη, ε. σε οικογενειακούς παράγοντες, στ. σε τραυματικά βιώματα και ζ. σε γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Ενότητα VI: Μοντέλα Ερμηνείας των Διαταραχών Διατροφής. Στην ενότητα αυτή αναπτύσσονται ερμηνευτικές προσεγγίσεις της παθολογίας στη λήψη τροφής από τη σκοπιά διάφορων σχολών σκέψης και θεραπείας. Ειδικότερα παρουσιάζεται η γνωσιακή-συμπεριφορική

προσέγγιση, οι προσεγγίσεις των διαφόρων σχολών οικογενειακής θεραπείας, η προσέγγιση μέσω του κοινωνικοπολιτισμικού πρίσματος, η ψυχοδυναμική και η φεμινιστική προσέγγιση.

Ενότητα VII: Θεραπεία των Διαταραχών Διατροφής. Στην τελευταία ενότητα του θεωρητικού μέρους γίνεται μια ανασκόπηση των περισσότερο γνωστών μεθόδων θεραπείας των διαταραχών διατροφής (π.χ. γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, ψυχαναλυτική θεραπεία, νοσηλεία, διαπροσωπική θεραπεία κ.α.) και παράλληλα αναφέρεται σε νέες θεραπευτικές μεθόδους (αφηγηματική θεραπεία, θεραπεία μέσω της τέχνης, αυτοθεραπεία κ.α.).

Το θεωρητικό μέρος ως προς τη διατύπωση του Σκοπού και των Ερευνητικών Υποθέσεων κλείνει με την παρουσίαση του σκοπού, στόχων και ερευνητικών υποθέσεων της έρευνας.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αφορά στη μεθοδολογία και τη διεξαγωγή της έρευνας.

Ενότητα IX: Μεθοδολογία της Έρευνας. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται κατά σειρά η πιλοτική έρευνα που διεξήχθη σε μαθητές φροντιστηρίου με ανάλογα δημογραφικά χαρακτηριστικά με αυτά του δείγματος, η μέθοδος και η διαδικασία συλλογής του δείγματος, οι κλίμακες συλλογής του υλικού η αναλυτική παρουσίαση των σταδίων επεξεργασίας των δεδομένων και τέλος η παρουσίαση των στατιστικών μεθόδων επεξεργασίας των δεδομένων.

Ενότητα X: Αποτελέσματα της έρευνας Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και οι συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων και στη συνέχεια τα επιμέρους ευρήματα παρουσιάζονται με συγκεντρωτική μορφή.

Ενότητα XI: Συμπεράσματα. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας.

Ενότητα XII: Συζήτηση. Στην ενότητα αυτή συζητούνται τα ευρήματα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα και οι τομείς που θα μπορούσε να στραφεί η μελλοντική έρευνα με παρόμοια θεματολογία.

Κλείνοντας την εισαγωγή κρίνουμε σκόπιμο να αποσαφηνίσουμε ένα ζήτημα ορολογίας. Στην παρούσα εργασία με τον όρο «Διαταραχές Διατροφής» αποδίδουμε τον αγγλικό όρο Eating Disorders. Στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία ο όρος αυτός χρησιμοποιείται συγκεντρωτικά και περιλαμβάνει την Ψυχογενή Ανορεξία, την Ψυχογενή Βουλιμία, την Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας και τις Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς.

Αναφορικά με τις συνήθειες διατροφής που παρουσιάζουν μεν παθολογία αλλά δεν εκπληρώνουν τα διαγνωστικά κριτήρια καμιάς από τις παραπάνω διατροφικές διαταραχές, όπως αυτές περιγράφονται στο DSM-IV, χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία διάφοροι ανεπίσημοι περιγραφικοί όροι, όπως ‘partial symptom eating disorders’, ‘sub clinical eating disorders’, ‘atypical eating disorders’ κ.α. Στην παρούσα εργασία για την περιγραφή αυτών των υποκατηγοριών χρησιμοποιείται κατά βάσει ο όρος «άτυπες διαταραχές διατροφής» ή «άτυπη παθολογία στην πρόσληψη τροφής» σε αντιδιαστολή με τις επίσημα αναγνωρισμένες κλινικές διαταραχές διατροφής. Θεωρήθηκε ότι ο όρος ‘άτυπος’ περιγράφει καλύτερα το ευρύ φάσμα αυτών των παθολογιών στην πρόσληψη τροφής και τη διακύμανση της κλινικής τους εικόνας από αρκετά όμοιας μέχρι πολύ διαφορετικής από τις κλινικές διατροφικές διαταραχές.

Τελευταία, για την περιγραφή όλου του σώματος των παθολογιών στην πρόσληψη τροφής στην παρούσα διατριβή, χρησιμοποιούμε εναλλακτικά τους όρους «παθολογία στη λήψη τροφής» ή/και «παθολογικές συνήθειες διατροφής».

ΜΕΡΟΣ Α

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

I: ΟΙ ΑΠΟΚΛΙΝΟΥΣΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΠΡΟ ΤΗΣ ΝΕΩΤΕΡΙΚΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΝΕΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΟΧΗ

A. Εισαγωγή

Οι αποκλίνουσες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής, οι οποίες σήμερα αποκαλούνται συλλήβδην ‘διατροφικές διαταραχές’, δεν αποτελούν νεωτερικό φαινόμενο.

Στο απόγειο του ιστοριογραφικού ενδιαφέροντος για τις διατροφικές διαταραχές – και ιδιαίτερα την ψυχογενή ανορεξία – στις δεκαετίες ‘80 και ‘90, διαπιστώθηκε, ότι συμπεριφορές οι οποίες μορφολογικά θύμιζαν τις σύγχρονες διατροφικές διαταραχές, είχαν για πρώτη φορά καταγραφεί στους ελληνιστικούς και ρωμαϊκούς χρόνους (Bell, 1989; Bemproad, 1996).

Ωστόσο ο τρόπος που τα φαινόμενα αυτά ερμηνεύτηκαν κατά τον ρου της ιστορίας, υπήρξε ποικίλος (Herworth, 1999). Αναλόγως, έχαιραν κοινωνικής αποδοχής ή αντίθετα στηλίτευσης και απαξίωσης. Η άσκηση τους, σε διαφορετικές εποχές, υπήρχε πιθανότητα να οδηγήσει στην αγιότητα, στην πυρά ή στο άσυλο φρενοβλαβών.

Οι αυτόκλητοι εμετοί των συμποσιαστών της ρωμαϊκής εποχής, μετά τα λουκούλλεια γεύματα, διαδραματιζόταν σε ένα τελείως διαφορετικό πλαίσιο αναφοράς από την σύγχρονη καθαρτική συμπεριφορά μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο. Η άρνηση τροφής των λεγόμενων ‘καθαγιασμένων νεανίδων’ (Bell, 1989), τον Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, μορφολογικά μόνο σχετίζεται με την σύγχρονη ανορεξία, ενώ, η τάση υπερφαγίας που επεδείκνυαν ασκητές του Μεσαίωνα μετά από μακρά νηστεία (Vandereycken & Van Deth, 1997), δεν μοιράζεται νοηματικές ομοιότητες με τη σύγχρονη υπερφαγία.

Παράλληλα με την ερμηνευτική προσέγγιση, παρατηρούνται ιστορικά αλλαγές στο φορέα και στις μεθόδους αντιμετώπισης αυτών των φαινομένων. Η ιατρική και η ψυχιατρική αντικατέστησε την εκκλησία ως φορέας ερμηνείας και πράξης.

B. Προϊστορία και ιστορία της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η σύγχρονη ιστοριογραφία τεκμηριώνει ότι η αυτόβουλη ασιτία αποτελεί φαινόμενο που υπερβαίνει τα όρια των νεότερων χρόνων. Λέγεται, μάλιστα, ότι χρονολογείται από τους ελληνιστικούς και ρωμαϊκούς χρόνους (Bemproad, 1996). Βέβαια η ομοιότητα μεταξύ της σύγχρονης διαταραχής και αυτών των περιστατικών περιορίζεται στη φαινομενολογία και όχι στη βαθύτερη ψυχοκοινωνική ουσία του φαινομένου. Κατά τους ελληνιστικούς και ρωμαϊκούς χρόνους η εθελούσια ασιτία συνδεόταν κυρίως με τον ασκητισμό και την άρνηση του υλικού κόσμου από προσήλυτους στο χριστιανισμό. Ασκητές και των δυο φύλων, συμπεριλαμβανόμενων πλούσιων ρωμαίων γυναικών, επιδίδονταν σε εξαντλητικές νηστείες με αποτέλεσμα κάποιες φορές το θάνατο τους (Ziolko, 1996). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι ο πρώτος ιστορικά καταγραμμένος θάνατος από ‘ανορεξία’, ήταν μιας ρωμαίας οπαδού του Αγίου Ιερεμία. Σύμφωνα με τα ιστορικά στοιχεία,

ο Άγιος Ιερεμίας αναγκάστηκε, κατόπιν αυτού του γεγονότος, να καταφύγει στη Βηθλεέμ για να σώσει τη ζωή του (Jonas, 1958; Ranke – Heinemann, 1990).

Στο Μεσαίωνα, έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις αυτόβουλης ασιτίας, οι οποίες υποτίθεται ότι εξέλαβαν επιδημική μορφή. Οι σύγχρονοι μελετητές ονόμασαν το φαινόμενο ‘καθαγιασμένη ανορεξία’ (holly anorexia) (Bell, 1989). Την συγκεκριμένη ιστορική περίοδο ο έλεγχος, η ταπείνωση και ο βασανισμός του σώματος αντιπροσώπευε την ένωση με το θεϊκό στοιχείο (Walker Bynum, 1991). Ωστόσο, ενώ το ανδρικό σώμα – σύμφωνα με τα κείμενα της εποχής – θεωρείτο θεϊκό κατασκεύασμα, αυτό δεν ίσχυε για το γυναικείο σώμα (όπως παραπάνω). Ίσως αυτό το γεγονός να δικαιολογούσε την έκθεση των γυναικών σε εντονότερες στερήσεις και μαρτύρια από τους άντρες ομολόγους τους, πριν το σώμα τους θεωρηθεί καθαγιασμένο, από την επίσημη εκκλησία. Οι ενδείξεις ότι το σαρκίο είχε φτάσει το αναμενόμενο επίπεδο αγιότητας ήταν ακραίες και περιλάμβαναν στίγματα, πληγές και αιμορραγία. Η άρνηση τροφής αποτελούσε μια από τις ενδεδειγμένες οδούς για τον ‘καθαγιασμό’ της σάρκας.

Η Bell, υποστηρίζει, ότι κατά την περίοδο μεταξύ 1200 – 1500, τουλάχιστον 170 αγίες, εμφάνιζαν συμπτώματα κοινά με την σύγχρονη ανορεξία (καθαρτικού και μη καθαρτικού τύπου). Η Αγία Τερέζα της Άβιλα, χρησιμοποιούσε κλαδάκια ελιάς για να επιφέρει εμετό όταν παρέκκλινε από την νηστεία της. Η Αγία Αικατερίνη της Σιένα, ξεκίνησε να αρνείται την τροφή σε εφηβική ηλικία, όταν η ισχυρή οικογένεια της την εμπόδισε να αφιερωθεί στο Θεό και την πίεσε να παντρευτεί για πολιτικούς και κληρονομικούς λόγους τον χήρο της αδελφής της. Όπως γράφει η Bell, η Αικατερίνη ‘ενισχυμένη από την συμμαχία της με το Θεό, ενεπλάκη σε αγώνα ενάντια στην οικογένεια της’. Με τη συνεχή νηστεία μείωσε το σωματικό της βάρος στο μισό, επιβεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο την πραγματική αφοσίωσή της στο Θεό και την απόρριψη του υλικού σαρκίου της. Σύμφωνα με τις πηγές, η οικογένεια της θορυβημένη και φοβούμενη για τη ζωή της, αποτάθηκε σε κάποιο ιερέα ο οποίος προσπάθησε να την πείσει να τρώει τουλάχιστον μια φορά τη ημέρα (Bell, 1989).

Η επονομαζόμενη ‘καθαγιασμένη ανορεξία’ (holly anorexia) λόγω των θρησκευτικών και μυστικιστικών της παραμέτρων, ερμηνεύτηκε από κάποιες σύγχρονες θεωρητικούς ως μέσο αντίστασης και αυτονόμησης των γυναικών των υψηλότερων κοινωνικών τάξεων, απέναντι στην προαποφασισμένη τους μοίρα. Η Bell, μάλιστα υποστηρίζει, ότι η αγιότητα στην οποία σκόπευαν οι γυναίκες του Μεσαίωνα και η λεπτότητα στην οποία σκοπεύει η σύγχρονη ανορεξική, αποτελούν ιδανικές καταστάσεις ύπαρξης, εν μέσω της πάλης της γυναίκας να εδραιώσει την ταυτότητά της σε έναν ανδροκρατούμενο κόσμο.

Το γενικότερο κοινωνικό και θρησκευτικό κλίμα που επικρατούσε στο Μεσαίωνα και εν μέρει στην Αναγέννηση, επέτρεψε την ‘αγιοποίηση’ των γυναικών αυτών σε αντίθεση με την στηλίτευση που υπέστησαν αργότερα αποκαλούμενες ‘όργανα του Σατανά’, ‘μάγισσες’ ή ‘τρελές’. Ωστόσο, και κατά την Αναγέννηση, ιδιαίτερα σε χώρες που είχε μεγάλη δύναμη η Ιερά Εξέταση, υπήρξαν περιπτώσεις που οι ‘καθαγιασμένες ανορεξικές’ αμφισβητήθηκαν και ελέγχθηκε η πιθανότητα να έχουν καταληφθεί από ‘το πνεύμα του κακού’. Μία τέτοια περίπτωση ήταν της Columbia του Rite, μμητριάς της Αγίας Αικατερίνης της Σιένα, η οποία υποβλήθηκε σε νεκρωσία από την Ιερά Εξέταση για να διαπιστωθούν τα αίτια του θανάτου της και να αποδειχθεί η αγιότητα της (Vandereycken & Van Deth, 1997).

Με την έλευση της εποχής του Διαφωτισμού, όσες γυναίκες προσπαθούσαν να πλησιάσουν το Θεό μέσα από μυστικιστικές οδούς, έχασαν την αίγλη τους και την αποδοχή της εκκλησίας. Οι λεγόμενες ‘θαυμαστές νεανίδες’ (miraculous maidens) πολλές φορές κατηγορούνταν ως μάγισσες

και κατευθύνονταν στην πυρά (Bell, 1989; Brumberg, 1988, 1989). Η αρνητική θέση της επίσημης εκκλησίας σε συνδυασμό με τον αναδυόμενο φιλοσοφικό θετικισμό ενδεχόμενα να επηρέασαν αρνητικά την αριθμητική επικράτηση του φαινομένου. Εκείνη την περίοδο καταγράφηκαν ελάχιστες περιπτώσεις αυτόβουλης ασιτίας.

Με το ξεκίνημα της πρώιμης νεωτερικής εποχής, το φαινόμενο της αυτόβουλης ασιτίας σταδιακά απέκτησε κοσμικό χαρακτήρα. Η αυτόβουλη ασιτία από αντικείμενο θεολογικής ερμηνείας έγινε αντικείμενο ιατρικής και ψυχιατρικής ερμηνείας (Brumberg, 1988). Η μετακίνηση αυτή έλαβε χώρα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο υποχώρησης της εκκλησίας απέναντι στην αυξανόμενη ισχύ της ‘νέας εκκλησίας’: της ιατρικής και της ψυχιατρικής επιστήμης (Foucault, 1971).

Τα ιατρικά αρχεία της εποχής περιέχουν αρκετές καταχωρήσεις περιπτώσεων αυτόβουλης ασιτίας. Στις αρχές του 18^{ου} αιώνα ο Harderus απέδιδε το φαινόμενο σε εκφυλισμό των λειτουργιών του στομάχου και ο Francois Boissier de Sauvages, σε απώλεια των επιθυμιών. Στο τέλος του αιώνα, ο φημισμένος γιατρός Phillipe Pinel, θεωρούσε την ανορεξία και τη βουλιμία νευρώσεις του πεπτικού συστήματος. Ο Erasmus Darwin – παππούς του Charles Darwin – επιχειρώντας μια ταξινόμηση των μέχρι τότε γνωστών ασθενειών, αναφέρθηκε στο θέμα της αυτόβουλης ασιτίας και κατέληξε στο πραγματικά εντυπωσιακό για την εποχή του συμπέρασμα ότι ορισμένες νεαρές γυναίκες νηστεύουν διότι θεωρούν ότι είναι υπέρβαρες, με τίμημα την απώλεια της υγείας και της ομορφιάς τους (Vandereycken & van Deth, 1997).

Κλασική παραμένει η εκτενής καταγραφή των συμπτωμάτων ενός νεαρού κοριτσιού και ενός νεαρού αγοριού από τον άγγλο γιατρό Morton το 1695 στο έργο του “Physiologia : A Treatise on Consumption”. Σύμφωνα με τον Morton η κατάσταση αυτή αποτελούσε ένα είδος νευρικής φθίσης και συνοδευόταν από γενική αδράνεια και έλλειψη διάθεσης για ζωή.

Στο ψυχολογικό πλαίσιο ανάπτυξης της άρνησης τροφής, αναφέρθηκε στις αρχές του 1800, ο καθηγητής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Ρώμης, Baglini . Η ατυχία στον έρωτα ή η διαμάχη με την οικογένεια ήταν παράγοντες που ωθούσαν κάποιες νεαρές γυναίκες να αρνούνται την πρόσληψη τροφής.

Το φαινόμενο της αυτόβουλης ασιτίας, ως την επίσημη ονομασία του από τους γιατρούς Charles Laseque (Laseque, 1873) και William Gull (Gull, 1888), στο τελευταίο τέταρτο του 19^{ου} αιώνα, αποκαλέστηκε μεταξύ άλλων: anorexia epileptica, hysteric aepsia, sitophobia (φόβος σίτισης) (Van Deth & Vandereyken, 2000), anorexia hysteric. Σήμερα εικάζεται, ότι η αποκαλούμενη χλώρωση (chlorosis) ή ‘πράσινη ασθένεια’ που περιλάμβανε συμπτώματα καχεξίας, άρνησης τροφής και αμηνόρροιας, αποτελούσε περιγραφή κάποιας πρώιμης μορφής ανορεξίας (Bemporad, 1996).

Κατά τον 19^ο αιώνα δίνονταν διαγνώσεις χλωροανορεξίας (chloroanorexia) και σιτοφοβίας σε ασθενείς με άρνηση σίτισης. Η χλωροανορεξία είχε συμπτώματα μελαγχολίας, απόσυρσης και αμηνόρροιας και θεωρείτο ασθένεια νεαρών γυναικών των ανώτερων τάξεων. Αντίθετα, η σιτοφοβία θεωρήθηκε ασθένεια των τροφίμων ασύλων και τελικά αναγνωρίστηκε ως συνοδός κατάσταση της πρωτεύουσας ψυχικής πάθησης (Brumberg, 1988).

Η σύγχρονη ιστορία της ψυχογενούς ανορεξίας ξεκινά από την καταγραφή του φαινομένου το 1873 από τον γάλλο γιατρό Charles Laseque στο βιβλίο του “L’anorexie Hysterique”. Σύμφωνα με τον Laseque, το σύνδρομο εμφανίζεται σε νεαρά κορίτσια 15-20 χρονών και εξελίσσεται σε τρία στάδια τα οποία αντιστοιχούν σχεδόν πλήρως στη σύγχρονη κλινική περιγραφή του συνδρόμου. Ο Laseque αναγνώριζε ότι το φαινόμενο είχε ψυχολογική αιτιολογική βάση, αποτελούσε αυτόνομη διαταραχή και όχι σύμπτωμα υστερίας και πιθανόν σχετιζόταν με τις οικογενειακές σχέσεις. Την

ίδια ακριβώς περίοδο ο άγγλος ομόλογός του William Gull, έδινε διαλέξεις πάνω στο ίδιο θέμα, εστιάζοντας στις βιο-ιατρικές παραμέτρους του προβλήματος.

Οι Lasque και Gull θεωρούνται ‘πατέρες’ της σύγχρονης ονοματολογίας της ψυχογενούς ανορεξίας και της καταχώρησης της ως αυτοτελούς νοσολογικής κατηγορίας ανεξάρτητης από την άλλη ‘γυναικεία’ νόσο της εποχής, την υστερία.

Οι ιατρικές καταγραφές περιπτώσεων αυτόβουλης ασιτίας, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, παρουσιάζουν ταυτόσημη κλινική εικόνα με τη σύγχρονη ψυχογενή ανορεξία. Χαρακτηριστική είναι η καταγραφή της περίπτωσης ενός νεαρού κοριτσιού που σταμάτησε να τρώει, παρουσίασε αμηνόρροια και παρότι εξαντλημένη έκανε μεγάλους περιπάτους σε καθημερινή βάση (Bemporad, 1996).

Την ίδια περίοδο, ένα γνωστό ιστορικό πρόσωπο, η αυτοκράτειρα της Αυστρίας Ελισάβετ, γνωστή ως ‘Σίσι’, επιδιόταν σύμφωνα με τα πρακτικά των γιατρών της, σε αυστηρότατη δίαιτα, υπερβολική άσκηση και καθαρτικές πρακτικές, για να διατηρήσει χαμηλό σωματικό βάρος (Vandereycken & Van Deth, 1996). Στη μονογραφία τους, “The Anorexic Empress : Elizabeth of Austria”, οι Vandereycken και Van Deth, αναφέρουν ότι η Αυτοκράτειρα Ελισάβετ συνήθιζε να φορά εξαιρετικά σφιχτούς κορσέδες ενώ φοβόταν μήπως διατηρήσει το βάρος που έπαιρνε στις εγκυμοσύνες της. Μετά το θάνατο της κόρης της Σοφίας, το 1857, ξεκίνησε ‘θεραπείες νηστείας’ και έντονη σωματική άσκηση, ενώ η ψυχική της υγεία δοκιμάστηκε από συνεχείς νευρικούς κλονισμούς και φάσεις μελαγχολίας. Ο συνδυασμός της σωματικής αδυναμίας με την ψυχική κατάπτωση και η αναζωπύρωση ενός παλαιότερου πνευμονολογικού προβλήματος είχαν δημιουργήσει έντονους φόβους στους γιατρούς της και τους οικείους της για τη ζωή της. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, η ανορεξική της συμπεριφορά – συνδυασμένη με βουλιμικά επεισόδια – όπως και ο μεγάλος φόβος των γηρατειών και της απώλειας της ομορφιάς, ταλάνιζαν την αυτοκράτειρα μέχρι τη δολοφονία της στη Γενεύη, το 1898.

Η ‘ανακάλυψη’ του προβλήματος της ανορεξίας από τον ιατρικό κόσμο τις τελευταίες δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα, συνέπεσε με το φαινόμενο των “νηστευόντων κορασίδων” (fasting girls) (Bell, 1989). Το φαινόμενο αυτό γνώρισε μεγάλη έξαρση στη Βρετανία και τις ΗΠΑ, σε νεαρά κορίτσια, από αγροτικές και απομονωμένες περιοχές. Τα κορίτσια αυτά αρνούσαν συστηματικά την τροφή για λόγους ημιθησκευτικών ή μυστηριακών και σύμφωνα με τη λαϊκή δοξασία επιβίωναν ως εκ θαύματος. Εκ των υστέρων αποδείχθηκε ότι επρόκειτο κυρίως για περιπτώσεις απάτης και χρηματικής εκμετάλλευσης των εύπιστων. Τα κρούσματα αυτά δεν μπορούν να χαρακτηριστούν περιπτώσεις ανορεξίας (Bemporad, 1996) ωστόσο παρουσιάζουν ενδιαφέρον γιατί έγιναν αντικείμενο μίμησης και πήραν μεγάλη έκταση. Ο ιατρικός κόσμος χαρακτήρισε το φαινόμενο συλλογική υστερία και το απέδωσε – όπως συνέβαινε συχνά και σε περιπτώσεις ανορεξίας – στις ψυχοσωματικές αλλοιώσεις που προκαλεί στα νεαρά κορίτσια η έναρξη των εμμηνών (O’Halloran, 1993).

Μια ειδοποιός διαφορά στην ερμηνεία και αντιμετώπιση της ανορεξίας, από την αρχή σχεδόν του 20^{ου} αιώνα, ήταν ότι καθιερώθηκε ως ψυχοσωματική νόσος. Παλαιότερα ο Morton και πολύ αργότερα οι Gull και Lasague είχαν εκδηλώσει υποψίες ότι επρόκειτο για νόσο με ψυχολογική βάση που επηρεάζεται από τις οικογενειακές σχέσεις. Εντούτοις μόνο η εξέλιξη της ψυχιατρικής, η επίδραση των φροϋδικών ιδεών και η ανάπτυξη της έρευνας στις πρώτες δεκαετίες του 1900, επέτρεψε την εμπειρική επιβεβαίωση αυτών των εικασιών (Minuchin, 1978). Ο Freud έγραφε για την ανορεξία ότι πρόκειται για ένα είδος μελαγχολίας που αναπτύσσεται όταν η σεξουαλικότητα είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένη (Freud, 1931). Ωστόσο, υπήρχαν και αντίθετες φωνές που

υποστήριζαν την οργανική βάση του συνδρόμου, όπως ο Simmonds στη Γερμανία, ο οποίος θεωρούσε την ανορεξία αποτέλεσμα καχεξίας της υπόφυσης (Simmonds, 1916). Ωστόσο μετά την απόρριψη της υπόθεσης του Simmonds από τους Sheehan & Summer το 1948, η ανορεξία θεωρήθηκε, κυριότερα, από τους ψυχαναλυτικούς, ως ψυχολογική διαταραχή χωρίς οργανική βάση. Αυτό ανατρέπεται, με την έναρξη από το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, βιογενετικών ερευνών (Bemporad, 1996).

Επιδημιολογικά στοιχεία για την έκταση του προβλήματος δεν υπάρχουν σε οργανωμένη βάση προ του τελευταίου μισού του 20^{ου} αιώνα. Ωστόσο υπάρχουν στοιχεία ότι τα κρούσματα ανορεξίας σημείωσαν αύξηση τις δυο πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, εξαιρουμένης της περιόδου του Α΄ Παγκοσμίου πολέμου, όπου παρουσιάστηκε μείωση των περιστατικών. Η αύξηση των περιστατικών ανορεξίας κατά την περίοδο μέχρι τον Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο έχουν συσχετιστεί με την ταύτιση του εύρωστου γυναικείου σώματος με τα χαμηλά κοινωνικά-στρώματα ή τις ευρωπαϊκές μετανάστριες που κατέφυγαν στις προπολεμικές ΗΠΑ. Αντίθετα, το αδύνατο σώμα δήλωνε οικονομική ευμάρεια, κομψότητα και κοσμικότητα. Από εκείνη την περίοδο άλλωστε χρονολογείται η γνωστή ρήση της Δούκισσας του Windsor, “ A woman can never be too thin or too rich”, η οποία αποκλείοντας την ύπαρξη ορίων στο βαθμό λεπτότητας του σώματος μιας γυναίκας ή στην έκταση του πλούτου της αντανάκλούσε την αντίληψη της εποχής της, ότι η γυναικεία ευτυχία ταυτίζεται με τη σωματική λεπτότητα και τον πλούτο και εφόσον δεν υπάρχουν όρια στα παραπάνω είναι συνεπώς είναι άπιαστη. Οι αλλαγές στα κοινωνικά ήθη, η είσοδος των γυναικών στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το σταδιακό άνοιγμα της αγοράς εργασίας στις γυναίκες και η άνοδος της διαφήμισης των προϊόντων ένδυσης και ομορφιάς προώθησαν πριν και μετά τον Α΄ Παγκόσμιο το μοντέλο του αδύνατου γυναικείου σώματος ως μοντέρνου και απελευθερωμένου από τα δεσμά του βικτοριανού παρελθόντος (O’ Halloran, 1993).

Η δραστική μείωση των περιστατικών ανορεξίας κατά τους δυο παγκόσμιους πολέμους και το οικονομικό κραχ του 1929, έχει αποδοθεί στην πάλη για επιβίωση και την σπανιότητα υλικών αγαθών (Gordon, 2000). Ωστόσο η ανάκαμψη των οικονομιών μεταπολεμικά έθεσε εκ νέου το εύρωστο γυναικείο σώμα εκτός μόδας. Παρότι το λυμφατικό, γωνιώδες σώμα της προπολεμικής ‘flapper’ δεν επανήλθε ως πρότυπο ομορφιάς μέχρι το 1960, ωστόσο τα γυναικεία περιοδικά ξεκίνησαν μεταπολεμικά να δημοσιεύουν δίαιτες απώλειας βάρους, η παχυσαρκία να στηλιτεύεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το γυναικείο σώμα να συμπιέζεται με κορσέδες (Brumberg, 1988).

Σε αυτή την περίοδο της οικονομικής ευμάρειας παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων ψυχογενούς ανορεξίας μετά την σχεδόν μηδενική έκταση του προβλήματος στα χρόνια του τελευταίου πολέμου.

Η επάνοδος, του εξαιρετικά αδύνατου σώματος ως ιδεατού μοντέλου ομορφιάς κατά τη δεκαετία του 1960, σε συνάρτηση με την επέκταση και αύξηση της επιρροής της διαφήμισης και του κόσμου της μόδας ιδιαίτερα στις νεανικές ηλικίες, συσχετίστηκε, όπως θα δούμε σε επόμενα κεφάλαια, με την κατακόρυφη αύξηση της ψυχογενούς ανορεξίας και άλλων διατροφικών διαταραχών τα τελευταία σαράντα χρόνια.

Γ. Προϊστορία και ιστορία της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Η λέξη βουλιμία προέρχεται από την ελληνική γλώσσα. Κατά λέξη σημαίνει 'όρεξη σαν του ταύρου'. Παρότι η καθιέρωση της ονομασίας και η νοσολογική κατηγοριοποίηση του φαινομένου στη σύγχρονη εποχή οφείλεται στον Russell, που προχώρησε στη θέσπιση αναγνωριστικών κριτηρίων στο τέλος της δεκαετίας του 1970, (Russell, 1977), ωστόσο υπάρχουν σποραδικές ιστορικές αναφορές σε βουλιμικά συμπτώματα τουλάχιστον μισό αιώνα πριν τις παρατηρήσεις του (Casper, 1983). Κατά τον Μεσοπόλεμο καταγράφηκαν περιπτώσεις κυρίως κοσμικών γυναικών – επονομαζόμενων flappers – οι οποίες για να διατηρήσουν την εξαιρετικά αδύνατη σιλουέτα που απαιτούσε η μόδα της εποχής κατέφευγαν σε καθαρτικές μεθόδους όπως εμετούς, κλύσματα και υπερβολικό κάπνισμα εναλλακτικά ή ταυτόχρονα με εξαιρετικά απαιτητικές δίαιτες (O' Halloran, 1993).

Ο Russell κατέληξε στα συμπεράσματα του παρατηρώντας μια ομάδα πρώην ανορεξικών και πρώτος διαμόρφωσε τα κριτήρια για την διάγνωση της βουλιμίας. Τα κριτήρια που θέσπισε ο Russell επιβεβαιώθηκαν από την ακόλουθη έρευνα και αποτέλεσαν τη βάση των διαγνωστικών κριτηρίων που αργότερα περιλήφθηκαν στο DSM III.

Περιγραφές συμβατές με την σύγχρονη εικόνα της βουλιμίας – υπερβολικό φαγητό που συνοδεύεται από εμετούς – συναντώνται ακόμη και σε ρωμαϊκά κείμενα του 2^{ου} και του 4^{ου} αιώνα μ.Χ. Λέγεται ότι οι Ρωμαίοι συμποσιαστές συνήθιζαν να γαργαλούν το λαιμό τους με φτερά ώστε να προκαλέσουν εμετό ώστε κατόπιν, με ελαφρότερο στομάχι, να επιστρέψουν στο συμπόσιο και να συνεχίσουν να τρώνε και να πίνουν (Blinder & Chao, 1994). Ωστόσο η συνήθεια αυτή ήταν απόλυτα συμβατή με τα ήθη της εποχής και αποσκοπούσε στην απρόσκοπτη συμμετοχή του συμποσιαστή στη ηδονή της κατανάλωσης ενός μεγάλου φάσματος εδεσμάτων και όχι στον έλεγχο του σωματικού του βάρους.

Ο έλληνας ιατρός του 2^{ου} μ.Χ. αιώνα, Γαληνός, επιχειρώντας να αιτιολογήσει την ανάγκη κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής, από κάποιους ανθρώπους, αναφέρθηκε στην παρουσία κάποιου στομαχικού οξέως που δημιουργεί την ψευδαίσθηση ακόρεστης πείνας. Στο εβραϊκό Ταλμούδ αναφέρεται επίσης σε ένα είδος ακόρεστης πείνας που επηρεάζει την κρίση και ονομάζεται «boalmut» (Blinder & Chao, 1994). Αναφορές σε συνεχή ακόρεστη πείνα ή σε έντονα επεισόδια ακατάσχετης πείνας που συμβαίνει σε τακτά διαστήματα έχουν γίνει από βυζαντινούς γιατρούς και γιατρούς του μεσαίωνα και της αναγέννησης (Ziolko, 1996). Ωστόσο, οι περιγραφές αυτές, εκλιπόντων των στοιχείων κάθαρσης, ανακαλούν στη σκέψη την σύγχρονη υπερφαγία παρά την βουλιμία.

Ένας άλλος όρος για την περιγραφή της κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής και της αποβολής τους με εμετό ήταν, στο παρελθόν, η κυνορεξία (cynogexia) – κυριολεκτικά 'όρεξη σαν του σκύλου'. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε από τον Leon κατά τον 9^ο αιώνα μ.Χ., αλλά και τον Αβικένα. Σε χρήση η ονομασία αυτή διατηρήθηκε μέχρι την Αναγέννηση και τον Διαφωτισμό. Συγκεκριμένα ο γιατρός Hufeland διέκρινε το 1736, μεταξύ της βουλιμίας η οποία δεν περιλάμβανε αποβολή της τροφής, (όπως στη σύγχρονη εκδοχή της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας), και της κυνορεξίας η οποία προσομοίαζε στη σύγχρονη περιγραφή του βουλιμικού κύκλου που περιλαμβάνει υπερφαγική και καθαρτική φάση (Habermas, 1989).

Ωστόσο κοινό χαρακτηριστικό των αναφορών στη βουλιμία μέχρι τον 20^ο αιώνα, ήταν η περιγραφική και συμπτωματική μορφή τους. Αυτό οφείλονταν εν μέρει στην ιατρική ιδιότητα των περιγραφόντων που υπαγόρευε την καταγραφή συμπτωμάτων και όχι την ευρύτερη αναζήτηση αιτίων για αυτά. Σαν αποτέλεσμα είναι αδιευκρίνιστη η σχέση της βουλιμικής κάθαρσης με την ανάγκη ελέγχου του σωματικού βάρους πριν από τον 20^ο αιώνα όπως και η σχέση της βουλιμίας με ψυχολογικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Λέγεται ότι η πρώτη αναφορά στη βουλιμία στην αγγλική γλώσσα έγινε στη μετάφραση κειμένου του Glanville του 13^{ου} αιώνα, ενώ στο τέλος του 18^{ου} συμπεριλαμβάνεται αντίστοιχο λήμμα στη Βρετανική Εγκυκλοπαίδεια αφού έχει προηγηθεί μελέτη του Motherby, ο οποίος διέκρινε τρεις τύπους βουλιμίας: βουλιμία λόγω πείνας, βουλιμία που περιλαμβάνει ζάλη και απώλεια αισθήσεων και βουλιμία που ακολουθείται από εμετό (Motherby, 1785).

Κατά τον 19^ο αιώνα οι Gull και Laseque αναφέρθηκαν σε βουλιμικά συμπτώματα σε ανορεξικούς ασθενείς.

Όσον αφορά στην αιτιολόγηση του φαινομένου, από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα μέχρι τη δεκαετία του 1940, τα βουλιμικά συμπτώματα γίνονταν αντιληπτά ως ενδείξεις νευρώσεων και λιβιδινικής καταπίεσης, απότοκα εγκατάλειψης ή μέρος του στοματικού συμπλέγματος. Ο Janet, αναφέρει, το 1908 την υπερφαγία ως σύμπτωμα ασθενούς του η οποία λόγω παχυσαρκίας στερούνταν φαγητά πλούσια σε θερμίδες ενώ ο ψυχαναλυτής Moche Wulff έγραφε, το 1932, ότι οι βουλιμικοί αντλούν «καθαρή ερωτική στοματική απόλαυση» από την υπερφαγία, ενώ η κατάστασή τους όπως στην μελαγχολία και την εξάρτηση πηγάζει από μια «ναρκισσιστική προσβολή» μετά από απώλεια (αναφορές στο άρθρο των Blinder & Chao, 1994).

Ωστόσο, προ της δεκαετίας του 1940 δεν υπήρξαν εμπειρικές παρατηρήσεις της διαταραχής και οι περιπτώσεις υπερφαγίας ή εμετού που καταγράφηκαν αφορούσαν κυρίως σε ανορεξικούς ασθενείς (Habermas, 1989). Ένα τέτοιο παράδειγμα, αποτελεί η καταγραφή 14 περιπτώσεων βουλιμίας το 1950, από τον Nemiah (Nemiah, 1950). Ουσιαστικά επρόκειτο για ανορεξικούς ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης οι οποίες παρουσίαζαν υπερφαγική τάση, κατέφευγαν σε εμετούς και έκαναν χρήση καθαρτικών.

Η στενή συνάρτηση ανορεξίας και βουλιμίας, για κάποιους ειδικούς συνεχίστηκε να υφίσταται μέχρι τη δεκαετία του 1970. Στις μονογραφίες τους η βουλιμία αναφερόταν ως ανορεξικό σύμπτωμα (Blinder & Chao, 1994).

Οι Beumond και συν (1995) υποστηρίζουν ότι η βουλιμία, ως διαφορετική διάγνωση, αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1979 από τον Russell (Russell, 1997). Βαθμιαία, η διάκριση της βουλιμίας ως αυτόνομης νοσολογικής κατηγορίας είχε σημαντική επίδραση στη θεραπεία και στην ανάπτυξη της έρευνας σχετικά με την αιτιολογία του φαινομένου.

Δ. Ιστορία της Διαταραχής Επεισοδίων Υπερφαγίας

Το σύνδρομο της υπερφαγίας διαγνώστηκε από τον Stunkard στα τέλη της δεκαετίας του '50 (Stunkard, 1959). Ορισμένοι υπέρβαροι ασθενείς του ανέφεραν κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής κυρίως κατά τις βραδινές ώρες με παράλληλη έλλειψη ελέγχου κατά τα επεισόδια αυτά. Ο Stunkard, κατέγραψε περιοδικότητα στα επεισόδια αυτά και απουσία μεθόδων κάθαρσης. Τα δεδομένα αυτά τον οδήγησαν στην αντίληψη ότι πρόκειται για σύνδρομο διατροφικής διαταραχής και όχι για μια απλή τάση υπέρβαρων ατόμων να καταναλώνουν πολύ φαγητό. Συγχρόνως η απουσία κάθαρσης διαχώρισε το σύνδρομο από τη βουλιμία.

Ωστόσο δεν υπάρχουν καταγραμμένες περιπτώσεις υπερφαγίας πριν από το '50. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στη μεγαλύτερη δυσκολία διάγνωσης του υπερφαγικού ασθενή και στη λιγότερο δραματική εικόνα του σε σύγκριση με τις άλλες διατροφικές διαταραχές, παρά στην απουσία του συνδρόμου.

II: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

A. Ψυχογενής Ανορεξία

1. Η ψυχοφυσιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Σύμφωνα με το τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-10) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το βάρος του σώματος στην ψυχογενή ανορεξία, διατηρείται τουλάχιστον 15% χαμηλότερο από το αναμενόμενο ή στους ενήλικους, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ) βρίσκεται κάτω από τα 17,5 χγρ/μ². Συχνά οι προέφηβοι και οι έφηβοι δεν εμφανίζουν δραματική απώλεια βάρους αλλά αποτυγχάνουν να προσλάβουν βάρος.

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία αρνούνται να τραφούν, μετρούν τις θερμίδες και μπορεί να προσλαμβάνουν μόνο 200-300 θερμίδες ημερησίως. Ενδέχεται να ασκούνται έντονα και να ακολουθούν περίπλοκες ιεροτελεστίες την ώρα του φαγητού. Οι ιεροτελεστίες αυτές, βοηθούν το ανορεξικό άτομο να κρυφτεί όταν χρειαστεί να φάει δημόσια (π.χ. τεμαχίζοντας την τροφή σε πολύ μικρά κομμάτια) ή για να ξεγελάσει την πείνα του στα αρχικά στάδια του συνδρόμου. Πολλά από τα τεχνάσματα που χρησιμοποιούν οι ανορεξικοί, ώστε να καταναλώσουν ελάχιστη τροφή με χαμηλή θερμιδική περιεκτικότητα, προωθούνται και από τα νεανικά περιοδικά π.χ. κατάτμηση της τροφής σε πολλά κομμάτια, κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων νερού ή διαιτητικών ανθρακούχων αναψυκτικών (Cusumano και συν, 1997).

Η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος αποτελεί κριτήριο διάγνωσης της ανορεξίας. Το ανορεξικό άτομο δεν καταγράφει την ακριβή εικόνα του σώματος του με αποτέλεσμα να το 'βλέπει' παχύ, στο σύνολο του ή σε μεμονωμένα σημεία (γλουτούς, μηρούς, κοιλιά). Η εικόνα που έχει για το βάρος ή/και το σχήμα του σώματος του συχνά απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Έχουν αναφερθεί ομοιότητες μεταξύ της διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος και της δυσμορφικής διαταραχή σώματος. Η δυσμορφική διαταραχή σώματος, αν και θεωρείται ανεξάρτητη ψυχοπαθολογικό πρόβλημα, ενδέχεται να προδιαθέτει στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Grant και συν, 2002; Ruffolo και συν, 2006). Οι Fairburn, Cooper και συν (1999), διαχώρισαν την έλλειψη ικανοποίησης με το σχήμα του σώματος, η οποία μπορεί να μην βιώνεται από άτομα με διατροφικές διαταραχές ή να προϋπάρχει του διατροφικού προβλήματος από την υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, που χαρακτηρίζει τους ανορεξικούς και τους βουλιμικούς.

Η διάκριση μεταξύ του περιοριστικού και του καθαρτικού τύπου ανορεξίας, αφορά στον τρόπο που τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία διαχειρίζονται την διαδικασία μείωσης του βάρους και διατήρησής του σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Στον περιοριστικό τύπο ανορεξίας, το άτομο περιορίζει την ποσότητα και την θερμιδική περιεκτικότητα της τροφής. Στον καθαρτικό τύπο, το άτομο ακολουθεί καθαρτικές πρακτικές μετά την κατανάλωση τροφής, όπως: αυτόκλητους εμετούς, χρήση καθαρτικών/ διουρητικών, κλυσμάτων κ.α. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα άτομα με ανορεξία μπορεί να επιδίδονται σε υπερφαγία προ της κάθαρσης.

Οι δυο ανορεξικοί τύποι διαφέρουν στον τρόπο αντίληψης του προβλήματος, στην συγγενή ψυχοπαθολογία και στην πρόγνωση. Τα άτομα με καθαρτικό τύπο ψυχογενούς ανορεξίας έχουν

καλύτερη αντίληψη του προβλήματος διατροφής ή άλλων διαπροσωπικών προβλημάτων, χειρότερη πρόγνωση και χρονιότητα του διατροφικού προβλήματος, σε σύγκριση με τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου. Ωστόσο, τα άτομα με τον περιοριστικό τύπο της διαταραχής ενδέχεται να δυσκολεύονται περισσότερο να παραδεχθούν το πρόβλημα λόγω της κοινωνικής αποδοχής της αυστηρής δίαιτας.

Γενικότερα, η ψυχογενής ανορεξία συχνά συνυπάρχει με αγχώδεις, ιδεοληπτικές και καταθλιπτικές συνδρομές και διαταραχές προσωπικότητας και συχνά συνοδεύεται από παρορμητική συμπεριφορά (Schmidt και συν, 2008; Keel και συν, 2005; Wonderlich και συν, 2005; Jordan και συν, 2007; Klump και συν, 2000). Ωστόσο χρειάζεται να ερευνηθούν περαιτέρω οι συγκεκριμένοι τύποι συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας στις κλινικές και υποκλινικές μορφές της ανορεξίας. Δεδομένου ότι η ανορεξία αποτελεί ένα φάσμα συμπτωμάτων απαιτείται πιο εξειδικευμένη διερεύνηση (Jordan και συν, 2007).

Η διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία αλλά δεν αποκλείεται να εμφανιστεί και σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ηλικίες (Lai και συν, 2006; Mazzeo και συν, 2006). Συνήθως ο χρόνος εμφάνισης κυμαίνεται μεταξύ 12-45 ετών, ενώ περιστατικά όπως π.χ. η εγκυμοσύνη ή η εμμηνόπαυση ενδέχεται να σηματοδοτήσουν την έναρξη ή την επανεμφάνιση του προβλήματος. Έχει βρεθεί ότι το ιστορικό κατάχρησης ουσιών αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης της διαταραχής (Thompson – Brenner και συν, 2007)

Όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που χαρακτηρίζει την ανορεξία, προσομοιάζει και σε μια άλλη διαταραχή η οποία επίσης περιγράφεται στο DSM IV : την δυσμορφική διαταραχή σώματος. Η διαταραχή αυτή περιγράφεται ως μέρος του φάσματος των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών και περιλαμβάνει διάφορα μέρη του σώματος και όχι μόνον αυτά που σχετίζονται με το βάρος του σώματος (γλουτοί, μηροί κ.α.). Τα άτομα με δυσμορφική διαταραχή συχνά καταφεύγουν στην πλαστική χειρουργική για να αλλάξουν το σχήμα της μύτης τους, των αυτιών τους κ.λ.π. (Thompson, 1998). Η διαταραχή αυτή έχει ίση επικράτηση στα δυο φύλα και μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα έντονης κατάθλιψης και άγχους, αποφευκτική και αυτοκτονική συμπεριφορά (όπως παραπάνω). Όταν παρατηρείται εμμονή του ατόμου με δυσμορφική διαταραχή στα μέρη του σώματος που σχετίζονται με το βάρος είναι σκόπιμο να εξετάζεται η πιθανότητα συνυπάρχουσας διατροφικής διαταραχής. Χωρίς να υπάρχουν καταληκτικά συμπεράσματα, υποστηρίζεται ότι τα δυο σύνδρομα συχνά συνυπάρχουν (Barry & Grilo, 2002).

2. Οργανικές Βλάβες

Η μακρόχρονη αστία δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία του οργανισμού που πολλές φορές αποβαίνουν μοιραία. Συγκεκριμένα εμφανίζεται μυϊκή ατροφία με αποτέλεσμα να επηρεάζονται οι μύες της καρδιάς και να δημιουργούνται αρρυθμίες και άλλα καρδιακά προβλήματα. Επίσης το δέρμα γίνεται εξαιρετικά στεγνό και εύθραυστο ενώ αυξάνεται η τριχοφυΐα στο πρόσωπο και το σώμα. Η μακρόχρονη αμηνόρροια μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα οστεοπόρωσης σε νεαρή ηλικία ενώ αυξάνει την πιθανότητα καταγμάτων σε μεγαλύτερη ηλικία (Lucas και συν, 1999). Η μακρόχρονη αμηνόρροια αυξάνει επίσης την πιθανότητα στειρότητας και καρκίνου της μήτρας.

Τα ενδοκρινικά και μεταβολικά προβλήματα που συνοδεύουν την ασιτία έχουν σοβαρά αποτελέσματα στην ανάπτυξη κατά την προεφηβεία και την εφηβεία, διότι παρεμποδίζουν την ομαλή έκκριση των ορμονών ανάπτυξης. Η νοσηρότητα των αποτελεσμάτων αυτών ποικίλει ανάλογα με την χρονιότητα της διατροφικής διαταραχής. Η αβιταμίνωση, λόγω της ασιτίας, είναι υπαίτια αναιμίας και σε κάποιες περιπτώσεις ασθενειών που συναντώνται σε πληθυσμούς που μαστίζονται από λιμό, όπως η πελλάγρα και το μπέρι – μπέρι.

Η ασιτία δημιουργεί αφυδάτωση και ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες, στα επίπεδα μετάλλων και ιχνοστοιχείων του οργανισμού. Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες στην καρδιά ή ακόμη και καρδιακή συμφόρηση. Ατονία, κατάθλιψη, οιδήματα, μείωση ούρων, μεταβολικά προβλήματα είναι ορισμένα από τα οργανικά και συναισθηματικά προβλήματα που οφείλονται στην ανισορροπία των ηλεκτρολυτών και την αφυδάτωση. Όλα τα συστήματα του οργανισμού (καρδιά, νεφροί, νεύρα και μύες) επηρεάζονται και υπολειπονται. Η χρόνια αφυδάτωση και αθρεψία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρότατα νεφρικά και ηπατικά προβλήματα που πολλές φορές οδηγούν μέχρι και τον θάνατο. Το μεταβολικό σύστημα των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία, οι αναπνευστικές λειτουργίες, η χώνεψη, ο σφυγμός και η πίεση του αίματος επηρεάζονται σοβαρά από την ελλιπή διατροφή. Συχνά παρατηρούνται ουροποιητικά προβλήματα και μολύνσεις των ουροφόρων οδών, προβλήματα στα έντερα λόγω δυσκοιλιότητας και προβλήματα στην χοληδόχο κύστη (Winston, 2000).

Σε επίπεδο νευρικού συστήματος και λειτουργίας του εγκεφάλου, σε ανορεξικά άτομα έχει παρατηρηθεί συρρίκνωση της μάζας του εγκεφάλου και δυσκολίες σε επίπεδο συγκέντρωσης και νοητικών διαδικασιών. Λέγεται ότι η ασιτία επηρεάζει επίσης το πεπτικό του εγκεφάλου υπεύθυνο για τη γαστρική εκκένωση υγρών και στερεών τροφών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δίνεται ψευδές σήμα 'πληρότητας' στον εγκέφαλο (Robinson & McHugh, 1995), να υποκινείται μεγαλύτερη προσπάθεια απώλειας βάρους και να αυξάνουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που σχετίζονται με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

3. Πρόγνωση και Επίπεδα Θνησιμότητας

Η πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά από ορισμένους παράγοντες. Παράγοντες όπως η σύντομη διάρκεια των συμπτωμάτων προ της θεραπείας, το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, η μικρότερη ηλικία κατά την έναρξη και η υστερική προσωπικότητα σε χαρακτηριστικό επίπεδο, επηρεάζουν θετικά την πρόγνωση. Αντίθετα, οι καθαρτικές συμπεριφορές (εμετοί, χρήση καθαρτικών κ.α.), τα βουλιμικά συμπτώματα, τα διατροφικά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία, η χρονιότητα της διαταραχής και η έναρξη της διαταραχής μετά την εφηβεία αυξάνουν την σοβαρότητα της κατάστασης και επισύρουν χειρότερη πρόγνωση. Η συνύπαρξη ιδεοψυχαναγκαστικής προσωπικότητας φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα χρονιότητας. Δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής καταληκτικά συμπεράσματα κατά πόσον η διάρκεια της νοσηλείας ή η μεγάλη απώλεια βάρους προ της έναρξης της θεραπείας επηρεάζουν αρνητικά την πρόγνωση.

Συχνά η ψυχογενής ανορεξία γίνεται χρόνια, με περιόδους ύφεσης που ακολουθούνται από περιόδους υποτροπής. Οι προσπάθειες να καθοριστούν δείκτες πρόγνωσης υποτροπών δεν ήταν επιτυχείς. Έχει βρεθεί ότι οι πρώτοι 6 ή 7 μήνες μετά από μερική ύφεση, είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι για υποτροπή. Οι τιμές υποτροπής 2.5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, κυμαίνονται

περίπου στο 32,6% (Richard και συν, 2005). Δωδεκαετής μελέτη 103 ανορεξικών ασθενών, αποκάλυψε ότι 27,5% των ασθενών είχε καλή κατάληξη, 25,3% μέτρια, 39,6% καλή, ενώ 7,7 % είχε αποβιώσει. Στην ίδια μελέτη το 52,6% δεν είχε μετά 12 χρόνια κάποια μείζονα διατροφική διαταραχή (Fichter και συν, 2005).

Η ανορεξία συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές ή χαρακτηρισμολογικές διαταραχές. Έχει βρεθεί ότι ένα 25% περίπου των ανορεξικών υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές του συναισθήματος. Άλλες κοινές διαγνώσεις περιλαμβάνουν διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Thompson – Brenner και συν, 2007), ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (Halmi και συν, 2000; Keel και συν, 2005; Wonderlich και συν, 2005; Godart και συν, 2006; Jordan και συν, 2007).

Ορισμένα σύνδρομα όπως η κατάθλιψη, η κυκλοθυμία ή οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε βιοχημικές ανισορροπίες που προκαλούνται από την ασιτία και να υποχωρήσουν μετά τη θεραπεία της διατροφικής διαταραχής. Ενδέχεται όμως, να προηγούνται της διατροφικής διαταραχής. Σε αυτή την περίπτωση αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης της διαταραχής και το βαθμό σοβαρότητας της (Anderlueh και συν, 2003).

Στατιστικά η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των διατροφικών διαταραχών, ενώ τα ερευνητικά ευρήματα συμφωνούν ότι πρόκειται για μια μείζονα ψυχική διαταραχή με μεγάλες πιθανότητες αρνητικής πρόγνωσης.

Το ποσοστό θανάτων από ανορεξία ανέρχεται περίπου στο 5% όλων των περιπτώσεων ανορεξίας (Steinhausen, 2002; Birmingham και συν, 2005). Ο θάνατος μπορεί να επέλθει λόγω βλαβών στο καρδιακό, νεφρικό ή ηπατικό σύστημα, αυτοκτονιών συνεπεία νοσηρών ψυχικών καταστάσεων που προέρχονται από την ασιτία, κατάχρησης ουσιών, ατυχημάτων λόγω περιορισμένης συγκέντρωσης κ.α. (Neumarker, 1998; Herzog και συν, 2000a).

B. Ψυχογενής Βουλιμία

1. Η ψυχοφυσιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας

Σε αντίθεση με τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία δεν παρουσιάζουν δραματική μείωση βάρους. Το 70% έχει φυσιολογικό βάρος σώματος, 15% είναι υπέρβαροι και 15% έχουν βάρος κάτω του φυσιολογικού (Fairburn & Cooper, 1984). Το φυσιολογικό σωματικό βάρος του ατόμου με βουλιμία αυξάνει την επικινδυνότητα του συνδρόμου. Η φυσιολογική εικόνα του βουλιμικού σε σχέση με τον ανορεξικό, λειτουργεί ως παγίδα μειώνοντας τη σπουδαιότητα του συνδρόμου στον παθόντα, το περιβάλλον του και το ευρύ κοινό. Ως αποτέλεσμα επιβραδύνεται η παροχή θεραπευτικής αρωγής στον βουλιμικό ασθενή.

Η βουλιμία χαρακτηρίζεται από έντονη και ανεξέλεγκτη ανάγκη κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα. Το υπερφαγικό επεισόδιο ακολουθείται από έντονες αντισταθμιστικές συμπεριφορές καθαρτικού τύπου (εμετούς, χρήση διουρητικών, καθαρτικών κ.α.) ή μη καθαρτικού τύπου (νηστεία ή/και υπερβολική άσκηση). Στόχος των αντισταθμιστικών συμπεριφορών είναι η αποφυγή πρόσληψης βάρους.

Τα υπερφαγικά επεισόδια στους βουλιμικούς ποικίλουν σε συχνότητα, ενώ μεταξύ των επεισοδίων η διατροφή τους συνήθως αποτελείται από τροφές χαμηλές σε θερμιδική αξία και λίπος. Σε πολλές περιπτώσεις μεταξύ των κρίσεων υπερφαγίας τα βουλιμικά άτομα μπορεί να επιδίδονται σε αυστηρές δίαιτες απώλειας βάρους. Τα υπερφαγικά επεισόδια αποτελούν μια από τις σταθερές του βουλιμικού φαύλου κύκλου. Συνοδεύονται από αίσθηση απώλειας ελέγχου και συναισθήματα ενοχής, άγχους και κατάθλιψης. Τα συναισθήματα αυτά εντείνονται με τη λήξη των επεισοδίων υπερφαγίας και ωθούν, με τη σειρά τους, σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Επιθυμία του ατόμου που προβαίνει σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές, είναι η απαλλαγή από τα αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο ο κύκλος επαναλαμβάνεται. Τα συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απομόνωσης και εξάρτησης που χαρακτηρίζουν την συναισθηματική δομή των βουλιμικών ωθούν στο επόμενο υπερφαγικό επεισόδιο (Waller, 2002) και στις συνακόλουθες αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Έχει υποστηριχτεί ότι η βουλιμική ανάγκη για τροφή (food craving), που συνήθως προηγείται του υπερφαγικού επεισοδίου, μπορεί να οφείλεται σε υψηλότερη του συνήθους ουδό ικανοποίησης του αισθήματος πείνας. Το αποτέλεσμα είναι το άτομο να παγιδεύεται σε έναν κύκλο που καταλήγει στην υπερκατανάλωση τροφής. Οι Gendall και συν (1998) ανακάλυψαν ότι τα άτομα που κατέφευγαν στην υπερφαγία, συνεπεία της έντονης ανάγκης για φαγητό, παρουσίαζαν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Είχαν αρκετά μεγάλο δείκτη μάζας σώματος, διάγνωση βουλιμίας, ιστορικό περιοριστικής διαιτητικής συμπεριφοράς και χαμηλότερα επίπεδα αυτοδιαχείρισης. Επίσης είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άλλων μορφών ψυχοπαθολογίας και ιστορικό ελλιπούς γονικής φροντίδας κατά την παιδική ηλικία.

Σε φαινομενολογικό επίπεδο, οι βουλιμικοί εμφανίζουν παρορμητικά και μεθοριακά στοιχεία τη γνώμη των άλλων και μεθοριακά στοιχεία προσωπικότητας (Bulic και συν, 1994; Anestis και συν, 2008; Zanarini και συν, 2009). Έχει αναφερθεί συσχέτιση μεταξύ της βουλιμίας και καταχρηστικών συμπεριφορών σε ενηλίκους και εφήβους (Dansky και συν, 2000; Pisetsky και συν, 2008; Herpertz-Dahlmann, 2009) καθώς και αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας και των αυτοκτονικών ιδεασμών σε αυτές τις περιπτώσεις (Milos και συν, 2004). Η Pisetsky βρήκε ήπια χρήση ουσιών μεταξύ εφήβων κοριτσιών με διατροφικά προβλήματα και χρήση 'σκληρών' ουσιών μεταξύ των αγοριών (Pisetsky και συν, 2008). Έρευνα των Kaltiana – Heini και συν (2003) σε έφηβους και των δυο φύλων, έδειξε ότι οι έφηβοι με βουλιμική συμπτωματολογία είχαν υψηλότερες τιμές από τους συνομηλίκους τους σε σειρά παραμέτρων. Αυτές περιλάμβαναν, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, συχνές και αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο, παρενόχληση των συμμαθητών (bullying), πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους κ.α.

Το 1986, οι Lacey και Evans, πρότειναν μια μορφή βουλιμίας που ονόμασαν πολύ – παρορμητική βουλιμία (multi – impulsive bulimia). Η μορφή αυτή συνδύαζε χαρακτηριστικά βουλιμικής και παρορμητικής συμπεριφοράς. Ακόλουθες έρευνες βρήκαν ότι ο συνδυασμός βουλιμίας και παρορμητικής συμπεριφοράς έχει χειρότερη πρόγνωση από τη βουλιμία χωρίς παρορμητική συμπεριφορά. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και υποτροπών (Bell & News, 2002), γενικότερης ψυχοπαθολογίας και τραυματικού ιστορικού (Myer Cook και συν, 2006).

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς κυρίως το υπερφαγικό στοιχείο της διαταραχής, είναι ο μεγαλύτερος δείκτης μάζας σώματος και η διαταραχή προσωπικότητας αποφευκτικού ή ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου (Picot & Lilienfeld, 2003).

Η βουλιμία εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβική ηλικία ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 24 χρόνια.

Περισσότερο έχει διερευνηθεί η ψυχογενής βουλιμία καθαρτικού τύπου λόγω των μεγάλων κινδύνων που ενέχει για την υγεία καθώς και της χειρότερης πρόγνωσης της. Οι βουλιμικοί μη καθαρτικού τύπου αναφέρονται στη βιβλιογραφία συνηθέστερα ως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, υπέρβαρα και με λιγότερα υπερφαγικά επεισόδια. Επίσης έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ των καθαρτικών συμπεριφορών, του ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης και αποπειρών αυτοκτονίας σε βουλιμικούς ασθενείς καθαρτικού τύπου (Nickel και συν, 2006).

Μεταξύ των βουλιμικών καθαρτικού τύπου και των ανορεξικών καθαρτικού τύπου όπως και μεταξύ των βουλιμικών μη καθαρτικού τύπου και ανορεξικών περιοριστικού τύπου υπάρχουν αρκετές ομοιότητες και αλληλοεπικάλυψη σε συμπεριφορικό επίπεδο. Επίσης παρατηρείται διάχυση ορίων μεταξύ των συνδρόμων. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των νυν βουλιμικών ατόμων υπήρξαν ανορεξικοί στο παρελθόν ή υπέρβαροι. Παλαιά έρευνα των Fairburn & Cooper (1984) ανέφερε ότι το ¼ του δείγματος βουλιμικών ασθενών είχαν προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας. Έχει υποστηριχθεί, επίσης, ότι οι δυο διαταραχές έχει κοινή αιτιολογία και κατά συνέπεια μπορούν να θεωρηθούν μια ενότητα. Ωστόσο, η προτεινόμενη 'δια – διαγνωστική' (transdiagnostic) θεωρία δεν έχει αποδειχθεί ερευνητικά (Birmingham και συν, 2008).

Κοινό ψυχολογικό χαρακτηριστικό των βουλιμικών και των ανορεξικών είναι η αξιολόγηση του εαυτού βάσει του βάρους και του σχήματος του σώματος και ο υπέρμετρος επηρεασμός από αυτές τις παραμέτρους. Μια άλλη ομοιότητα μεταξύ των ανορεξικών και βουλιμικών συνδρόμων είναι στην αρχική εκδήλωση του προβλήματος. Η αρχή των συνδρόμων μπορεί να εκδηλωθεί με εξαντλητική δίαιτα και απώλεια βάρους.

Γενικότερα η βουλιμική συμπτωματολογία ακόμη και αν δεν πληροί τα επίσημα κριτήρια σχετίζεται σε υψηλό βαθμό με ακραίες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους και ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Mond & Hay, 2009), αυτοκτονικές απόπειρες και αυτοτραυματισμούς (Nickel και συν, 2006; Machumoto και συν, 2005; Fedorowich και συν, 2007).

Οι ψυχογενής βουλιμία όπως και η ανορεξία μπορούσαν να αποκτήσουν χρονιότητα που χαρακτηρίζεται από κύκλους ύφεσης και υποτροπής. Έχει υπολογιστεί ότι 2.5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας 37,4% των βουλιμικών υποτροπιάζουν έναντι 32,6% των ανορεξικών (Richard και συν, 2005),

Για τους βουλιμικούς εφήβους υπάρχουν ανεπαρκή ερευνητικά δεδομένα (le Grange και συν, 2003). Φαίνεται να υφίσταται κάποια συνάρτηση μεταξύ πρώιμης σεξουαλικής κακοποίησης και υπερφαγικών ή/και καθαρτικών συμπεριφορών (Smolak & Murmen, 2002). Η βουλιμική συμπτωματολογία συχνά συνυπάρχει με προβλήματα συμπεριφοράς, μείζονα κατάθλιψη, αυτοτραυματισμούς, αυτοκτονικότητα και κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ (Devaud και συν, 1998; Fischer & le Grange, 2007).

2. Οργανικές Βλάβες

Η υπερφαγία και οι καθαρτικές συμπεριφορές ενδέχεται να επηρεάσουν σημαντικά την εύρυθμη λειτουργία του σώματος. Πολλές από τις παρενέργειες αυτές μπορεί να έχουν προσωρινό χαρακτήρα και να ατονήσουν κατόπιν της εξάλειψης των βουλιμικών συμπτωμάτων ενώ άλλες συνιστούν μόνιμες βλάβες.

Παρότι τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία έχουν βάρος σώματος φυσιολογικό ή/και άνω του φυσιολογικού, ο κυκλικός χαρακτήρας της διατροφικής συμπεριφοράς τους (υπερφαγία – κάθαρση ή νηστεία) δημιουργεί έντονες αυξομειώσεις στα επίπεδα βάρους και ενέργειας. Η πλούσια σε υδατάνθρακες δίαιτα που συνήθως ακολουθείται κατά τα υπερφαγικά επεισόδια αυξάνει τα επίπεδα ενέργειας ενώ οι καθαρτικές συμπεριφορές ή η νηστεία που ακολουθούν προκαλούν ατονία, κόπωση, ζαλάδες.

Τα αποτελέσματα των αντισταθμιστικών συμπεριφορών ιδιαίτερα των συχνών εμετών φαίνονται ιδιαίτερα στον οισοφάγο. Αυξάνονται οι πιθανότητες οισοφαγίτιδας και οισοφαγικής παλινδρόμησης αλλά και καρκίνου του οισοφάγου στις πιο σοβαρές περιπτώσεις. Οι συχνοί εμετοί δημιουργούν οίδημα των παρωτίδων (των λεμφαδένων κάτω από τα αυτιά) και καταστροφή των δοντιών. Οι παραμορφώσεις στους λεμφαδένες και η οδοντική φθορά μπορεί να είναι οι μόνες ενδείξεις για τους γιατρούς ότι κάποιο άτομο υποφέρει από χρόνια βουλιμία (Stoppler, 2008)

Όπως τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία, τα άτομα με βουλιμική συμπτωματολογία κινδυνεύουν από καρδιακές αρρυθμίες και καρδιακή προσβολή (Kreipe και συν, 1993). Οι απώλειες μετάλλων και ιχνοστοιχείων με τους επαναλαμβανόμενους εμετούς επηρεάζουν τις μυϊκές και νευρικές λειτουργίες. Η αβιταμίνωση που προκαλείται από τους εμετούς μπορεί να επιφέρει προσωρινή αμνηρόρροια προσωρινά ή μόνιμα μεταβολικά και ενδοκρινολογικά προβλήματα (Wallin van der Ster και συν, 1998).

3. Πρόγνωση και Επίπεδα Θνησιμότητας

Περίπου το ¼ των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Οι υπερβολικές κρίσεις υπερφαγίας ή/και καθαρτικών πρακτικών, οι δευτερογενείς λοιμώξεις, οι τάσεις αυτοκτονίας, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, η αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας, αποτελούν ορισμένες από τις αιτίες νοσηλείας.

Σε γενικές γραμμές οι οργανικές βλάβες που οφείλονται στη βουλιμική συμπτωματολογία είναι λιγότερο έντονες από αυτές που οφείλονται στην ανορεξία. Η θνησιμότητα είναι σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα στη βουλιμία σε σχέση με την ανορεξία. Οι πλέον κοινές αιτίες θανάτου που σχετίζονται με τη βουλιμία είναι η γαστρορραγία και τα καρδιολογικά προβλήματα.

Δεν γνωρίζουμε πολλά για την μακροπρόθεσμη πρόγνωση της διαταραχής. Τα υπάρχοντα ευρήματα συγκλίνουν προς μια ποικίλη εικόνα πρόγνωσης. Πολλές φορές η διαταραχή έχει χρόνιο χαρακτήρα αλλά δεν αποκλείεται και ο επεισοδιακός χαρακτήρας όταν ένα άτομο βιώνει κρίσεις ή έντονες αλλαγές. Έρευνα των Fichter & Quadflieg (2007) σε 196 γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει προ εξαετίας, θεραπεία για ψυχογενή βουλιμία καθαρτικού τύπου, βρήκαν ότι : 59,9% είχαν καλή πρόγνωση, 29,4% μεσαία πρόγνωση και 9,6% κακή πρόγνωση, ενώ δυο γυναίκες είχαν πεθάνει. Η συννοσηρότητα της βουλιμίας με άλλες συναισθηματικές διαταραχές ή αλκοολική διαταραχή αποτελεί κακή πρόγνωση για θεραπεία (Franko και συν, 2005).

Από τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία που ζητούν θεραπεία περίπου οι μισοί δείχνουν βελτίωση στις κρίσεις υπερφαγίας και στην καθαρτική συμπεριφορά. Έρευνα της COST Action σε 2000 άτομα με ανορεξία και βουλιμία σε 12 ευρωπαϊκές χώρες έδειξε 30%-40% επιτυχία μετά το τέλος της θεραπείας και ένα χρόνο μετά (Richard, 2005).

Όσον αφορά στην ανταπόκριση της διαταραχής στη θεραπεία, υπάρχουν ενδιαφέροντα ευρήματα. Η χρονιότητα της διαταραχής μπορεί να αποτελεί κίνητρο ανταπόκρισης στη θεραπεία

και η μεγαλύτερη συχνότητα υπερφαγικών κρίσεων να χρήζει περισσότερο εντατικής θεραπείας. Αντίθετα των προσδοκιών η άμεση θεραπευτική παρέμβαση με την εκδήλωση της διαταραχής δεν εγγυάται καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Reas και συν, 2001a).

Η διάρκεια της θεραπείας είναι σε ανάλογη σχέση με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μετά το πέρας της θεραπείας (Richard, 2005). Η άμεση θεραπευτική παραπομπή με την εκδήλωση της διαταραχής δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόγνωση της βουλιμικής διαταραχής (Reas και συν, 2001a).

Γ. Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας (binge eating)

1. Η ψυχοφυσιολογία της υπερφαγίας

Η διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας συμπεριλαμβάνεται στην τελευταία έκδοση του DSM, ως διερευνούμενη διαταραχή. Ωστόσο έχει βρεθεί ότι έχει τη μεγαλύτερη επικράτηση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και αναγνωρίζεται στη βιβλιογραφία ως αυτόνομη διαταραχή με σοβαρά αποτελέσματα για την ψυχοσωματική υγεία (Wilfrey και συν, 2003).

Η υπερφαγική διαταραχή αφορά συνήθως σε υπέρβαρα άτομα και εμφανίζεται με ελαφρά μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Η υπερφαγία, έχει βρεθεί ότι μειώνει την ποιότητα ζωής των υπέρβαρων ατόμων, επηρεάζοντας την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και την κινητικότητα τους (Rieger και συν, 2009).

Τα υπερφαγικά άτομα διαφέρουν από τα βουλιμικά στο ότι δεν επιστρατεύουν αναγκαστικά αντισταθμιστικές συμπεριφορές και κατά το μεγαλύτερο ποσοστό ξεκίνησαν την υπερφαγία προ της διαιτητικής συμπεριφοράς. Έρευνα των Spurrell και συν (1998) έδειξε ότι 55% των ατόμων με διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, βίωναν υπερφαγικά επεισόδια πριν ξεκινήσουν για πρώτη φοράς δίαιτα.

Κλινικά εκτιμάται ότι τα επεισόδια υπερφαγίας έχουν δυο βασικές ιδιότητες. Την απώλεια ελέγχου (αδυναμία ελέγχου της παρόρμησης για φαγητό ή αδυναμία τερματισμού της κατανάλωσης τροφής) και την κατανάλωση σε μικρό χρονικό διάστημα ποσότητας τροφής που είναι πολύ περισσότερη από όση καταναλώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι σε αυτό το χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με τους Blundell & Hill (1993), τα βουλιμικά επεισόδια ίσως να ανταποκρίνονται σε μια δυσκολία του βιολογικού μηχανισμού να αξιοποιήσει την «δύναμη κορεσμού» (satiating power) του οργανισμού. Η δύναμη κορεσμού, υπό κανονικές συνθήκες, δημιουργεί συναίσθημα πληρότητας και σηματοδοτεί τον τερματισμό πρόσληψης τροφής.

Οι υπερφαγικές κρίσεις συνήθως πυροδοτούνται από αρνητικά συναισθήματα και άγχος, που προϋπάρχουν των κρίσεων και τις ενισχύουν (Hilbert & Tuschen – Caffier, 2007). Τα αρνητικά συναισθήματα τείνουν να μειώνουν την αίσθηση αποτελεσματικότητας του διαιτητικού ελέγχου, ενώ η ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής ανακουφίζει προσωρινά από αυτά και δίνει μια αίσθηση προοπτικής όταν το άτομο αισθάνεται να καταρρέει (Hsu, 1989).

Έχει παρατηρηθεί ότι η σοβαρότητα των υπερφαγικών κρίσεων επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο μεγαλύτερος δείκτης μάζας σώματος και η αποφευκτική ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (Picot & Lilenfeld, 2003).

2. Οργανικές Βλάβες

Όπως αναφέρθηκε, η υπερφαγία συνδέεται με αυξημένο βάρος σώματος αλλά και έντονες αυξομειώσεις βάρους. Η διαταραχή συνδέεται με προβλήματα που προκύπτουν από την κακή και μονομερή διατροφή. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται καρδιολογικά και γαστρεντερολογικά προβλήματα, προβλήματα στους νεφρούς, το ήπαρ και το μυοσκελετικό σύστημα.

3. Πρόγνωση

Δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά στοιχεία σχετικά με την πρόγνωση της υπερφαγικής διαταραχής, την προσέλευση για θεραπεία και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών.

Από τα στοιχεία που υπάρχουν επιβεβαιώνεται ότι η μικρότερη ηλικία έναρξης της διαταραχής (κάτω των 16 ετών), όπως και η αυξημένη περιοριστική συμπεριφορά μετά τη θεραπεία αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής (Safer και συν, 2002).

Η υπερφαγία συνοδεύεται από ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως η μειωμένη κοινωνική και εργασιακή λειτουργικότητα, η κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών και τα συναισθηματικά προβλήματα (Spitzer και συν, 1993). Η συννοσηρότητα αυξάνει την πολυπλοκότητα του προβλήματος και επηρεάζει αρνητικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Δ. Διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (EDNOS)

Μέχρι την 4^η έκδοση του DSM το 1994, οι περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών οι οποίες πληρούσαν εν μέρει αλλά όχι στο σύνολο τους τα κλινικά κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία και της ψυχογενή βουλιμίας, παρέμεναν μη διαγνωσμένες ή διαγνωσμένες ως άλλη διαταραχή.

Στην παρούσα (4^η έκδοση) του DSM περιλήφθηκαν, ως 'κριτήρια υπό διερεύνηση', η ανορεξία με έμμηνο ρύση ή με βάρος ανώτερο της καθορισμένης ουδού και η βουλιμία με σπανιότερες του συνήθους αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Στο διατροφικό συνεχές οι περιπτώσεις αυτές τοποθετούνται πλησιέστερα στο υγιές άκρο, σε σχέση με τα πλήρη συμπτωμάτων σύνδρομα.

Η συνεχής εισροή εμπειρικών δεδομένων, η καταγεγραμμένη αύξηση των περιπτώσεων με μερικά συμπτώματα ή με ήπια συμπτώματα διατροφικής διαταραχής καθώς και η επισήμανση διαφορών στη μορφολογία των διατροφικών προβλημάτων ανάλογα με τη φυλή, την εθνότητα ή το φύλο τροφοδότησαν έντονες συζητήσεις σχετικά με τα διαγνωστικά όρια και την ανάγκη εξειδίκευσης των κριτηρίων αξιολόγησης.

III. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Εισαγωγή

Για να οριστεί τι αποτελεί διατροφική διαταραχή είναι αναγκαίο να οριστεί προηγουμένως τι αποτελεί ‘φυσιολογική’ διατροφική συμπεριφορά. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να επισημανθούν οι ειδοποιείς διαφορές μεταξύ των ατόμων με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής και των ατόμων ελεύθερων συμπτωμάτων, στον τρόπο πρόσληψης της τροφής και στα συναισθήματα και στις ιδέες που διέπουν την κοινωνικοφυσιολογική λειτουργία της θρέψης.

Τα άτομα με υγιείς διατροφικές συνήθειες, προσλαμβάνουν καθημερινά την απαιτούμενη ποσότητα τροφής ώστε να διατηρήσουν τον δείκτη μάζας σώματος (την αναλογία μεταξύ του βάρους και του ύψους του σώματος τους) μεταξύ των φυσιολογικών ορίων 20 –25, η πρόσληψη τροφής συνδέεται με την κουλτούρα και την παράδοση τους (εορτές, θρησκευτικά έθιμα) και δεν ανησυχούν ιδιαίτερα με το σχήμα και το βάρος του σώματος ούτως ώστε να εξαναγκάζονται σε καταναγκαστικές διατροφικές συμπεριφορές. Ταυτόχρονα δεν ανάγουν το σχήμα και το βάρος του σώματος τους σε πυρηνικό στοιχείο της αυτοεκτίμησης και της ταυτότητας τους.

Αντίθετα, η συμπεριφορά των ατόμων με διαταραγμένα πρότυπα διατροφής είναι, όπως αναφέρει η Ο’ Halloran, στο βιβλίο της “Focus on Eating Disorders”, «χαοτική, σπασμωδική και ανεξέλεγκτη» (Ο’Halloran, 1993). Η κατανάλωση της τροφής συχνά γίνεται κάτω από το καθεστώς έντονων συναισθημάτων άγχους, κατάθλιψης ή ψυχαναγκασμού. Οι ποσότητες τροφής που καταναλώνονται μπορεί να είναι, σε σχέση με τις ανάγκες θρέψης, ανεξέλεγκτα μεγάλες ή εξαιρετικά περιορισμένες. Εκδηλώνεται έντονη ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος, παρουσιάζεται διαστρέβλωση στην εικόνα για το σώμα ενώ το συναίσθημα προσωπικής αξίας ή/και η ατομική ταυτότητα ταυτίζεται με το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Αν και οι συμπτωματικές συμπεριφορές διαφέρουν μεταξύ των διάφορων συνδρόμων διατροφικής διαταραχής ωστόσο κοινή συνιστώσα αποτελεί η ενασχόληση με το σώμα μέχρι σημείου κακοποίησης του και η νοσηρή ψυχολογική σηματοδότηση της τροφής και της διαδικασίας της θρέψης. Αναντίρρητα, η διαδικασία πρόσληψη τροφής αποτελεί για τον άνθρωπο ένα σύμπλοκο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο ωστόσο στις διατροφικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αναιρούν την βασική αποστολή της τροφής: να συντηρήσει το σώμα και να διατηρήσει την βιοψυχική ισορροπία του. Αν και η υπερβολική και πολλές φορές τελετουργική ενασχόληση με την τροφή είναι σύμφυτη με τις διατροφικές διαταραχές ωστόσο αποτελεί μια φαινομενολογική πλάνη. Το άτομο είναι δέσμιο μιας ψυχονοητικής διαστρέβλωσης: υπάρχει για να ‘ενασχολείται’ με την τροφή και όχι ‘ενασχολείται’ με την τροφή για να υπάρξει.

Οι διατροφικές διαταραχές πιθανολογείται ότι ανήκουν σε ένα συνεχές διατροφικής συμπεριφοράς (Fitzgibbon και συν, 2003). Αν υποθεθεί ότι η υγιής διατροφική συμπεριφορά συνθέτει τον ‘υγιή’ πόλο του συνεχούς, τα κλινικά διατροφικά σύνδρομα συνθέτουν τον ‘παθολογικό’ πόλο. Μεταξύ των δυο αυτών άκρων τοποθετούνται οι άτυπες/μερικές μορφές προβλημάτων στη διατροφή που μολονότι επιζημίες για τον οργανισμό και την ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου παρουσιάζουν μεγαλύτερη ηπιότητα αναφορικά στο μέγεθος και το εύρος

των συμπτωμάτων. Τα πυρηνικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών (π.χ. ανάγκη απώλειας βάρους, δυσαρέσκεια με το σώμα κ.λ.π.) και τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που συνυπάρχουν με αυτές (π.χ. κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκασμοί) φαίνεται ότι διαφοροποιούνται ποσοτικά παρά ποιοτικά οδεύοντας από το ένα άκρο στο άλλο. Συμπεριφορές που προάγουν τη σωστή θρέψη, ενισχυμένες καθ' υπερβολή, μπορούν να αποβούν μοιραίες.

Οι διατροφικές διαταραχές ταξινομούνται σε δυο «παράλληλα συστήματα ταξινόμησης»: το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association, 1994) και τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1993). Ιδιαίτερα τα κριτήρια που θεσπίζει το DSM – και εν προκειμένω η τέταρτη έκδοση του (DSM – IV) – χρησιμοποιούνται ευρέως από τους κλινικούς και τους ερευνητές στην διάγνωση, αντιμετώπιση και διερεύνηση των διαταραχών στη πρόσληψη τροφής.

Ιστορικά η ανορεξία και η βουλιμία εμφανίζονται για πρώτη φορά ως αυτόνομες διαγνωστικές κατηγορίες, στη δεκαετία του '80, στην τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM III) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Οι κατηγορίες αυτές, ανασκοπήθηκαν και εμπλουτίστηκαν, το 1987 και 1994, στις δυο επόμενες εκδόσεις του εγχειριδίου (DSM – III-R; DSM – IV). Σταδιακά περιλήφθηκαν νέες διαγνωστικές κατηγορίες υπό τον γενικό τίτλο Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS) και περιλήφθηκε ως διερευνούμενη η Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας (binge eating).

Το θετικό στοιχείο των συστημάτων ψυχιατρικής ταξινόμησης είναι ότι παρέχουν ένα κοινό πεδίο ορισμού των διατροφικών διαταραχών και συνδέουν την έρευνα με την θεραπευτική αντιμετώπιση. Ωστόσο στην πραγματικότητα οι διακρίσεις μεταξύ των διατροφικών διαταραχών μπορεί να μην είναι πάντα τόσο ξεκάθαρες και απαρέγκλιτες, υπό την έννοια ότι συχνά τα συμπτώματα αλληλεπικαλύπτονται, το ίδιο άτομο αναπτύσσει περισσότερα από ένα τύπο διατροφικής διαταραχής στη διάρκεια της ζωής του ή άτομα με την ίδια διαταραχή αντιδρούν διαφορετικά στη θεραπεία συνέπεια διαφορετικής φυσιολογίας, προσωπικότητας κ.α. Βεβαίως υπάρχει και η αντίληψη της 'μέσης οδού'. Τα κριτήρια ταξινόμησης μπορεί να χρησιμεύουν ως «συγκατασκευές» για τον κοινό ορισμό του τι συνιστά διατροφική διαταραχή και τι όχι ενώ παράλληλα να κρατείται κατά νου ότι η διάγνωση αποτελεί την αφετηρία της σχέσης με τα άτομα και τις εξατομικευμένες ανάγκες τους και δεν συνιστά τη λύση του προβλήματος. Σύμφωνα με τον Marzillier, αυτή είναι και η πλέον λειτουργική και πρόσφορη αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων ενός συστήματος ταξινόμησης στον 'απατηλό' (elusive) κόσμο της ψυχοπαθολογίας όπου συχνά οι εμπειρίες των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων δεν διαφέρουν πολύ από τις εμπειρίες που μπορεί να έχουν σε κάποιο επίπεδο και άτομα που δεν εμπίπτουν σε παθολογικές κατηγορίες (Marzillier, 2004).

Έχουν ήδη ξεκινήσει οι προκαταρκτικές εργασίες για την αναθεώρηση της 4^{ης} έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, οι οποίες θα ολοκληρωθούν το 2012, με την 5^η έκδοση του Εγχειριδίου. Σε παρόμοια διαδικασία αναθεώρησης βρίσκεται και η 10^η έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Υπάρχουν γενικότερες επιφυλάξεις αναφορικά στην ευρύτητα και την αξιοπιστία των υπάρχοντων κριτηρίων ταξινόμησης των διατροφικών διαταραχών. Οι επιφυλάξεις αυτές βαρύνουν ιδιαίτερα στην περίπτωση του DSM, λόγω της ευρύτατης χρήσης του. Ζητήματα όπως η πιθανή ανάγκη εξειδίκευσης των κριτηρίων του DSM-IV, για τους εφήβους και νεαρότερα άτομα (Nicholls και συν, 2000; Colton και συν, 2007; Hilbert & Czaja, 2008); η περίληψη παραμέτρων που

επηρεάζουν τη μορφολογία των διατροφικών διαταραχών, όπως: το φύλο (Striegel – Moore, 2009), η φυλή/εθνότητα, η κουλτούρα κ.α. (Franko, 2007; Becker, 2007a,b) η εξέταση της σχέσης μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και άλλων οργανικών συστημάτων πέραν του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), αποτελούν ορισμένα από τα θέματα μιας προιούσας συζήτησης. Παράλληλα, ‘νέες’ μορφές διατροφικής διαταραχής, όπως για παράδειγμα η ‘καθαρτική διαταραχή’ (purging disorder) (Binford & le Grange, 2005; Crowther, 2008; Gauvin, 2009), ή σοβαρές μορφές άτυπων διαταραχών ζητείται να περιληφθούν. Όπως επισημαίνεται, το κόστος της μη εξειδίκευσης των κριτηρίων, θα είναι τα αδιάγνωστα ή ατελώς διαγνωσμένα συμπτώματα, με επιπτώσεις στο άτομο και στην κοινότητα (Becker, 2007a).

Αναμένεται, γενικότερα, ότι το νέο Εγχειρίδιο θα προσπαθήσει να αφομοιώσει τα νέα δεδομένα – τα οποία προκύπτουν από την έρευνα της τελευταίας τριακονταετίας – στην αιτιολογία και την φυσιοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών, τις εξειδικεύσεις στη μορφολογία των συνδρόμων κ.α. Ωστόσο όπως αναφέρει ο Walsh, το έργο που καλείται να επιτελέσει το αναθεωρημένο Εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας είναι η ενίσχυση της κλινικής πράξης με κριτήρια σαφή και σύντομα που μπορούν εύκολα να εφαρμοστούν από πολυάσχολους κλινικούς χωρίς την προηγούμενη αξιολόγηση και ερμηνεία σύνθετων ψυχικών διεργασιών (Walsh, 2007). Αν και παραμένει συγκριτικά περιορισμένος ο αριθμός των εμπειρικών μελετών που εξετάζουν τα σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των υπαρχόντων κριτηρίων δεν απουσιάζουν εντελώς τα δεδομένα ακόμη και σε λιγότερο ερευνημένες μορφές διατροφικής διαταραχής όπως για παράδειγμα η διαταραχή υπερφαγίας (Latner & Clyne, 2008). Τα συγκριτικά περιορισμένα εμπειρικά δεδομένα αλλά και ο φόβος ότι δραστικές αλλαγές στα κριτήρια του DSM μπορεί να αποβούν προβληματικές παρά βοηθητικές – τουλάχιστον μέχρι να αφομοιωθούν από το ιατρικό σύστημα και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας – για πολλούς προδικάζουν την υπερίσχυση της συντηρητικών φωνών (Walsh, 2007).

B. Οι διατροφικές διαταραχές στην 4η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM – IV)

Το DSM-IV ορίζει ως διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία τα εξής:

- Κριτήριο Α (Criterion A): Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
- Κριτήριο Β (Criterion B): Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Κριτήριο Γ (Criterion C): Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος σώματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους. Επεξηγηματικά στην πρώτη ενότητα αναφέρεται ότι ορισμένα άτομα ενδεχομένως να αισθάνονται παχιά σε όλο τους το σώμα ενώ άλλα να αντιλαμβάνονται ότι έχουν χαμηλό

σωματικό βάρος, αλλά να ανησυχούν ότι συγκεκριμένα μέρη του σώματος τους, ιδιαιτέρως η κοιλιά, γλουτοί, μηροί, είναι «πάρα πολύ παχιά».

- Κριτήριο Δ (Criterion D): Σε γυναίκες μετά την έναρξη των εμμηνών, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών κύκλων εμμήνου ρύσης.

Το DSM-IV περιγράφει δυο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας: τον περιοριστικό τύπο (restrictive type) όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ΨΑ, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτόκλητους εμετούς ή κακοχρησία διουρητικών, καθαρτικών ή υποκλυσμών) και τον υπερφαγικό/ καθαρτήριο τύπο (binge-eating/purging type) όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ΨΑ, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτόκλητους εμετούς ή κακοχρησία καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Το DSM-IV ορίζει τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Βουλμία ως εξής:

- Κριτήριο Α: Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας έχει τα ακόλουθα δυο χαρακτηριστικά:
 1. Κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δυο ώρες), μια ποσότητα τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.
 2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. το αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).
- Κριτήριο Β: Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως αυτόκλητοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, ή υπερβολική σωματική άσκηση.
- Κριτήριο Γ: Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών.
- Κριτήριο Δ: Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- Κριτήριο Ε: Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στα πλαίσια περιστατικού ΨΑ.

Το DSM-IV αναφέρει δυο τύπους ΨΒ, τον καθαρτικό τύπο (purging type) όπου κατά το τρέχον επεισόδιο ΨΒ, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτόκλητους εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών και τον μη καθαρτικό τύπο (non-purging type) όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ΨΒ, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτόκλητους εμετούς ή σε κακοχρησία καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Το DSM-IV διατύπωσε τα παρακάτω 'ερευνητικά' διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας την οποία αποκαλεί 'διαταραχή υπό διερεύνηση':

- Κριτήριο Α: Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας (binge eating). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), ποσότητα τροφής, η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσα να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις και,
 2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει πόσο τρώει).
- Κριτήριο Β: Τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τρία τουλάχιστον από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:
 - ❖ Το άτομο τρώει πιο γρήγορα από το συνηθισμένο ρυθμό κατανάλωσης γεύματος.
 - ❖ Το άτομο τρώει μέχρι να νιώσει δυσφορία.
 - ❖ Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να πεινάει.
 - ❖ Το άτομο τρώει μόνο του διότι νιώθει αμήχανα ως προς την ποσότητα φαγητού που καταναλώνει.
 - ❖ Το άτομο νιώθει αηδία για τον εαυτό του, κατάθλιψη ή μεγάλες ενοχές μετά την υπερφαγία.
 - Κριτήριο Γ: Υπάρχει έντονη δυσφορία μετά το επεισόδιο υπερφαγίας.
 - Κριτήριο Δ: Τα επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 6 μήνες.

Το DSM-IV ορίζει τα κριτήρια για τη Διατροφικές Διαταραχές Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS) ως εξής:

- A. Στις γυναίκες πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας αλλά το άτομο έχει κανονικούς κύκλους εμμηνου ρύσης.
- B. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας αλλά το άτομο, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, διατηρείται εντός των φυσιολογικών πλαισίων.
- Γ. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας αλλά τα επεισόδια υπερφαγίας και οι απρόσφοροι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται με συχνότητα μικρότερη από δυο φορές την εβδομάδα ή σε διάρκεια μικρότερη από τρεις μήνες.
- Δ. Η τακτική υιοθέτηση απρόσφορης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς από ένα άτομο φυσιολογικού βάρους μετά την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί μετά από την κατανάλωση δυο γλυκών).
- E. Κατ' επανάληψη μάσηση και απόπτωση, αλλά χωρίς κατάποση, μεγάλων ποσοτήτων τροφής.

Γ. Οι διατροφικές διαταραχές στην δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO)

Τα κριτήρια διάγνωσης των διατροφικών διαταραχών περιέχονται στις παραγράφους F50 ως F50.9 του ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υπό τον τίτλο «Συμπεριφορικά Σύνδρομα Συνδεδεμένα με Οργανικά Προβλήματα και Σωματικούς Παράγοντες».

Από την ενότητα των διατροφικών διαταραχών παραλείπεται η πολυφαγία και η ανορεξία μη αλλιώς προσδιοριζόμενη (anorexia NOS).

Συγκεκριμένα τα κριτήρια του ICD-10 ορίζουν:

F50.0 Ψυχογενής Ανορεξία

Μια διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από ηθελημένη απώλεια βάρους εκ μέρους του ασθενούς. Παρατηρείται συχνότερα σε έφηβες και νεαρές γυναίκες, ωστόσο έφηβοι και νεαρά αγόρια μπορούν να την αναπτύξουν, όπως και παιδιά που πλησιάζουν την ήβη και μεγαλύτερες γυναίκες μέχρι την εμμηνόπαυση. Η διαταραχή συνδέεται με συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία όπου ο φόβος του πάχους και της πλαδαρότητας του περιγράμματος του σώματος υπερεκτιμάται έμμεσα, και οι ασθενείς επιβάλουν μίαν ουδό χαμηλού βάρους στον εαυτό τους. Συνήθως επικρατεί υποσιτισμός κυμαινόμενης σοβαρότητας με δευτερογενής ενδοκρινικές και μεταβολικές αλλαγές και προβλήματα στη σωματική λειτουργία. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν περιορισμένη διαιτητική επιλογή, υπερβολική άσκηση, αυτόκλητους εμετούς, καθαρτικές πρακτικές, χρήση σκευασμάτων που μειώνουν την όρεξη (appetite suppressants) και διουρητικών.

F50.1 Άτυπη Ψυχογενής Ανορεξία

Διαταραχές που πληρούν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά στις οποίες η συνολική κλινική εικόνα δεν επιβεβαιώνει αυτή τη διάγνωση. Επί παραδείγματι, ένα από τα συμπτώματα κλειδιά, όπως η αμηνόρροια ή ο έντονος φόβος της πρόσληψης βάρους, μπορεί να απουσιάζουν, ενώ να παρουσιάζεται μεγάλη απώλεια βάρους και συμπεριφορές μείωσης βάρους (weight – reducing behavior). Αυτή η διάγνωση δεν πρέπει να γίνεται όταν υφίστανται γνωστές οργανικές διαταραχές που συνδέονται με την απώλεια βάρους.

F50.2 Ψυχογενής Βουλιμία

Ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα περιστατικά υπερφαγίας και μια υπερβολική ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους, που οδηγεί σε ένα μοτίβο υπερφαγίας που ακολουθείται από εμετό ή χρήση καθαρτικών. Αυτή η διαταραχή μοιράζεται πολλά ψυχολογικά χαρακτηριστικά με την ψυχογενή ανορεξία, συμπεριλαμβανόμενης μιας υπερβολικής ενασχόλησης με το σχήμα του σώματος και το βάρος. Οι επαναλαμβανόμενοι εμετοί είναι πιθανόν να επιφέρουν προβλήματα στους ηλεκτρολύτες του σώματος και σωματικές επιπλοκές. Συχνά, αλλά όχι πάντα, υπάρχει ιστορικό ανορεξικού επεισοδίου, προ μηνών ή και μερικών ετών.

F50.3 Άτυπη Ψυχογενής Βουλιμία

Διαταραχές οι οποίες πληρούν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας, αλλά στις οποίες η συνολική κλινική εικόνα δεν δικαιολογεί αυτή τη διάγνωση. Για παράδειγμα, μπορεί να υφίστανται επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και υπερβολικής χρήσης καθαρτικών χωρίς σημαντική απώλεια βάρους, ή να απουσιάζει η τυπική υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

F50.4 Υπερφαγία συνδεδεμένη με άλλα ψυχολογικά προβλήματα

Υπερφαγία λόγω στρεσογόνων περιστατικών , όπως πένθος, ατύχημα, τοκετός, κ.λ.π. Ψυχογενής υπερφαγία.

F50.5 Εμετοί συνδεόμενοι με άλλα ψυχολογικά προβλήματα

Επαναλαμβανόμενοι εμετοί που λαμβάνουν χώρα όταν υπάρχουν διασχιστικές διαταραχές (dissociative disorders) και υποχονδριακές διαταραχές, και οι οποίοι δεν οφείλονται μόνο σε συνθήκες οι οποίες κατηγοριοποιούνται εκτός αυτών των κεφαλαίων. Αυτή η υποκατηγορία μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιπρόσθετα στους υπερβολικούς εμετούς κατά την εγκυμοσύνη όταν η επαναλαμβανόμενη ναυτία και εμετοί οφείλονται σε συναισθηματικούς παράγοντες.

F50.8 Άλλα διατροφικά προβλήματα

Πίκα στους ενηλίκους

Ψυχογενής απώλεια όρεξης

F50.9 Διατροφικές Διαταραχές, απροσδιόριστες

IV. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Επιδημιολογικές έρευνες για την εκτίμηση της επίπτωσης (incidence) και της επικράτησης (prevalence) της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, ξεκίνησαν να διεξάγονται την δεκαετία του '80, στις ΗΠΑ και σε άλλες αγγλόφωνες χώρες. Παρόμοιες έρευνες στη νότια και ανατολική Ευρώπη, όπως και σε ασιατικές χώρες, ακολούθησαν με διαφορά μιας δεκαετίας.

Συγκριτικά με την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία, οι Διατροφικές Διαταραχές Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS) – παρά τη μεγαλύτερη διάδοση τους – συγκέντρωσαν και συγκεντρώνουν πολύ μικρότερο ερευνητικό ενδιαφέρον (Machado και συν, 2007; Fairburn, & Cooper, 2007a). Η Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας, αν και παρατηρήθηκε κλινικά από τα μέσα του περασμένου αιώνα, άρχισε να ερευνάται επιδημιολογικά μόλις τα τελευταία χρόνια (Stiegel – Moore & Franko, 2003a). Επίσης είναι πολύ περιορισμένα τα επιδημιολογικά στοιχεία για τις υποκλινικές ή μερικές (partial) μορφές διατροφικών διαταραχών, παρότι έχει αποδειχθεί ότι στις νεαρές ηλικίες, συχνά αποτελούν τον προθάλαμο για την μελλοντική ανάπτυξη σοβαρότερων διαταραχών στη λήψη τροφής (Ackard και συν, 2007).

Οι πρώιμες επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ και τη Δυτική Ευρώπη εστίαζαν κυρίως στις τιμές επίπτωσης και επικράτησης του φαινομένου. Αυτό γινόταν ανεξάρτητα από το δημογραφικό προφίλ του δείγματος ή σε σχετικά ομογενοποιημένα δείγματα. Η Stiegel – Moore έγραφε στην αρχή της δεκαετίας που διανύουμε, ότι οι πρώιμες επιδημιολογικές έρευνες, κυρίως με θέμα την ψυχογενή ανορεξία, ήταν περιορισμένες σε εύρος. Επεσήμανε ότι το σφάλμα αυτό επαναλήφθηκε και στις πρώτες επιδημιολογικές μελέτες της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας (Stiegel – Moore, 2000a).

Η διαφορετική επικράτηση των προβλημάτων στη διατροφή μεταξύ των φύλων και των διαφορετικών φυλετικών ομάδων σε πολυφυλετικές κοινωνίες όπως η βορειοαμερικανική, εξειδίκευσε σταδιακά και έδωσε περισσότερο συγκριτικό χαρακτήρα στις επιδημιολογικές μελέτες. Ωστόσο, επισημαίνονται συνεχή προβλήματα όπως: ελλιπή δεδομένα για την επικράτηση και τη μορφολογία των διατροφικών διαταραχών στους άντρες (Stiegel – Moore και συν, 2009) και ελλιπής καταγραφή της επικράτησης και της μορφολογίας των διατροφικών διαταραχών σε πολιτισμικά διάφορους πληθυσμούς (Becker, 2007a). Πρόσφατα άρθρα, επισημαίνουν ότι, το μέγεθος της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών σε ομάδες με ιδιαίτερα πολιτισμικά και γλωσσικά χαρακτηριστικά στις ΗΠΑ (ethnic minorities), είναι σχεδόν άγνωστος (Alegria και συν, 2007; Striegel-Moore & Bulik, 2007a; Striegel – Moore & Wonderlich, 2007b). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επικράτηση των διαφόρων τύπων διατροφικών διαταραχών είναι διαφορετική σε διαφορετικές φυλετικές ομάδες (Taylor και συν, 2007; Nicdao και συν, 2007; Alegria και συν, 2007).

Επιπρόσθετα, προκύπτει η επιτακτική ανάγκη να εξεταστούν επιδημιολογικά νέες φερόμενες μορφές προβλημάτων στη διατροφή, όπως π.χ. η καθαρτική διαταραχή (purging disorder) (Crowther και συν, 2008; Gauvin, 2009).

Αναφορικά στα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για τις γνωστές μορφές διατροφικών διαταραχών, μια εκτεταμένη ανασκοπική έρευνα των υπάρχοντων επιδημιολογικών ερευνών, η οποία δημοσιεύτηκε το 2003, παρουσίασε τα εξής στοιχεία: η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας ανέρχεται σε ποσοστό 0,3%, της ψυχογενούς βουλιμίας σε ποσοστό 1% για τις γυναίκες και 0,1% για τους άντρες και της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας σε ποσοστό τουλάχιστον 1%.

Στην ίδια έρευνα, αναφέρεται, ότι η επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας αυξήθηκε τον προηγούμενο αιώνα μέχρι τη δεκαετία του '70 (Hoek & Van Hoeken, 2003). Μεταγενέστερη πληθυσμιακή έρευνα, επιβεβαίωσε σταθερές τιμές για την Ψυχογενή Βουλιμία και τις Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς, για την περίοδο 1990-2004 (Crowther και συν, 2008).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που προκύπτουν από νεώτερες έρευνες δεν περιορίζονται στην ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία, όπως παλαιότερα. Τα ευρήματα αγκαλιάζουν ένα μεγαλύτερο μέρος του φάσματος των διατροφικών διαταραχών. Ενδεικτικά, έρευνα σε δείγμα γυναικών στον Καναδά, βρήκε ότι ποσοστό 0,6% του δείγματος ικανοποιούσε τα κριτήρια για ψυχογενή βουλιμία, ποσοστό 3,8% ικανοποιούσε τα κριτήρια για διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, ποσοστό 0,6% παρουσίαζε χαρακτηριστικά καθαρτικής διαταραχής (νέας προτεινόμενης διαταραχής) και ποσοστό 14,9% παρουσίαζε υπό του κατωφλίου συμπτώματα διατροφικών διαταραχών (Gauvin, 2009). Μικρότερη έρευνα, σε δείγμα γυναικών με παθολογικό πρόβλημα τριχοφυΐας, βρήκε ποσοστό ψυχογενούς ανορεξίας 1,3%, ψυχογενούς βουλιμίας 12,6% και EDNOS 22,5 %. Ποσοστά αυξημένων επεισοδίων υπερφαγίας και απρόσφορων μεθόδων ελέγχου του βάρους παρατηρήθηκαν και σε έρευνα γυναικείου δείγματος στη Βραζιλία (Freitas de, 2008).

Στις συγκριτικά περιορισμένες έρευνες με μεικτό δείγμα, ανδρών και γυναικών, προκύπτει μεγάλη απόκλιση μεταξύ ανδρών και γυναικών στην επίπτωση και την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών. Η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στις γυναίκες είναι πολλαπλάσια αυτής που παρατηρείται στους άντρες. Η μέση τιμή επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας για τους άντρες και τα αγόρια είναι σχεδόν μηδενική. Παλαιά ανασκόπηση συγχρονικών ερευνών, έδειξε τα μέσα ποσοστά για τη ψυχογενή βουλιμία να κυμαίνονται για τους άντρες στο 1.7 % και για τις γυναίκες στο 9,8 % (Johnson & Connors, 1987). Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν και σε ικανό αριθμό μεταγενέστερων ερευνών (Fairburn & Beglin 1990; Hoek, 1995a; Hoek και συν 1995b). Συμπερασματικά, οι άντρες επέδειξαν μικρότερη αντιπροσώπευση από τις γυναίκες, ανέφεραν λιγότερες διατροφικές διαταραχές και συνήθως βουλιμικού/υπερφαγικού τύπου.

Η ελλιπής αντιπροσώπευση των ανδρών στα ερευνητικά δείγματα στηλιτεύεται επανειλημμένα (Regier, 2007; Hudson και συν, 2007; Striegel – Moore και συν, 2009). Δεν μπορεί να ελεγχθεί η πιθανότητα αύξησης του αριθμού τους, αλλά και να εξεταστεί η πιθανότητα ορισμένες μορφές διατροφικής διαταραχής να είναι πιο διαδεδομένες στους άντρες από ότι πιστεύεται (Hudson και συν, 2007a). Υποστηρίζεται, βάσει των ευρημάτων, ότι οι άντρες συνιστούν 'ισχυρή' μειοψηφία στις διατροφικές διαταραχές (Striegel – Moore και συν, 2009), όπως επίσης ότι παρουσιάζουν διαφορετική διαμόρφωση στη συμπτωματολογία από τις γυναίκες (Raenuogi και συν, 2008).

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, έχουν ασχοληθεί με την μέτρηση της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών σε εφήβους. Οι διατροφικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη συχνότητα επικράτησης στους εφήβους και στους νέους (Hoek και συν, 1995b), αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι το όριο ηλικίας κατεβαίνει (Field και συν, 2003).

Αναφορικά στην επικράτηση του φαινομένου, η κλασική έρευνα του Whitaker (1989), σε νεαρές μαθήτριες 13-18 ετών, βρήκε επικράτηση ψυχογενούς ανορεξίας σε ποσοστό 0,2% στα κορίτσια και 0,0% στα αγόρια και ψυχογενούς βουλιμίας, σε ποσοστό 1,2% και 0,4%, αντίστοιχα. Οι τιμές αυτές δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά την επόμενη δεκαετία. Έρευνα των Lewinsohn και συν (2002), βρήκε ότι η δια βίου επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας και της βουλιμίας, σε τυχαίο δείγμα 800 νεαρών αμερικανίδων, ανερχόταν σε 0,6% και 2,8% αντίστοιχα, ενώ η δια βίου επικράτηση υποκλινικών μορφών των διαταραχών ανερχόταν σε 0,8% και 2,5% αντίστοιχα.

Δυο χρόνια πριν, επιδημιολογική έρευνα σε δείγμα εφήβων κοριτσιών στο Ιράν, επέδειξε 0,9 % δια βίου επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας, 3,2% της ψυχογενούς βουλιμίας και 6,6% των συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών (Nobakht & Dezhkam, 2000). Μεταγενέστερη ουγγρική έρευνα, σε 15χρονης μαθήτριες, βρήκε ποσοστά επικράτησης 0,03 για την ψυχογενή ανορεξία, 0,41% για την ψυχογενή βουλιμία, 1,09% για υποκλινική μορφή ανορεξίας και 2,7% για υποκλινική μορφή βουλιμίας (Szumska, 2004). Έρευνα σε προέφηβες αμερικανίδες βρήκε ήπια συμπτώματα διατροφικών διαταραχών (Colton και συν, 2007).

Οι επιδημιολογικές μελέτες σε νεαρά κορίτσια και αγόρια, επιβεβαιώνουν την αριθμητική υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών στα προβλήματα διατροφής. Επιδημιολογική μελέτη δυο σταδίων στην Ισπανία, σε τυχαίο δείγμα αγοριών και κοριτσιών 12-18 ετών, εκτίμησε την επικράτηση των κλινικών διατροφικών διαταραχών σε ποσοστό 2,91% του συνόλου και των κλινικών και υποκλινικών μορφών σε ποσοστό 10,3% του συνόλου. Και στις δυο περιπτώσεις τα κορίτσια υπερτερούσαν των αγοριών (Rojo και συν, 2003). Εκτεταμένη έρευνα των Ackard και συν (2007), σε 4,746 αμερικανούς μαθητές και μαθήτριες, γυμνασίου και λυκείου, αποκάλυψε επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας σε ποσοστό 0,04% στα κορίτσια και 0% στα αγόρια, της ψυχογενούς βουλιμίας σε ποσοστό 0,3% και 0,2% αντίστοιχα και της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας 1,9% και 0,3% αντίστοιχα. Η παραπάνω έρευνα χρησιμοποίησε τις διαγνωστικές κατηγορίες, όπως κατηγοριοποιούνται στο DSM – IV, με στόχο τη διερεύνηση, μεταξύ άλλων, της χρηστικότητας τους σε επιδημιολογικές έρευνες σε εφήβους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ικανοποιητική εφαρμογή των κριτηρίων σε εφηβικούς πληθυσμούς.

Έρευνα, σε δείγμα 750 μαθητών και μαθητριών της Λισσαβόνας, αποκάλυψε συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας σε ποσοστό 2% του δείγματος, 13,2% του δείγματος ανέφεραν δυο υπερφαγικά επεισόδια την εβδομάδα και σε όλες τις τιμές τα κορίτσια υπερτερούσαν των αγοριών (Machado και συν, 2007). Συγκριτική έρευνα σε κορίτσια εφήβους από τη Μάλτα και την Ιταλία, βρήκε συχνότητα υπερφαγικών επεισοδίων στο 4% των κοριτσιών από τη Μάλτα και μηδενική συχνότητα στις Ιταλίδες. Αλλα ευρήματα αυτής της έρευνας ήταν ότι οι έφηβες από τη Μάλτα είχαν μεγαλύτερο Δ.Μ.Σ., έκαναν συχνότερα δίαιτα και ανέφεραν μεγαλύτερη αγωνία για το σχήμα και το βάρος του σώματος τους (Santonastaso και συν, 2006).

Αντίστοιχα με τις έρευνες σε ενήλικο πληθυσμό, οι Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS), είναι ανεπαρκώς διερευνημένες, στις έρευνες σε εφήβους. Έρευνα δυο σταδίων που έγινε στην Πορτογαλία, σε 2,028 κορίτσια 12-13 χρονών, με σκοπό να καλύψει εν μέρει αυτό το ερευνητικό κενό, απέφερε ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι EDNOS επικράτησαν στο 2,37% του δείγματος (Machado και συν, 2007). Μολονότι οι EDNOS αποτέλεσαν τις επικρατέστερες διατροφικές διαταραχές στο δείγμα αυτής της έρευνας, αναφέρθηκαν αρκετά περιστατικά υποκλινικών μορφών ανορεξίας και βουλιμίας. Τα περιστατικά αυτά, αποδόθηκαν στη νεαρή ηλικία του δείγματος, και οι ερευνητές υπέθεσαν ότι αποτελούν τα πρώιμα στάδια μελλοντικής κλινικής εικόνας.

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τις άτυπες μορφές διατροφικών διαταραχών και για εκείνες τις συμπεριφορές που η έρευνα συσχετίζει με την ανάπτυξη διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, π.χ. αυστηρή δίαιτα και νηστεία (Halvarsson και συν, 2001). Ωστόσο ο όγκος των δεδομένων είναι ακόμη μικρός. Έρευνα σε κορίτσια στην προεφηβεία, 9-13 ετών, αποκάλυψε ότι τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής ήταν συχνά αλλά ήπιας μορφής ενώ η διαταραχή εικόνας σώματος, τα υπερφαγικά επεισόδια, και οι καθαρτικές πρακτικές μολονότι περιορισμένες αναμένονταν να αυξηθούν κατά τη μέση και ύστερη εφηβεία (Field και συν, 2000;

Colton και συν, 2007). Οι Ackard και συν (2007), στην επιδημιολογική έρευνα που αναφέρθηκε προηγούμενα, παρατήρησαν διαταραχή της αντίληψης του σχήματος του σώματος στο 41,5% των κοριτσιών και στο 24,9% των αγοριών, υπερβολική επιρροή του σχήματος/βάρους σώματος στην αυτοεκτίμηση στο 36,4 των κοριτσιών και στο 23,9% των αγοριών, και αντισταθμιστική συμπεριφορά στο 9,4% των κοριτσιών και στο 13,5% των αγοριών. Οι συγγραφείς, τόνισαν την ανάγκη αποτίμησης της έκτασης των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής στους εφήβους και τον γενικό πληθυσμό, την διεύρυνση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM και την εκπόνηση προγραμμάτων αντιμετώπισης και πρόληψης των συμπεριφορών αυτών ώστε να μην εξελιχθούν σε κλινική μορφή διατροφικών διαταραχών. Ειδικά υπό το φως νέων δεδομένων, που δείχνουν ότι οι EDNOS είναι ηπιότερες μορφές διατροφικού προβλήματος, αλλά εμφανίζουν συχνά περισσότερη συννοσηρότητα και κατάθλιψη από τις κλινικές διατροφικές διαταραχές (Schmidt και συν, 2008), οι έρευνες αυτές αποκτούν μεγάλη σημασία.

Μια σύγχρονη τάση είναι η συγκριτική έρευνα. Παράμετροι όπως : η συννοσηρότητα (comorbidity), οι παράγοντες επικινδυνότητας, η κλινική σοβαρότητα, το κόστος κ.α. των διατροφικών διαταραχών συνυπολογίζονται με συνέπειες στην πρόληψη και την κλινική πράξη (Schmidt και συν, 2008).

Επιδημιολογικές έρευνες σε εφηβικό πληθυσμό στον ελλαδικό χώρο έχουν γίνει από τον Fichter (1983), τον Σήμου (1996) και τον Μωρόγιαννη (2000). Η έρευνα του Fichter ήταν δυο σταδίων και εξέτασε την επικράτηση ψυχογενούς ανορεξίας σε νεαρές μαθήτριες στα Ιωάννινα και τη Βέροια. Είχε βρει αντίστοιχη επικράτηση 0,35% και 0,41%.

Η έρευνα του Σήμου διενεργήθηκε σε τυχαίο δείγμα μαθητών και μαθητριών Λυκείου της Θεσσαλονίκης. Η πιθανή επικράτηση σημείου της ψυχογενούς ανορεξίας στα κορίτσια 17 και 18 ετών βρέθηκε να κυμαίνεται μεταξύ (1,7% και 2,2%) ενώ για τα αγόρια η τιμή ήταν μηδενική και η ετήσια επίπτωση 1,2% για τα κορίτσια και 0,2% για τα αγόρια.

Η νεώτερη έρευνα διενεργήθηκε σε τυχαίο δείγμα μαθητών και μαθητριών Λυκείου των Ιωαννίνων. Ο πληθυσμός ήταν αστικός και μη. Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη φάση της έρευνας, παθολογική συμπεριφορά διατροφής, βάσει των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου EAT – 26, επέδειξε το 16, 2% του δείγματος (25,3% κορίτσια, 5,2% αγόρια). Οι τιμές για την ψυχογενή ανορεξία ήταν σύμφωνα με το EAT – 26 μηδενικές αλλά με διευρυμένα κριτήρια η τιμή διαμορφώθηκε στα κορίτσια 0, 85% για πιθανή ψυχογενή ανορεξία και 1,27 για άτυπη μορφή ανορεξίας, ενώ στα αγόρια η τιμή ήταν μηδενική. Στην ψυχογενή βουλιμία οι ευρεθείσες τιμές ήταν 0,3% για τα αγόρια και 0,6 – 1,1 % για τα κορίτσια ενώ στη διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας 16,7% (12,4% αγόρια, 20,2% κορίτσια). Η ίδια έρευνα διαπίστωσε συνάρτηση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και διατροφικών διαταραχών όπως και υψηλότερες τιμές ψυχοπαθολογίας στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Επίσης παρατηρήθηκε αυξημένη συμπεριφορά υπερτίμησης του σωματικού βάρους και δυσαρέσκειας με το σώμα μεταξύ των κοριτσιών, σε σχέση με τα αγόρια.

V. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Εισαγωγή

Η μέχρι τώρα ερευνητική και κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν αποτελούν ένα μονοπαραγοντικό αλλά ένα σύμπλοκο φαινόμενο. Ένα μεγάλο φάσμα παραγόντων δρουν εκλυτικά, ενισχυτικά ή επιβαρυντικά στην ανάπτυξη και συντήρησή τους (Raphael & Lacey, 1994; Rojo και συν, 2003; White, 2007a).

Ατομικά, βιογενετικά, κοινωνικά, δημογραφικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά συμπλέκονται στην ανάπτυξη του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών. Η συγκρότηση της προσωπικότητας, η ατομική ψυχοπαθολογία, ο βαθμός αυτοεκτίμησης, η βίωση τραυματικών γεγονότων αποτελούν ορισμένους από τους ατομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την συντήρηση των διατροφικών διαταραχών. Ταυτόχρονα με την ατομική συγκρότηση, οι νοσηρές οικογενειακές σχέσεις, το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικό/μορφωτικό επίπεδο και οι κοινωνικές πιέσεις που αφορούν στο ιδανικό σχήμα και το βάρος του σώματος έχει βρεθεί ότι δρουν ως υπέδαφος για την ανάπτυξη προβλημάτων στη λήψη τροφής. Η γονιδιακή δομή, η κληρονομικότητα και οι βιοχημικές διεργασίες που επηρεάζουν και επηρεάζονται από τα διατροφικά προβλήματα αποτελούν ορισμένους από τους βιογενετικούς παράγοντες που τελούν υπό διερεύνηση αναφορικά με την επιρροή τους στην ανάπτυξη προβλημάτων στη λήψη τροφής.

Στην πορεία διερεύνησης των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής, κατά την τελευταία πεντηκονταετία, γεννήθηκαν αρκετές θεωρίες για την ερμηνεία τους. Η ψυχαναλυτική και η φεμινιστική σκέψη, ο δομισμός, η συστημική και η γνωσιακή ανάλυση πρόσφεραν τα θεωρητικά εργαλεία για τη διαμόρφωση αυτών των ερμηνευτικών σχημάτων.

Στα επόμενα κεφάλαια θα αναφερθούμε σε ορισμένους παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν την επικινδυνότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών και δυσχεραίνουν ως συνυπάρχοντα προβλήματα την έκβαση και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Παράλληλα θα παρουσιάσουμε κάποιες από τις προτεινόμενες θεωρίες ερμηνείας και κατανόησης του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών όπως και την θεραπευτική πράξη που απορρέει από αυτές.

B. Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν εξεταστεί σε συνάρτηση με πλείστους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το φύλο, η φυλή/εθνικότητα, η κοινωνική τάξη και το μορφωτικό επίπεδο, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός κ.α. Η σχέση μεταξύ των παραμέτρων αυτών και των διατροφικών διαταραχών δεν είναι πάντα ιδιαίτερα σαφής ή αδιαμφισβήτητη. Σε γενικές γραμμές η παλαιότερη βεβαιότητα ότι οι διατροφικές διαταραχές αφορούν κυρίως νεαρές γυναίκες της λευκής φυλής, με υψηλό κοινωνικό – οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο έχει διασαλευτεί εμπειρικά, από ευρήματα, που αποκαλύπτουν

το εύρος των διατροφικών διαταραχών σε διάφορες πολιτισμικές ομάδες και κοινωνικές ομάδες, αλλά και την αύξηση των διαταραχών αυτών στους άντρες και τα αγόρια.

Στη συνέχεια αυτού του κεφαλαίου θα αναπτύξουμε τη σχέση που έχει βρεθεί μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των δημογραφικών παραγόντων που ήδη αναφέρθηκαν. Η πιθανή συσχέτιση μεταξύ του σεξουαλικού προσανατολισμού του ατόμου και των διατροφικών διαταραχών θα εξεταστεί ως ξεχωριστή ενότητα.

1. Φυλή/Εθνικότητα

Η σχέση της φυλής με τις διατροφικές διαταραχές έχει διερευνηθεί εκτεταμένα, από τα μέσα περίπου της δεκαετίας του '80, μέχρι σήμερα. Η εμπειρική διερεύνηση των διαφυλετικών και διεθνικών διαφορών ή ομοιοτήτων στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών εμφορείται από πολιτισμικές κατασκευές όπως: η έννοια του ιδανικού σώματος, η ενόρμηση για λεπτότητα (drive for thinness), η πολιτισμική επικυριαρχία των δυτικών προτύπων ομορφιάς μέσω της παγκοσμιοποίησης κ.α.

1.1. Διαφυλετικές Έρευνες:

Κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970 η επικρατούσα αντίληψη ήταν ότι η τότε γνωστή διατροφική διαταραχή – η ψυχογενής ανορεξία – αφορούσε τις έφηβες και νεαρές γυναίκες αποκλειστικά της λευκής φυλής (Bruch, 1973). Την εποχή εκείνη, ωστόσο, οι έρευνες πεδίου ήταν πολύ περιορισμένες και τα δεδομένα προέρχονταν κυρίως από τα αρχεία ψυχολόγων και ψυχιάτρων. Η αποδεδειγμένη προσβασιμότητα, κατά κύριο λόγο, των λευκών οικογενειών, αγγλοσαξονικής καταγωγής, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όπως και η μεταγενέστερη θέσπιση των κριτηρίων κατάταξης των διατροφικών διαταραχών βάσει ερευνών σε λευκούς επηρέασαν τη γενική εικόνα και συνέβαλαν στην συντήρηση στερεοτυπικών αντιλήψεων (Garfinkel, 1995).

Στα τέλη της δεκαετίας του '70, ξεκίνησε δειλά στις ΗΠΑ, η διερεύνηση της επικράτησης της ανορεξίας σε δείγματα λευκών με διαφορετική πολιτισμική προέλευση (αμερικανοί ιταλικής και εβραϊκής προέλευσης) από την κύρια ομάδα των λευκών προτεσταντών αγγλοσαξονικής καταγωγής. Ωστόσο οι έρευνες αυτές αποτελούσαν ισχνή μειοψηφία (Rowland, 1970).

Ερευνητικά ευρήματα συγκριτικών ερευνών κατά τις δεκαετίες '80και '90, κλόνισαν την πεποίθηση περί αμιγούς φυλετικής βάσης των διατροφικών διαταραχών. Αποκάλυψαν μεγαλύτερη της αναμενόμενης επικράτηση των διαταραχών αυτών σε φυλετικές ομάδες πέραν των Καυκάσιων και εξάπλωση του φαινομένου εκτός του δυτικού κόσμου (Gard & Freeman, 1996).

Ακόλουθα, αρκετές έρευνες βρήκαν μεταξύ διαφόρων φυλετικών ομάδων ταύτιση τόσο σε κλινικές συμπεριφορές όσο και σε συμπεριφορές μεγάλης επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η εκτεταμένη μελέτη σε εφήβους ' Minnesota Adolescent Health Study', κατέδειξε ότι η υπερβολική διαίτα συνδέεται με δυσαρέσκεια με το βάρος σώματος, με υπέρβαρη εικόνα και με χαμηλή σωματική αυτοεκτίμηση σε διάφορες φυλετικές ομάδες που συνυπάρχουν στις ΗΠΑ (French και συν, 1997). Άλλη εκτεταμένη μελέτη στις ΗΠΑ, σε δείγμα 6,504 εφήβων λευκών, αφροαμερικανών, ασιατών και λατινοαμερικάνων, βρήκε ότι όλες οι φυλετικές ομάδες προσπαθούσαν σε ίσο ποσοστό να μειώσουν το σωματικό βάρος με αυστηρή διαίτα (Kilpatrick και συν, 1999). Επίσης, έρευνα που είχαν διεξάγει νωρίτερα οι Pemperton και συν σε δείγμα λευκών

και μαύρων φοιτητών και των δυο φύλων, δεν είχε αποκαλύψει φυλετική διαφορά στην επικράτηση της ψυχογενούς βουλιμίας ή των βουλιμικών συμπεριφορών και στα δυο φύλα (Pemberton και συν, 1996). Βασισμένοι σε τέτοια μορφή ευρήματα, πολλοί μελετητές υποστήριξαν ότι στις πολυπολιτισμικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου, η φυλή, δεν αποτελεί κρίσιμο επιβαρυντικό ή ανασταλτικό κοινωνικοπολιτισμικό παράγοντα στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Chamorro & Flores – Ortiz, 2000; Mumford & Choudry, 2000).

Ωστόσο, αν και βαθμιαία έχασε έδαφος η αντίληψη ότι κάποιες φυλετικές ομάδες είναι πολιτισμικά ‘θωρακισμένες’ απέναντι στις διατροφικές διαταραχές, αναφέρονται διαφορές μεταξύ λευκών και άλλων φυλετικών ομάδων (αφροαμερικανών, λατίνων, αμερικανών ασιατικής καταγωγής), αναφορικά στην έκταση και τη διαμόρφωση των διατροφικών διαταραχών. Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες αφρικανικής καταγωγής, στις ΗΠΑ, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν βουλιμικά και υπερφαγικά παρά ανορεξικά συμπτώματα (Perez & Thomas, 2003; Stiegel – Moore και συν, 2003a), κυρίως λόγω της ευρύτερης αισθητικής αποδοχής του εύσαρκου γυναικείου σώματος από την αφροαμερικανική κουλτούρα. Η πολιτισμική αποδοχή ενός πιο εύσωμου ιδανικού σώματος στην έγχρωμη κοινότητα, ωθεί τις γυναίκες σε υπερφαγικές πρακτικές στην προσπάθεια να προσεγγίσουν το ιδανικό αυτό. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και σε εφηβικό πληθυσμό (Stiegel – Moore και συν, 2003a). Οι Manwaring και συν (2006) βρήκαν διαφορές στα κλινικά χαρακτηριστικά της υπερφαγικής διαταραχής, μεταξύ λευκών και έγχρωμων γυναικών. Οι έγχρωμες γυναίκες ανέφεραν λιγότερη ενασχόληση με το σωματικό βάρος, με το σχήμα του σώματος και με τη διατροφή. Παραμένει, ωστόσο, αμφίβολο αν αυτές οι διαφορές ισχύουν και στο μη παθολογικό άκρο του διατροφικού συνεχούς.

Νοτιοαφρικανική έρευνα αποκάλυψε ίση επικράτηση διατροφικών διαταραχών σε λευκές, μαύρες και μιγάδες εφήβους. Ωστόσο, τα μαύρα κορίτσια είχαν μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος από τις λευκές και τις μιγάδες ενώ τα λευκά κορίτσια ανέφεραν μεγαλύτερη ενασχόληση και δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος (Caradas και συν, 2001).

Έχει βρεθεί ότι άτομα ασιατικής καταγωγής στις δυτικές χώρες, παρουσιάζουν χαμηλότερους δείκτες διατροφικών διαταραχών από τους λευκούς ομόλογους τους (Niedao και συν, 2007). Το γεγονός αυτό έχει αποδοθεί κατά κύριο λόγο στην έλλειψη φόβου πρόσληψης βάρους σε αυτές τις κοινότητες.

Επίσης, το υποκειμενικό και αντικειμενικό βίωμα της διατροφικής διαταραχής μπορεί να παραλλάζει μεταξύ των φυλετικών ομάδων. Έρευνα σε 5,726 λευκές, μαύρες, ιθαγενείς αμερικανίδες, λατίνες και ασιατίσες γυναίκες στις ΗΠΑ, βρήκε ότι οι ασιατίσες και οι ιθαγενείς αμερικανίδες, αισθάνονταν περισσότερη αμηχανία να αναφέρουν επεισόδια υπερφαγίας από ό,τι οι λευκές. Αντίθετα, οι λατίνες αισθάνονταν περισσότερο φόβο απώλειας ελέγχου κατά την κατανάλωση τροφής, από τις λευκές και τις μαύρες (Bennett & Dodge, 2007). Τα αποτελέσματα αυτά απηχούν πολιτισμικά χαρακτηριστικά όπως ντροπή έκθεσης της εθνικής ομάδας και ανεπτυγμένο συλλογικό αίσθημα.

Στις ΗΠΑ έχει βρεθεί ότι ο διχασμός του νεαρού ατόμου ανάμεσα στην οικεία (της ομάδας προέλευσης) και της επικρατούσα (mainstream) κουλτούρας μπορεί να επιφέρει αυξημένους συγκριτικά δείκτες διατροφικής διαταραχής σε ομάδες ατόμων με μεταναστευτική προέλευση. Η έρευνα του ιδρύματος McKnight, που διενεργήθηκε, το 2003, σε 1358 μαθήτριες στην Καλιφόρνια και την Αριζόνα, αποκάλυψε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών μεταξύ ισπανόφωνων μαθητριών οι οποίες αυτοπροσδιορίζονταν ‘λατινοαμερικάνες’ και προέρχονταν από

οικογένειες μεταναστών από το Μεξικό και το Πουέρτο Ρίκο, που δεν μιλούσαν αγγλικά (The McKnight investigators, 2003).

Τα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα για τις διατροφικές διαταραχές στις μη λευκές ομάδες πληθυσμού, στις ΗΠΑ και την Βρετανία, παρουσιάζουν ελλείψεις (Franko, 2007; Becker, 2007a). Το γεγονός αυτό αποδίδεται στη μερική μόνο εγκατάλειψη του πολιτισμικού στερεότυπου ότι οι διατροφικές διαταραχές πλήττουν κατά κύριο λόγο τις λευκές γυναίκες (Taylor και συν, 2007; Alegria και συν, 2007). Τα υπάρχοντα, ωστόσο, στατιστικά στοιχεία για την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στις μη λευκές πληθυσμιακές ομάδες δείχνουν αύξηση των περιστατικών διατροφικής διαταραχής. Παραμένει προς διερεύνηση – όπως άλλωστε και στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές – εάν η παρατηρούμενη αύξηση είναι πραγματική ή οφείλεται, εν μέρει, στην ευρύτερη πληροφόρηση για τις διαταραχές διατροφής ή/και τη διεύρυνση της πρόσβασης σε θεραπευτικές υπηρεσίες και σε άλλες φυλετικές ομάδες εκτός των λευκών.

Νεότερες έρευνες θέτουν προς διερεύνηση το βαθμό που η φυλή επιβαρύνει ή αντίθετα αναστέλλει την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, σε ένα κλίμα πολιτισμικής ομογενοποίησης στις χώρες της Δύσης (Chamorro & Flores – Ortiz, 2000; Mumford & Choudry, 2000). Σύμφωνα με τους ερευνητές Taylor και συν (2007), το κοινωνικό κλίμα και η κουλτούρα μέσα στην οποία έχει ανατραφεί κάποιο άτομο μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την επικινδυνότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Μελετώντας αμερικανούς ενηλίκους και εφήβους με αφρικανική, ασιατική και λατινοαμερικανική καταγωγή, οι παραπάνω ερευνητές, παρατήρησαν ότι οι αфроαμερικανοί, ανεξαρτήτου φύλου ή ηλικίας, κινδυνεύουν περισσότερο να παρουσιάσουν υπερφαγία και ελάχιστα ως καθόλου να παρουσιάσουν ανορεξία. Μόνον, η υποομάδα νεαρών αфроαμερικανών με καταγωγή από την Καραϊβική, έδειξε περισσότερο ευάλωτη στην ανάπτυξη ανορεξίας καθώς και μικρότερη ηλικία έναρξης των διατροφικών διαταραχών.

Τα ευρήματα που αφορούν σε διάφορες φυλετικές ομάδες αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα για την πρόληψη και τη θεραπεία, ιδιαίτερα όταν επιβεβαιώνονται σε ικανό αριθμό μελετών. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το επιβεβαιωμένο εύρημα αμερικανικών μελετών ότι πρώτες στην επικινδυνότητα για την ανάπτυξη υπερφαγικής διατροφής είναι οι νεαρές λατίνες συγκριτικά με τις υπόλοιπες εθνικές ομάδες (Alegria και συν, 2007). Το εύρημα αυτό αποδεικνύεται και από έρευνες σε μη τυχαία δείγματα. Συγκριτική έρευνα μεταξύ μεξικανίδων και αμερικανίδων γυναικών με ιστορικό βουλιμικών και υπερφαγικών προβλημάτων έδειξε υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών στην ομάδα των μεξικανίδων αλλά και περισσότερη κινητοποίηση για θεραπεία (Caraballo και συν, 2006).

Στην κατάταξη επικινδυνότητας για την ανάπτυξη κυρίως υπερφαγικών συνδρόμων, οι λατίνες προηγούνται των αφοαμερικανίδων, έπονται οι λευκές και σε μεγάλη απόσταση ολοκληρώνουν την κατάταξη οι ασιατίσες. Σημαντικός παράγοντας μείωσης του κινδύνου για την ανάπτυξη αυτού του τύπου διαταραχής είναι ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος. Εξ ου και η μικρή εκπροσώπηση των ασιατισσών – οι οποίες παραδοσιακά έχουν μικρό σωματικό βάρος και λεπτή κατασκευή σώματος – στην υπερφαγική διαταραχή (Alegria και συν, 2007). Γενικότερα οι λευκές εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτες στην ανορεξία και στις περιοριστικές πρακτικές σε σχέση με τις υπόλοιπες εθνικές/φυλετικές ομάδες. Σε αυτό συμβάλλει η κοινωνική στηλίτευση της πρόσληψη βάρους, η εξιδανίκευση του λεπτού σώματος και η αποδοχή της περιοριστικής δίαιτας ως δόκιμου τρόπου ελέγχου του βάρους. Οι παράμετροι αυτοί είναι, όπως είδαμε, σύμφυτοι με την δυτική κουλτούρα και ευνοούν περιοριστικές πρακτικές στη λήψη τροφής. Αντίθετα, η ερωτική ελκυστικότητα ενός πιο εύσωμου σώματος, η σημαντικότητα της παρασκευής και της κατανάλωσης

πλούσιων γευμάτων στο πλαίσιο της ευρύτερης οικογένειας κ.α., που συναντώνται στον πολιτισμό των αφροαμερικανών ή των λατίνων, ευνοούν την ανάπτυξη υπερφαγικού τύπου διαταραχών στις ομάδες αυτές (Neumark-Sztainer και συν, 2000)

Η σημαντικότητα της διάδρασης μεταξύ του πολιτισμικού πλαισίου και της νοσολογίας, είναι εμφανής και στα ευρήματα πρόσφατης έρευνας σε ανορεξικές έφηβες λατινικής καταγωγής. Οι έφηβες δεν εκπλήρωναν το κριτήριο της αμηνόρροιας ή εναλλακτικά τα κριτήρια του φόβου πρόσληψης βάρους ή της έλλειψης ικανοποίησης με το σχήμα και το βάρος του σώματος (Franko και συν, 2007).

Ορμώμενοι από ευρήματα τέτοιου περιεχομένου, πολλοί μελετητές παρατηρούν ότι η υπάρχουσα κατηγοριοποίηση των διατροφικών διαταραχών είναι ανεπαρκής και προκατειλημμένη φυλετικά. Αδυνατεί να κατανοήσει τις νοσολογικές ιδιαιτερότητες στις διάφορες φυλετικές ομάδες και στα άτομα με μεταναστευτική προέλευση που δεν έχουν απόλυτα αφομοιωθεί στην 'λευκή' κουλτούρα των χωρών φιλοξενίας. Η ανάγκη διεύρυνσης των κριτηρίων διάγνωσης των διατροφικών διαταραχών ώστε να αναγνωρίζονται οι διαπολιτισμικοί παράγοντες που ενδεχόμενα επηρεάζουν τη μορφή και τον τρόπο έκφρασης των διαταραχών, υπερτονίζεται σε πολλές πρόσφατες μελέτες.

Άλλες έρευνες τονίζουν τον κίνδυνο παράβλεψης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των υπο-ομάδων που συγκροτούν κάποια φυλετική ομάδα. Οι Nicdao και συν (2007), επιβεβαιώνοντας για άλλη μια φορά, ότι οι ασιάτες αμερικανοί παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών συγκριτικά με τους λευκούς, λατίνους και αφροαμερικανούς, επισήμαναν τον ανομοιογενή χαρακτήρα του πληθυσμού ασιατικής καταγωγής και την ανάγκη διερεύνησης των διαφορετικών εκφάνσεων των διατροφικών διαταραχών στις εθνότητες που τον συγκροτούν. Ταυτόχρονα επισήμαναν την ανάγκη διερεύνησης των διατροφικών διαταραχών, υπό το πρίσμα των κοινωνικών – πολιτισμικών αντιλήψεων αυτών των κοινοτήτων αναφορικά με την εικόνα σώματος, τις διατροφικές συνήθειες κ.α., έτσι ώστε να αποσοβηθεί ο κίνδυνος σοβαρά διατροφικά προβλήματα σε μειονοτικούς εφήβους να περνούν απαρατήρητα μόνο και μόνο γιατί δεν αντιστοιχούν επακριβώς στα επίσημα νοσολογικά κριτήρια. Οι επισημάνσεις αυτές σε συνδυασμό με παλαιότερα ευρήματα ότι οι περισσότερες μη λευκές ομάδες κατά το πλείστον πληρούν τα κριτήρια κατάταξης στις Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS), και όχι στις κατηγορίες της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, κλονίζουν, εν μέρει, τη θεωρία περί συνάρτησης των διατροφικών διαταραχών με την αφομοίωση στην κυρίαρχη κουλτούρα (acculturation). Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, η απώλεια της οικείας κουλτούρας και η υιοθέτηση της κυρίαρχης δυτικής κουλτούρας, αποτελούσε και τον βασικό κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Χωρίς να υποτιμάτε αυτός ο κίνδυνος, φαίνεται ότι η συσχέτιση μεταξύ πολιτισμικών προτύπων και μορφολογίας των διατροφικών διαταραχών είναι περισσότερο σύμπλοκη. Οι διατροφικές διαταραχές, αφορούν σε όλα τα στρώματα μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας και επηρεάζονται εξίσου από τον κυρίαρχο πολιτισμό αλλά τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των εθνικών ομάδων.

1.2. Διευρωπαϊκές Έρευνες

Συγκριτικές έρευνες έχουν δείξει ομοιότητες στις τιμές επικράτησης των διατροφικών διαταραχών αλλά και στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνισή τους, μεταξύ χωρών της Ευρώπης αλλά και μεταξύ της Ευρώπης και των ΗΠΑ (Mautner και συν, 2000).

Επιδημιολογική έρευνα δυο σταδίων, σε ιταλίδες μαθήτριες, έδειξε παρόμοια ποσοστά επικράτησης των διαταραχών διατροφής στις ιταλίδες μαθήτριες σε σύγκριση με λευκές συνομήλικες τους στις ΗΠΑ, με τη διαφορά ότι η επικράτηση μερικών συμπτωμάτων (partial symptoms) διατροφικών διαταραχών, υπερείχε στο ιταλικό δείγμα (Santonastaso και συν, 1999). Συγκριτική έρευνα μεταξύ ισπανίδων και αμερικανίδων μαθητριών, αποκάλυψε μικρότερα ποσοστά βουλιμικών συμπτωμάτων και επιθυμίας απώλειας βάρους στο ισπανικό σε σχέση με το αμερικανικό δείγμα (Raich και συν, 1992). Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η διαίτα και άλλα στοιχεία του μεσογειακού πολιτισμού ευνοούν χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης των διατροφικών διαταραχών.

Διαπολιτισμική έρευνα σε ανατολικοευρωπαϊκό και αυστριακό δείγμα, που διεξήχθη προ των πολιτικών αλλαγών του 1989, έδειξε ισάξια διάδοση των διατροφικών διαταραχών μεταξύ ανατολικής και δυτικής Ευρώπης. Το φαινόμενο αυτό αποδόθηκε στην πρώιμη ταύτιση των ανατολικοευρωπαίων γυναικών με τα δυτικά πρότυπα περί ιδανικού βάρους σώματος. Οι συγγραφείς προέβλεψαν πιθανή αύξηση των διατροφικών διαταραχών στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης με την κατάρρευση του συστήματος, λόγω αισθημάτων κενού και ανασφάλειας μεταξύ των νέων (Rathner και συν, 1995). Οι φόβοι τους επιβεβαιώθηκαν από μεταγενέστερες μελέτες, σε πρώην σοσιαλιστικές χώρες (Szumska και συν, 2005). Τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών συναγωνίζονται αυτά της Δύσης, ενώ παρατηρείται μια γενικευμένη υιοθέτηση των δυτικών προτύπων εμφάνισης και μια τάση δυσαρέσκειας με το σώμα αν δεν πληροί τις προϋποθέσεις κάλλους που επιβάλουν τα πρότυπα αυτά (Bilukha & Utermohlen, 2001).

Η άποψη ότι τα άτομα με καταγωγή από τη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη έχουν πολιτισμικά μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν περιοριστικούς τύπους διατροφικών διαταραχών σε σχέση με άλλες εθνότητες υποστηρίχθηκε από τα ευρήματα μεγάλης επιδημιολογικής έρευνας στη Σουηδία. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι και τα άτομα με καταγωγή από την Ανατολική Ευρώπη είχαν ισάξιες πιθανότητες με τα άτομα από τη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη να αναπτύξουν ανορεξικού τύπου προβλήματα διατροφής (Lindberg & Hjelm, 2003).

1.3. Έρευνες εκτός Ευρώπης και ΗΠΑ

Έχει υποστηριχτεί ότι η εξάπλωση των διατροφικών διαταραχών είναι πιο περιορισμένη σε χώρες που αποκλίνουν από τα δυτικά πρότυπα σωματικής ομορφιάς, σωματικού βάρους και σχήματος σώματος. Ως ανασταλτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, στις μη δυτικές χώρες, έχουν προταθεί τα διαφορετικά πρότυπα ομορφιάς, η σημειολογία του σωματικού πάχους ως ενδεικτικού καλοζωίας, πλούτου, επιτυχίας και γονιμότητας περιορισμένος κοινωνικός ρόλος της γυναίκας, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο (Nassar, 1988). Αντίθετα όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός κοινωνικής ελευθερίας της γυναίκας, η αφθονία αγαθών, ο βαθμός εκβιομηχάνισης και η αποδοχή του δυτικού πρότυπου ζωής εις βάρος της παραδοσιακής κουλτούρας, αυξάνουν οι πιθανότητες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (Bemporad 1996; Lee & Lee, 1996).

Τα ευρήματα μελέτης που διεξήχθη σε δείγμα σπουδαστών τριών κινέζικων κοινοτήτων οι οποίες χαρακτηρίζονταν από διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης και κοινωνικού εκμοντερνισμού, ήταν υποστηρικτικά της άποψης ότι ο εκμοντερνισμός και η υιοθέτηση δυτικών προτύπων επηρεάζει τις διατροφικές διαταραχές. Συγκεκριμένα οι σπουδαστές που προέρχονταν από το ανεπτυγμένο και δυτικοποιημένο Χονγκ – Κονγκ είχαν μικρότερο σωματικό βάρος, μεγαλύτερη επιθυμία για

μικρότερο δείκτη μάζας σώματος και υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26 από τους ομόλογους τους του Σετσουάν και του αγροτικό Χουνάν. Χαρακτηριστικά η πιο παραδοσιακή ομάδα – οι σπουδαστές από το αγροτικό Χουνάν – είχαν τον μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος και την μικρότερη ενασχόληση με το θέμα του σωματικού βάρους (Lee & Lee, 2000). Παλαιότερη έρευνα δυο φάσεων, της ίδιας ερευνήτριας, σε 1020 δίγλωσσους κινέζους φοιτητές και φοιτήτριες στο Χονγκ Κονγκ, έδειξε ότι οι φοιτήτριες ενστερνίζονταν μεν το δυτικό ιδεώδες περί λεπτότητας σώματος αλλά ελάχιστες επιδίδονταν με συνέπεια σε δίαιτα, ενώ η επιθυμητή απώλεια βάρους ήταν πολύ χαμηλή συγκριτικά με τα δυτικά κριτήρια (Lee και συν, 1992). Αντίθετα οι φοιτητές επιθυμούσαν αύξηση βάρους σε αντίθεση με αμερικανούς ομόλογους τους που επιθυμούσαν αύξηση μυϊκής μάζας αλλά όχι βάρους. Στην ίδια έρευνα η επικράτηση διατροφικών διαταραχών μεταξύ του δείγματος ήταν της τάξης του 0,46% και αφορούσε μόνο βουλιμία υποκλινικού τύπου. Η έλλειψη παχυσαρκίας στην Κίνα θεωρήθηκε ότι συνδέεται με λιγότερη ενασχόληση με το πάχος, λιγότερη δυσαρέσκεια με το σώμα και λιγότερες περιοριστικές συμπεριφορές αναφορικά με το φαγητό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η επιθυμία για λεπτότητα έχει διαφορετική διαπολιτισμική παθογενετική ισχύ ιδιαίτερα όταν απουσιάζει ο διαμεσολαβητικός παράγοντας της παχυσαρκίας.

Στην ίδια δεκαετία, έρευνα σε μαθήτριες 14-19 ετών, στο Χονγκ Κονγκ, βρήκε υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διερεύνησης διατροφικών διαταραχών EAT στο 6,5% του δείγματος (Lee & Lee, 1996). Το ποσοστό μολονότι χαμηλότερο στο σύνολο του από τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών στη Δύση, ωστόσο απέδειξε συσχέτιση μεταξύ της υιοθέτησης δυτικών προτύπων συμπεριφοράς και της αύξησης των διατροφικών διαταραχών. Αντίθετα με τις κινέζες, οι ιαπωνίδες μολονότι έχουν εξίσου μικρό δείκτη μάζας σώματος, ωστόσο, έχουν ιδιαίτερα αυξημένο αίσθημα μη ικανοποίησης με το σώμα και διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Σύμφωνα με τους μελετητές, η παραδοσιακή ανάγκη κοινωνικής αποδοχής από τις ιαπωνίδες συνδυαζόμενη με την ικανοποίηση με το σώμα και τη διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που παρατηρείται στα ιαπωνικά δείγματα, αυξάνει την επικινδυνότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών στις νεαρές ιαπωνίδες (Nakamura και συν, 1999,2000). Νεώτερη έρευνα του Dr Gen Komaki, η οποία παρουσιάστηκε στο 16^ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχοσωματικής ιατρικής στην Σουηδία το 2001, αξιολόγησε τις παραπομπές για διατροφικές διαταραχές σε 1000 ιαπωνικά ιατρικά κέντρα για τις περιόδους 1980, 1985, 1993, 1998 και κατέδειξε σχεδόν δεκαπλάσια αύξηση των διατροφικών διαταραχών την τελευταία 20ετία. Η αύξηση αποδόθηκε σε κοινωνικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς παράγοντες που περιλάμβαναν τη στροφή προς ένα περισσότερο δυτικοποιημένο και αστικοποιημένο τρόπο ζωής που δίνει αξία στην εμφάνιση και την επιτυχία και την απομάκρυνση από τις παραδοσιακές αξίες. Εκτός των παραπάνω, ο μελετητής, κατέδειξε ως προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, τον εντεινόμενο ρόλο των μαζικών μέσων ενημέρωσης στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, στην μονόπλευρη προβολή προτύπων, στην παχυσαρκία λόγω κακής διατροφής, στον επιταχυνόμενο ρυθμό σωματικής και ψυχολογικής ωρίμανσης των εφήβων καθώς και στην αύξηση των κοινωνικών πιέσεων στην ιαπωνίδα γυναίκα.

Περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών έχουν αναφερθεί και σε αραβικές και μωσαμεθανικές χώρες, όμως η αστική συνήθως προέλευση των δειγμάτων και η χρήση δυτικών ερευνητικών εργαλείων απαγορεύει τις γενικεύσεις (Nobakht & Dezhkam, 2000). Οι Nobakht & Dezhkam διενέργησαν επιδημιολογική έρευνα σε 3100 μαθήτριες της Τεχεράνης και βρήκαν ότι η υπέρσχυση ανορεξικών και βουλιμικών συμπτωμάτων ήταν μεγαλύτερη από ότι σε άλλες χώρες της Ανατολής και αντίστοιχη με εκείνη χωρών της Δύσης. Παλαιότερη έρευνα του Nassar (1988) σε αιγύπτιες μαθήτριες, είχε αναφέρει ευρήματα βουλιμίας και ανορεξίας υποκλινικού τύπου. Περιπτώσεις

βουλιμίας έχουν αναφερθεί και σε έρευνα που διεξήχθη σε δείγμα νεαρών γυναικών στο Πακιστάν (Mumford & Whitehouse, 1992).

1.4. Σκέψεις επάνω στη Διαπολιτισμική ισχύ των Διαγνωστικών Κριτηρίων

Παρόλο που στις ασιατικές χώρες έχει τα τελευταία χρόνια αυξηθεί το ποσοστό επικράτησης των διατροφικών διαταραχών, έχουν ανιχνευθεί, όπως αναφέρθηκε προηγουμένα, διαφορές σε σχέση με τη Δύση, αναφορικά στο μέγεθος του προβλήματος, την ενασχόληση με το σώμα και την επιθυμία λεπτότητας, την μειωμένη παρουσία παχυσαρκίας κ.α. Επίσης, άλλοι παράμετροι που επηρεάζουν την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, όπως: ο τρόπος διατροφής και η σημαντικότητα της, οι πολιτισμικές αναπαραστάσεις σχετικά με τη θηλυκότητα, το βάρος/σχήμα σώματος κ.α., παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ Ανατολής και Δύσης. Τα ευρήματα αυτά, εγείρουν σοβαρά ερωτήματα σχετικά με την καταλληλότητα των υπάρχοντων διαγνωστικών κριτηρίων, που έχουν προκύψει από έρευνες σε σχεδόν αποκλειστικά λευκά δείγματα, όταν εφαρμόζονται σε μη δυτικούς πολιτισμούς.

Επί παραδείγματι, έρευνες στο Χονγκ Κονγκ και στην Ινδία, βρήκαν ότι στα περιστατικά ψυχογενούς ανορεξίας απουσίαζε ένα από τα βασικά κριτήρια κατάταξης, συγκεκριμένα ο φόβος του πάχους. Το γεγονός αυτό ώθησε στη σκέψη ότι ο φόβος του πάχους είναι πολιτισμικό γνώρισμα των δυτικών μόνο κοινωνιών και ως διαγνωστικό χαρακτηριστικό δεν είναι εφαρμόσιμο αδιάκριτα σε όλους τους πληθυσμούς (Lee και συν, 2007). Άλλη έρευνα σε ενήλικες και έφηβες γυναίκες στη Βομβάη, υποστήριξε ελέγχοντας τους παράγοντες: δυσαρέσκεια με το σώμα, περιοριστικές πρακτικές και εσωτερίκευση μηνυμάτων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, παρόμοια ευρήματα με αυτά των ΗΠΑ και της δυτικής Ευρώπης. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών έχουν διαπολιτισμική ισχύ (Shroff & Thompson, 2004).

2. Κοινωνικοοικονομικό Επίπεδο (ΚΟΕ)

Η αντίληψη ότι οι διατροφικές διαταραχές, και ιδιαίτερα η ψυχογενής ανορεξία, εμφανίζονται αποκλειστικά στα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα, αποτελούσε κοινό τόπο μέχρι το 1980 (Bruch, 1973, 1978; Palazzoli, 1974).

Τα ερευνητικά ευρήματα επιβεβαίωναν αυτή την άποψη, εφόσον ο κύριος όγκος των δεδομένων αφορούσε σε νεαρές λευκές ανορεξικές από ανώτερα κοινωνικά στρώματα (Gowers & McMahon, 1989; Brumberg 1988). Επίσης, η μεγαλύτερη επικράτηση της ανορεξίας στις λευκές γυναίκες, οι λιγότερες έρευνες και ο προσανατολισμός τους κυρίως στον λευκό πληθυσμό, η μεγαλύτερη πρόσβαση των ανώτερων οικονομικά στρωμάτων σε υπηρεσίες υγείας, ενίσχυσαν την εικόνα ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν πεδίο των πλούσιων λευκών (Rand & Kuldau, 1990).

Μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν, ωστόσο, μια τάση διασποράς των διατροφικών διαταραχών και σε άλλα κοινωνικά στρώματα (Gard & Freeman, 1996). Ωστόσο, το παραπάνω εύρημα δεν επιβεβαιώθηκε σε όλες τις σχετικές έρευνες (Kendler και συν, 1991; Walters & Kendler, 1995). Οι παραπάνω ερευνητές υποστήριξαν ότι η ανορεξία αποτελεί σύνδρομο που σχετίζεται με

την κοινωνική τάξη (class bound syndrome), σε αντίθεση με τη βουλιμία που είναι ανεξάρτητη κοινωνικής τάξης.

Οι McClelland & Crisp (2001), εξετάζοντας την κοινωνική διαστρωμάτωση γυναικών με ψυχογενή ανορεξία, την τελευταία τριακονταετία, αναφέρουν ότι το ποσοστό ασθενών από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, παρουσίασε αύξηση μετά το 1985. Οι συγγραφείς αποδίδουν το γεγονός αυτό σε παράγοντες όπως : η υπερίσχυση των αξιών της μεσαίας τάξης σε μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού μέσω της εκπαιδευτικής ενοποίησης, η βελτίωση και η ευρύτερη διάθεση των θεραπευτικών υπηρεσιών, η μετακίνηση των εύπορων ασθενών στον ιδιωτικό τομέα θεραπείας. Οι ίδιοι μελετητές υποστήριξαν ότι η ανορεξία αντανακλά την ενδόμυχη διαπάλη μεταξύ των κοινωνικών και οικογενειακών αξιών των μεσαίων και ανώτερων τάξεων και των ευρύτερων κοινωνικών πιέσεων που ασκούνται επάνω στο άτομο.

Το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχει συχνά συσχετιστεί θετικά με την ψυχοσωματική υγεία, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Δηλαδή, η οικονομική ευμάρεια και η υψηλή θέση στην κοινωνική διαστρωμάτωση εξασφαλίζει καλύτερα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας λόγω πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, λιγότερο στρες, μεγαλύτερη κοινωνική καταξίωση κ.α. (Mechanic, 1989; Ensminger και συν, 2002). Οι Story και συν (1995) και Neumark – Sztainer και συν (2000), ανίχνευσαν υψηλότερα ποσοστά διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών σε έφηβες και μεγαλύτερες γυναίκες από χαμηλότερα κοινωνικά – οικονομικά στρώματα. Έρευνα, επίσης, των Rand & Kuldau (1990), βρήκε θετική συσχέτιση μεταξύ της βουλιμίας και του χαμηλού κοινωνικού – οικονομικού επιπέδου. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υψηλή κοινωνική τάξη και το υψηλό οικονομικό επίπεδο δεν θωρακίζουν από την ανάπτυξη διατροφικών προβλημάτων (Gibbons, 2001).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και των διατροφικών διαταραχών έχει διαφυλετική ισχύ. Οι Striegel Moore και συν, (2000a), ανίχνευσαν σε μεγάλο δείγμα λευκών και έγχρωμων κοριτσιών, αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (προσδιορισμένου από το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων) και της βαθμολογίας στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου EDI, εκτός των υποκλιμάκων ‘Δυσαρέσκεια με το σώμα’ και ‘Τελειομανία’. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα προηγούμενης έρευνας σε μικτό φυλετικό πληθυσμό. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 36.000 μαθητές γυμνασίου και παρατηρήθηκε ότι το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετιζόταν με μικρότερη υπερφαγική πρακτική και εμετό και υψηλότερα ποσοστά στην υποκλίμακα ‘υπερηφάνεια για το σώμα’ (Story και συν, 1995).

Γενικότερα η βουλιμία και η υπερφαγία έχει βρεθεί ότι υπερισχύουν στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα (Stiegel Moore και συν, 2000a). Το εύρημα αυτό υποστηρίζουν και νεότερες μελέτες όπως των Hermes & Keele (2003). Ερευνώντας την επικράτηση της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας σε αμερικανούς λατινικής καταγωγής, βρήκαν αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της διαταραχής. Βέβαια το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται, πιθανότατα, με την ισχυρότερη προσήλωση στην λατινοαμερικανική κουλτούρα, η οποία ενισχύει υπερφαγικές πρακτικές (Alegria και συν, 2007).

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η ενασχόληση με το βάρος σώματος και η αίσθηση μη ικανοποίησης με το σώμα αυξάνει αναλογικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι Caldwell και συν (1997), βρήκαν ότι το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και όχι η φυλή επηρεάζει τη σχέση μεταξύ βάρους, μη ικανοποίησης με το σώμα και αυτοεκτίμησης. Παρόμοιο ήταν το εύρημα παλαιάς διαφυλετικής έρευνας σε μαύρους βρετανούς ασθενείς. Αν και το μορφωτικό και

κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο ήταν χαμηλότερο συγκριτικά με τη λευκή ομάδα ήταν υψηλότερο του μέσου όρου στον έγχρωμο πληθυσμό (Holden & Robinson, 1988).

Τα συχνά αντιφατικά ευρήματα των επιδημιολογικών και των κοινοτικών ερευνών (community studies), έχουν εν μέρει αποδοθεί, στην χρήση διαφορετικών μοντέλων ερμηνείας, αξιολόγησης και δειγματοληψίας από τους ερευνητές (Gard & Freeman, 1996).

Τελευταία ωστόσο η έρευνα έχει προσανατολιστεί στην επίδραση του κοινωνικοοικονομικού παράγοντα – μεταξύ άλλων παραγόντων – στις διάφορες εθνικές ομάδες που συνυπάρχουν στις πολυπολιτισμικές δυτικές κοινωνίες (Regier, 2007; Wade, 2007). Παράλληλα διερευνάται οι πιθανότητα κάποιες μορφές διατροφικών διαταραχών να επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικές και μορφωτικές παραμέτρους, ενώ άλλες όχι.

Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι οι διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας αποτελεί ‘πολιτισμικά προσδιορισμένο σύνδρομο’ τουλάχιστον όσον αφορά το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Reagan και συν, 2005). Ανεξαρτήτως φυλής, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει την διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, η έρευνα των Reagan και συν, διαπίστωσε ισχύ της σχέσης μόνον στις γυναίκες.

3. Άλλοι Κοινωνικοδημογραφικοί Παράγοντες

Έχει αναφερθεί σχέση μεταξύ της ανεργίας, του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτώχειας και των διατροφικών διαταραχών (Austin και συν, 2009). Έχει βρεθεί ότι η ανεργία των γονέων και η εργασία μόνο της μητέρας μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες επικινδυνότητας για υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT (Thomas και συν, 2002). Οι ερευνητές επεσήμαναν τον διαμεσολαβητικό ρόλο παραγόντων όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία των γονέων και το μονογονικό στάτους της οικογένειας. Έχοντας βρει ότι η αυτοεκτίμηση των εφήβων βρέθηκε χαμηλότερη όταν μόνο ένας γονιός εργαζόταν υποστήριξαν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κατάθλιψη μπορεί να διαμεσολαβούν μεταξύ οικονομικών και πολιτισμικών πιέσεων και διατροφικών διαταραχών.

Ένας άλλος κοινωνικός παράγοντας που βρέθηκε ότι επηρεάζει την ανάπτυξη βουλιμίας αλλά όχι ανορεξίας, είναι η αστικοποίηση (Hoek και συν, 1995b). Η έρευνα που διεξήχθη σε 151,781 άτομα (1% του Ολλανδικού πληθυσμού) τα οποία κατά την περίοδο 1985-1989 εισήχθησαν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη διέκρινε μεγαλύτερη από πενταπλάσια διαφορά στις τιμές ψυχογενούς βουλιμίας μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών. Οι ερευνητές αφού εξακρίβωσαν ότι η ηλικιακή κατανομή δεν επηρεάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις πόλεις κατέληξαν ότι υπάρχει ενδεχόμενη αιτιολογική σχέση μεταξύ της αστικοποίησης και της βουλιμίας.

4. Φύλο

4.1. Γυναίκες και Διαταραχές Διατροφής

Η αριθμητική υπεροχή των γυναικών, έναντι των ανδρών, στις διατροφικές διαταραχές έχει επιβεβαιωθεί σε πλειάδα παλαιότερων και νεότερων ερευνών (Fairburn & Beglin, 1990, Hoek και συν 1995a; Barry & Grilo, 2002; Mussap, 2007). Ακόμη και στη σπάνια περίπτωση που τα γένη παρουσιάζουν ίση επικράτηση, οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένες τιμές σε σχέση με τους άντρες σε παράγοντες που σχετίζονται με τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής (Edman & Yates, 2004).

Αναπόφευκτα, το εύρημα αυτό συνδέθηκε ιστορικά με το γυναικείο ζήτημα. Συγκεκριμένα με τις αλλαγές που σημειώθηκαν μεταπολεμικά στη θέση της γυναίκας σε διάφορα επίπεδα (εργασιακό, κοινωνικό και σεξουαλικό) και με τις κοινωνικές συγκρούσεις που ακολούθησαν στις παραδοσιακά ανδροκρατούμενες κοινωνικές δομές (Herpworth, 1999; Frost, 2001).

Έχει επισημανθεί ότι η πίεση που ασκείται στη σύγχρονη γυναίκα να είναι ανταγωνιστική στον εργασιακό χώρο χωρίς ταυτόχρονα να χάσει τη θηλυκότητά της και γενικότερα το στρες συμμόρφωσης με τον γυναικείο ρόλο αποτελεί γόνιμο έδαφος για την ανάπτυξη προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής (Bruch, 1978; Palazzoli, 1974; Bekker και συν, 2002; Mussap και συν, 2007; Herp και συν, 2005). Έχει υποστηριχθεί ότι σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές οι πολιτισμικές έννοιες της θηλυκότητας και της αρρενωπότητας θα πρέπει να συνεκτιμώνται, εφόσον οι γυναίκες με ισχυρή δέσμευση στους γυναικείους ρόλους και μικρό ποσοστό 'ανδρόγυνων' στοιχείων, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (Herp και συν, 2005).

Κατά τις δεκαετίες του '80 και του '90, υποστηρίζονταν ότι τα διατροφικά προβλήματα αποτελούσαν την ακραία έκφραση της κρίσης της γυναικείας ταυτότητας (Bordo, 1985/86). Ο Gordon (2000), ανατέμνοντας την ιστορία των διατροφικών διαταραχών αναφέρει ότι οι γυναίκες κλήθηκαν σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα να συνθέσουν μέχρι πρότινος ασυμβίβαστες, με το ρόλο τους, ιδιότητες, όπως η ανταγωνιστικότητα, η επιτυχία και η ανεξαρτησία (σ. 96).

Η ανορεξική γυναίκα του σύγχρονου μεταβιομηχανικού κόσμου έχει συχνά παρομοιαστεί με την υστερική βικτοριανή ομόλογο της. Η βικτοριανή γυναίκα, περιορισμένη στον περιφερειακό κοινωνικό ρόλο της μητέρας/ συζύγου/ οικοδέσποινας, κατώτερη και εξαρτώμενη οικονομικά και σεξουαλικά από τον σύζυγό της, κατέφευγε στην αρρώστια, ώστε να προστατευτεί και να διαφύγει των ψυχικών συγκρούσεων και των δυσάρεστων καθηκόντων (ενδεχομένως και του συζυγικού). Παράλληλα, η υστερία επέτρεπε στη γυναίκα, τον παθητικό και έμμεσο έλεγχο της ζωής της (Basuk, 1985). Η υστερία όπως και η ανορεξία ορίστηκαν, στις κλασικές πραγματείες, ως μορφές καλυμμένης κοινωνικής διαμαρτυρίας ενάντια στην πατριαρχία (Gordon, 2000).

Η ανάπτυξη συμπτωματικής συμπεριφοράς στις γυναίκες έχει σχετιστεί με τη διαφορετική διαπαιδαγώγηση αγοριών και κοριτσιών. Τα κορίτσια μαθαίνουν να επιδιώκουν την κοινωνική αποδοχή περισσότερο από ό,τι τα αγόρια, ενώ αντίθετα ενθαρρύνονται λιγότερο να επιτύχουν. Η ταύτιση των γυναικών με ένα αρνητικό μοντέλο θηλυκότητας που χαρακτηρίζεται από

παθητικότητα, εξάρτηση και χαμηλή αυτοεκτίμηση ισχύει ανεξάρτητα του σεξουαλικού τους προσανατολισμού και επηρεάζει σε ίσο βαθμό την ανάπτυξη διατροφικών προβλημάτων (Ricciardelli & McCabe, 2001).

Ποσοτικές και ποιοτικές έρευνες έχουν επισημάνει ότι τα στερεότυπα φύλου συνεχίζουν να έχουν ισχύ. Οπότε, η εικόνα σώματος και η συναισθηματική έκφραση, διαφέρει μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Η εξωτερική εμφάνιση, αν και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αυτοεκτίμηση των εφήβων και των δυο φύλων, έχει πολύ μεγαλύτερη σημασία για τα κορίτσια από ό,τι για τα αγόρια (Abell & Ritchards, 1996; Poice – Lynch και συν, 1998; Almond, 2000; Connan και συν, 2007).

Η ταύτιση της προσωπικής αξίας με την εμφάνιση, καθιστά ευάλωτες, τις γυναίκες, στα κυρίαρχα πολιτισμικά πρότυπα σώματος. Το ιδεώδες του ‘λεπτού σώματος’ έχει αναφερθεί ότι διαμεσολαβεί στην ανάπτυξη βουλιμίας, κατάθλιψης και μη ικανοποίησης με το σώμα (Wiederman & Pryor, 2000).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η έλλειψη ικανοποίησης με το σχήμα και το βάρος του σώματος και η διαιτητική συμπεριφορά, ξεκινά στα κορίτσια από την παιδική ηλικία (Schur και συν, 2000). Τα κορίτσια είναι περισσότερο ευάλωτα στα μηνύματα των μαζικών μέσων ενημέρωσης και υιοθετούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα αγόρια το ιδανικό της λεπτότητας (Cusumaro & Thompson, 1997).

Έρευνα σε 1266 εφήβους και των δυο φύλων, βρήκε ότι τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο από τους συνομήλικους τους, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις μητέρες τους. Η ίδια έρευνα επιβεβαίωσε εύρημα, σύμφωνα με το οποίο, οι μητέρες επηρεάζουν τη διαμόρφωση της σωματικής εικόνας και την υιοθέτηση στρατηγικών απώλειας βάρους στις κόρες τους (Mukai και συν, 1994). Γενικότερα, τα κορίτσια δέχονται περισσότερες πιέσεις από τους συνομηλικούς τους να χάσουν βάρος και αισθάνονται συγκριτικά με τα αγόρια περισσότερη δυσαρέσκεια με το σώμα τους, κατάθλιψη και ενόρμηση για σωματική λεπτότητα (drive to thinness) (Wiederman & Pryor, 2000; Wardle & Walters, 2004).

Αντίθετα από τα κορίτσια, τα αγόρια δέχονται πολύ λιγότερες πιέσεις, από την ίδια ομάδα, να αυξήσουν τον μυϊκό τους τόνο ή όγκο (McCabe & Ricciardelli, 2001). Συγκριτικά με τα αγόρια εφήβους, οι έφηβες νοιάζονται περισσότερο για την εμφάνιση τους, δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένες με το σώμα τους, αισθάνονται συχνότερα υπέρβαρες (McCabe & Ricciardelli, 2001a) και δέχονται περισσότερους χλευασμούς για το σχήμα και το βάρος του σώματος τους (Grilo & Masheb, 2005).

4.2. Άνδρες και Διαταραχές Διατροφής

Η πρώτη ιστορική καταγραφή διατροφικής διαταραχής σε άτομο αρσενικού γένους, έγινε το 1694, από τον άγγλο γιατρό Morton. Επρόκειτο για ένα νεαρό γόνο αριστοκρατικής οικογένειας που απείχε της τροφής και παρουσίαζε την εικόνα ψυχικής και σωματικής καθίζησης που συναντάται στους σύγχρονους ανορεξικούς.

Κατά τον 19^ο αιώνα και το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, υπάρχουν σχεδόν μηδενικές αναφορές σε διατροφικά προβλήματα στους άνδρες. Είναι δύσκολο να γνωρίζουμε αν πράγματι εξέλειπαν αυτές οι διαταραχές ή η ελάχιστη επικράτηση οφειλόταν στη διαφορετική διάγνωση, λόγω

της ιατρικής πεποίθησης ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούσαν γυναικείο ζήτημα (Woodside και συν, 2001; Malson και συν, 2004).

Η στασιμότητα στα ποσοστά διατροφικής διαταραχής στους άνδρες, ενίσχυσε την άποψη ότι, αντίθετα με τις γυναίκες, αναπτύσσουν άτυπες μορφές διαταραχής ή ότι το πρόβλημα περιορίζεται στους ομοφυλόφιλους (Herzog και συν, 1984; Carlat και συν, 1997). Ο μικρός όγκος βιβλιογραφίας για τις διατροφικές διαταραχές στους άνδρες, αφήνει δικαιολογημένα ανοιχτή την πιθανότητα, να απηχεί πολιτισμικά στερεότυπα (Shapiro & Anderson, 2003) και μια λογική πολιτισμικού εκλεκτικισμού.

Κατά τη δεκαετία του '90 υπολογίζονταν ότι το 10% των περιπτώσεων διατροφικών διαταραχών, ήταν άνδρες. Παρέμενε, όμως, αμφίβολο αν το ποσοστό αυτό ανταποκρινόταν σε πραγματικές τιμές ή στο σχετικά χαμηλότερο, συγκριτικά με τις γυναίκες, ποσοστό ανδρών που ζητούσαν ιατρική βοήθεια ή έπαιρναν διάγνωση διατροφικής διαταραχής (Herworth, 1999; Hautala, 2008). Η συγκριτική αύξηση στα ποσοστά διατροφικών διαταραχών στους άνδρες, σήμερα, ενδέχεται να απηχεί διαφοροποιήσεις σε αυτούς τους δευτερογενείς παράγοντες. Πρόσφατη έρευνα του πανεπιστημίου Harvard, βρήκε σε μεικτό δείγμα 3000 ατόμων, επικράτηση 25% στους άνδρες σε όλες τις διατροφικές διαταραχές και 40% στην διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας (Hudson, 2007a).

Νεότερες έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες μορφές διατροφικών διαταραχών (κυρίως βουλιμικού/υπερφαγικού τύπου) είναι περισσότερο, από ότι πιστεύεται, διαδεδομένες μεταξύ των ανδρών (Hudson και συν, 2007a). Επίσης εικάζεται ότι οι άντρες επιδίδονται σε έλεγχο του σώματος (body checking), μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με την διαταραχή εικόνας σώματος και τις διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, υπάρχουν λίγα ερευνητικά στοιχεία και πρόσφατα έχει προταθεί ερευνητικό εργαλείο για την διερεύνηση αυτής της συμπεριφοράς στους άνδρες (Male Body Checking Questionnaire) (Hildebrandt και συν, 2009).

Ιστορικά, η μικρότερη επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στους άνδρες, έχει αποδοθεί σε βιολογικούς παράγοντες (Andersen & Michalide, 1983; Andersen και συν, 1995, 2000), κοινωνικούς – πολιτισμικούς παράγοντες (Hsu, 1989); ψυχοδυναμικούς παράγοντες, στην απροθυμία των αντρών να ζητήσουν θεραπεία (Margo, 1987) και στην προδιάθεση του ιατρικού προσωπικού να προβεί σε διαφορετική διάγνωση (Herworth, 1999; Malson, 2004). Η δυσκολία διάγνωσης των ανδρών με διατροφικές διαταραχές, έχει αποδοθεί και στις διαφορές μεταξύ των φύλων, στη λεκτική περιγραφή προβλημάτων στο σχήμα και βάρος του σώματος και στους λόγους που ωθούν στη δίαιτα (Hoek και συν, 1995a).

Οι Olivardia και συν (1995), σε μια από τις πρώτες συγκριτικές κοινοτικές μελέτες, μεταξύ ανδρών διαγνωσμένων με διατροφικές διαταραχές και υγιών ανδρών, ανακάλυψαν ότι οι διατροφικά διαταραγμένοι άντρες παρουσίαζαν παρόμοια φαινομενολογικά χαρακτηριστικά με τις διατροφικά διαταραγμένες γυναίκες και διέφεραν ριζικά με την υγιή αντρική ομάδα σύγκρισης στη συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και στο βαθμό δυσαρέσκειας με τη σωματική τους εικόνα. Και στις δυο αυτές παραμέτρους, οι άντρες με διατροφικές διαταραχές, είχαν υψηλότερες τιμές από αυτές των υγιών ανδρών και πλησιέστερες των γυναικών του δείγματος. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε μεγαλύτερη συχνότητα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία μεταξύ των διατροφικά διαταραγμένων αντρών σε σχέση με τα υγιή άτομα. Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία έχει σχετιστεί, επίσης, θετικά με την αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης, ιδιαίτερα σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες, ολικής ή μερικής/υποκλινικής διατροφικής διαταραχής, ιδιαίτερα βουλιμικού τύπου (Feldman & Meyer,

2000a). Επίσης, συγκρινόμενοι με τους υγιείς άντρες, οι άντρες με διατροφικές διαταραχές, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά διάγνωσης ψυχικής διαταραχής και δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Δεν έχει, ωστόσο, διασαφηνιστεί αν τα φαινόμενα αυτά αποτελούν επακόλουθο των διατροφικών διαταραχών ή προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη τους (Woodside και συν, 2001).

Οι άντρες και οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, σύμφωνα με πολλές μελέτες, παρουσιάζουν παρόμοια φαινομενολογικά, επιδημιολογικά, ενδοκρινολογικά και ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (Crisp και συν, 1972; Crisp, 1983; Eliot & Woodbaker, 2001; Olivardia και συν, 1995). Οι άντρες με διατροφικά προβλήματα έχουν σε ίσο βαθμό με τις γυναίκες ομόλογους τους, την τάση να βλέπουν τον εαυτό τους παχύτερο από ότι είναι στην πραγματικότητα (Mangweth και συν, 2003), ενώ σε υγιείς πληθυσμούς οι γυναίκες υπερβαίνουν τους άντρες στη λανθασμένη εκτίμηση του βάρους (Grover και συν, 2003). Φαίνεται, ότι άντρες και γυναίκες μοιράζονται, επίσης, κοινή ψυχοκοινωνική συννοσηρότητα (Woodside και συν, 2001; Carlat και συν, 1997). Παλαιότερες έρευνες, είχαν επισημάνει ότι οι άντρες και οι γυναίκες με διατροφικά προβλήματα, είχαν παρόμοια ποσοστά οικογενειακών ψυχιατρικών διαταραχών και μοντέλων οικογενειακών σχέσεων αν και οι άντρες ανέφεραν μεγαλύτερη απόσταση από τον πατέρα από ότι οι γυναίκες (Dolan και συν, 1990).

Η ποσοστιαία διαφορά μεταξύ των φύλων στην επικράτηση των διατροφικών διαταραχών ξεκινά από την εφηβεία. Οι έφηβοι συγκριτικά με τις έφηβες παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών. Στα αγόρια έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερο ποσοστό διατροφικών διαταραχών στα πρώτα παιδικά χρόνια (Chatoor, 1992), ενώ αργότερα προσπαθούν να αυξήσουν τον μυϊκό τους τόνο και τον όγκο τους (Cusumaro & Thompson, 1997; Ricciardelli & McCabe, 2003; Mosley, 2009). Βέβαια έχει συχνά αναφερθεί ότι κυρίως λόγω της αύξησης της παχυσαρκίας, όλο και μεγαλύτερος αριθμός αγοριών επιδίδεται σε εξαντλητικές διαιτητικές πρακτικές που μπορούν να φτάσουν μέχρι την παθολογική περιοριστική συμπεριφορά (Ricciardelli & McCabe, 2003). Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών σε συμπεριφορικό αλλά και οργανικό επίπεδο. Σε επίπεδο συμπεριφοράς, οι άνδρες είναι πιθανότερο να ανησυχούν για το συνολικό σχήμα του σώματος τους ή το σωματότυπο τους, παρά για το βάρος τους. Μπορεί να εκφράσουν ανησυχία για τον κορμό και τα μπράτσα τους και να θέσουν στόχους για τη βελτίωση της εμφάνισης αυτών των μερών του σώματος, παρά να προσπαθήσουν να χάσουν βάρος (Andersen και συν, 2000). Οργανικά, βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά οστεοπόρωσης σε άνδρες με διατροφικά προβλήματα από ότι σε γυναίκες με παρόμοια προβλήματα (όπως παραπάνω).

Η εύρεση διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών, έχει θέσει υπό αμφισβήτηση την αξιοπιστία διαγνωστικών κριτηρίων και θεραπειών, που έχουν ουσιαστικά διαμορφωθεί με βάση τις γυναίκες, όταν εφαρμόζονται στους άνδρες. Ιδιαίτερα η συμπερίληψη μεταξύ των κριτηρίων διάγνωσης, του έντονου φόβου πρόσληψης βάρους, που δεν ισχύει για τους άνδρες, εγείρει πολλά ερωτήματα αξιοπιστίας και απαιτεί τη διεύρυνση/ εξειδίκευση των κριτηρίων αξιολόγησης των διατροφικών διαταραχών, ώστε να περιλάβουν τις ιδιαιτερότητες των διατροφικών διαταραχών στους άντρες (Hudson και συν, 2007a).

4.3. Σεξουαλικός Προσανατολισμός και Διαταραχές Διατροφής

Έχει βρεθεί, ότι οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άντρες, ανεξαρτήτου φυλής, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από τους ετεροφυλόφιλους άντρες να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές και δυσμορφική διαταραχή σώματος (Williamson & Hartley, 1998; Wichstrøm, 2006; Feldman & Meyer, 2007 a).

Συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές, όπως ενδιαφέρον για το σχήμα και το βάρος του σώματος, εντονότερη και συχνότερη δίαιτα και περισσότερα βουλιμικά χαρακτηριστικά (Epel και συν, 1996), φαίνεται να επικρατούν με μεγαλύτερη συχνότητα στους ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες (Thomas και συν, 2002b). Το ιδανικό του λεπτού και μυώδους σώματος, που επικρατεί στην ομοφυλοφιλική κοινότητα, η έμφαση στην εμφάνιση και στη μόδα έχει συσχετιστεί με την επικινδυνότητα εμφάνισης διατροφικών προβλημάτων (Hospers & Jansen, 2005).

Κατά πόσον η μεγαλύτερη ελαστικότητα σε ζητήματα βάρους, που επιτρέπει η κουλτούρα των ομοφυλόφιλων γυναικών, προστατεύει τα μέλη αυτής της κοινότητας, από τις διατροφικές διαταραχές, παραμένει αμφιλεγόμενο (Epel και συν, 1996). Νεώτερη έρευνα δεν βρήκε διαφορές στην επικράτηση διατροφικών διαταραχών, μεταξύ λεσβιών, αμφιφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων γυναικών (Feldman & Meyer, 2007a).

Αν και αμφισβητείται η ομοιογένεια των ομοφυλόφιλων αντρών και γυναικών, πιθανοί κοινοί παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση διατροφικών προβλημάτων, αναφέρθηκαν, η προσήλωση στην ομοφυλοφιλική κουλτούρα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη κ.α. (Moore & Keel, 2003; Feldman & Meyer, 2007b).

Η διαπιστωμένη αύξηση των διατροφικών διαταραχών στον ανδρικό πληθυσμό γενικότερα, χωρίς να απορρίπτει την υπόθεση ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός πιθανόν να λειτουργεί ως παράγοντας αύξησης της επικινδυνότητας ανάπτυξης αυτών των συνδρόμων, εν μέρει την υπερβαίνει καθώς θέτει υπό αμφισβήτηση την κυρίαρχη αντίληψη ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν κυρίως 'γυναικεία' ασθένεια.

Γ. Αναπτυξιακοί Παράγοντες

Η εφηβεία ως φάση ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και αυτονομίας έχει συχνά συνδεθεί με τις διατροφικές διαταραχές ιδιαίτερα όταν η έναρξη του συνδρόμου συμπίπτει με αυτήν (Hermes & Keel, 2003).

Ο φόβος των ψυχοσεξουαλικών και κοινωνικών απαιτήσεων της εφηβείας από τα άτομα που αναπτύσσουν ανορεξική συμπτωματολογία αναλύθηκε διεξοδικά στο παρελθόν, από την πρωτοπόρο κλινικό και θεωρητικό Hilde Bruch. Σύμφωνα με τη συγγραφέα, η αλλαγή του βάρους και του σχήματος του σώματος και η εμμηνарχή στην εφηβεία φοβίζουν την έφηβο διότι προοιωνίζουν την ενηλικίωση για την οποία δεν είναι έτοιμη. Κατά συνέπεια ο έλεγχος του σώματος μέσω της άρνησης τροφής συμβολικά υποκαθιστά και μειώνει την αγωνία για την απώλεια ελέγχου σε άλλες σημαντικές καταστάσεις ζωής. Επίσης η ενδεχόμενη μετοίκηση και εγκατάλειψη του πατρικού σπιτιού και της οικογένειας με την είσοδο στο πανεπιστήμιο μπορεί σε ευάλωτες εφήβους να επιτείνει το φόβο αποτυχίας και να πυροδοτήσει την άρνηση τροφής ως μέσου συμβολικής επιστροφής στην παιδική ηλικία και σε μια συμβιωτική σχέση με τη μητέρα που παρότι υπονομευτική στην αυτονομία της προσφέρει την ψευδαίσθηση ασφάλειας και αγάπης (Bruch, 1973,1978).

Αν και η περίοδος της εφηβείας αυξάνει την επικινδυνότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, χρειάζεται να συνυπάρχουν και άλλοι ιδιοσυγκρασιακοί και πολιτισμικοί παράγοντες, για να συντελεστεί αυτό. Παράγοντες όπως η αρνητική εικόνα σώματος, η χρόνια διαιτητική συμπεριφορά, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα ψυχοπαθολογικών προβλημάτων κ.α., επηρεάζουν δυναμικά προς αυτήν την κατεύθυνση.

Συχνά, η δυσαρέσκεια με το σχήμα και το βάρος του σώματος ή η διαιτητική συμπεριφορά, έχει ήδη ξεκινήσει από την προεφηβεία (Stice και συν, 1999; Sinton & Birch, 2005). Αρκετά πρόσφατη έρευνα σε 182 ολλανδές, 5-9 ετών, πρόβλεψε ότι τα κορίτσια με έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα το σώματος τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν μελλοντικά περιοριστικές διαιτητικές συμπεριφορές και απρόσφορες διατροφικές συμπεριφορές (Davison και συν, 2003).

Στην εφηβεία, τα κορίτσια ιδιαίτερα, ασχολούνται πολύ με την εμφάνισή τους και είναι πιθανότερο να αισθάνονται υπέρβαρες (McCabe & Ricciardelli, 2001a,b). Η τάση υπερεκτίμησης του σωματικού βάρους επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και συνδέεται με περισσότερη κατάθλιψη (Berger και συν, 2008).

Τα ευρήματα αυτά δικαιολογούν το γεγονός της αριθμητικής υπερίσχυσης των έφηβων κοριτσιών σε σχέση με τα αγόρια, στις διατροφικές διαταραχές.

Επίσης οι έφηβες είναι πιθανότερο να έχουν αρνητική εικόνα για το σώμα τους σε σχέση με τα αγόρια. Η αρνητική εικόνα σώματος έχει βρεθεί ότι, μειώνει την αυτοεκτίμηση (Stice και συν, 2003; Krones και συν, 2005), αυξάνει τη δυσαρέσκεια με το σώμα, την κατάθλιψη και ενισχύει την ενόρμηση για λεπτότητα (drive for thinness). Η ενόρμηση για λεπτότητα, γνωρίζουμε ότι πολιτισμικά επηρεάζει περισσότερο τα κορίτσια (Cogley & Keel, 2001). Ενδεχομένως να λειτουργεί διαμεσολαβητικά στη σχέση μεταξύ δυσαρέσκειας με το σώμα και διατροφικών διαταραχών (Wiederman και συν, 2000; Sands, 2003).

Παρότι όλοι οι έφηβοι υφίστανται θεαματικές αλλαγές στο σώμα τους κατά την εφηβεία, τα κορίτσια, με την εμμηναρχή, παρουσιάζουν συγκέντρωση λίπους σε ορισμένα μέρη του σώματος. Η αλλαγή της σωματικής εικόνας σε συνδυασμό με τα πρότυπα γυναικείας ομορφιάς τα οποία έχει ήδη ενσωματώσει η έφηβη μπορεί να λειτουργήσουν ενισχυτικά στην ανάπτυξη περιοριστικών ή βουλιμικών συμπεριφορών. Όπως είναι γνωστό, η ενσωμάτωση ενός λεπτού προτύπου σώματος, η σύγκριση με τους συνομήλικους και η γενικότερη δυσαρέσκεια με το σχήμα και το βάρος του σώματος, αποτελούν κυρίως για τα κορίτσια, παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη δυσμορφικής διαταραχής σώματος και διατροφικών διαταραχών (Carlson – Jones, 2001).

Σημαντική είναι και η σχέση διατροφικών προβλημάτων και ψυχοπαθολογίας, στην εφηβεία. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι προϋπάρχουσες ψυχοπαθολογικές ενδείξεις, αυξάνουν την πιθανότητα διατροφικών διαταραχών. Σε τριετή έρευνα σε αυστραλιανούς εφήβους οι Becker και συν (1998), βρήκαν ότι στην περίπτωση ψυχιατρικής συννοσηρότητας οι έφηβοι και των δυο φύλων είχαν έξι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τους υγιείς συνομήλικους τους να παρουσιάσουν διατροφικές διαταραχές. Η συνύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής έχει βρεθεί ότι επηρεάζει δυσμενώς την θεραπευτική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών (Jordan και συν, 2008; Grilo και συν, 2009).

Η πίεση των συνομηλίκων (peer pressure) για απώλεια βάρους, όπως επίσης η έκθεση, ιδιαίτερα των εφήβων κοριτσιών, σε συζητήσεις που αφορούν στο σχήμα και βάρος του σώματος (thin talk), επηρεάζει το βαθμό αποδοχής ή απόρριψης του σώματος και αυξάνει τον κίνδυνο διατροφικών διαταραχών (Stice και συν, 2003). Η διαπροσωπική χλεύη (interpersonal teasing) σχετίζεται με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής (Sweetingham & Waller, 2008). Οι παραπάνω απομόνωσαν το συναίσθημα ντροπής και το κοινωνικό άγχος ως παράγοντες που διαμεσολαβούν μεταξύ των εμπειριών της χλεύης ή/και της παρενόχλησης (bullying) και των διατροφικών διαταραχών. Παλαιότερη έρευνα είχε απομονώσει ως σημαντικό παράγοντα για την ενίσχυση της δυσαρέσκειας με το σώμα και την αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, τη σημασία που έδιναν οι συνομήλικοι στο βάρος σώματος και την κοροϊδία για το βάρος του σώματος (Taylor και συν, 1998). Η ανάγκη της περαιτέρω διερεύνησης της κοροϊδίας, ως αιτιολογικού παράγοντα για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, σημειώνεται σε αρκετές έρευνες (Gerner & Wilson, 2005; Annus και συν, 2007). Ενδιαφέρουσα ένδειξη της διαπολιτισμικής επίδρασης της χλεύης στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, αποτελεί η καταγεγραμμένη περίπτωση νεαρού ανορεξικού κοριτσιού από παραδοσιακή οικογένεια του Πακιστάν όπου η ανορεξική συμπτωματολογία βρέθηκε άμεσα συναρτημένη από την κοροϊδία για το βάρος της από το οικογενειακό περιβάλλον και την έντονη ενασχόληση της οικογένειας με τη διατήρηση μικρού βάρους σώματος (Yager & Smith, 1993). Η διαπολιτισμική ισχύ της χλεύης ως παράγοντα επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, καταδείχτηκε επίσης και σε έρευνα σε έφηβες και νεαρές κοπέλες στη Βομβάη (Shroff & Thompson, 2004). Οι Striegel – Moore και συν (2002) σε διαφυλετική κοινοτική μελέτη βρήκαν μεγαλύτερες τιμές σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, παρενόχλησης από συνομηλίκους και διάκρισης στις λευκές γυναίκες με διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας σε σχέση με την υγιή ομάδα ελέγχου. Τα ίδια αποτελέσματα ίσχυαν και για τις μαύρες γυναίκες με εξαίρεση την διάκριση.

Δ. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη διαφέρει από το κοινό πένθος, στο ότι, ενώ η κατάθλιψη, επιφέρει τη συρρίκνωση και την απώλεια ενός μέρους του εαυτού, το πένθος επιφέρει μια αίσθηση συρρίκνωσης του εξωτερικού κόσμου. Η Nancy McWilliams στο βιβλίο της «Ψυχαναλυτική Διάγνωση» (2000), αναφέρει ότι μεταξύ των νευροφυτικών συνακόλουθων της κατάθλιψης μπορεί να είναι και τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής. Η μελέτη οικογενειακών ιστορικών και διδυμικές έρευνες (twin studies) έδειξαν πιθανή κληρονομική βάση στην κατάθλιψη (Riqueras Fernandez, 1995).

Βασικές αμυντικές διεργασίες στην κατάθλιψη είναι η ενδοβολή των συμπεριφορών ή των χαρακτηριστικών εκείνων που προκάλεσαν, στο άτομο, θυμό ή πόνο. Η στροφή ενάντια στον εαυτό, την οποία είχε πρώτος επισημάνει ο Freud, λειτουργεί βραχυπρόθεσμα αγχολυτικά εφόσον το άτομο ενοχοποιεί τον εαυτό του για οτιδήποτε άσχημο του έχει συμβεί στο παρελθόν ή του συμβαίνει στο παρόν και συνεπώς δεν χρειάζεται να στραφεί ενάντια στους άλλους και να βιώσει τον θυμό και τον πόνο που τόσο επιμελημένα καλύπτει.

Οι κοινές συναισθηματικές συνιστώσες μεταξύ της κατάθλιψης και των διατροφικών διαταραχών καθώς και η θετική ανταπόκριση ατόμων με διατροφικές διαταραχές σε αντικαταθλιπτική αγωγή δημιούργησαν κατά τη δεκαετία του '80 την εντύπωση, ότι οι διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα η βουλιμία, μπορεί να είναι εναλλακτικές μορφές συναισθηματικής διαταραχής. Ωστόσο η σχέση μεταξύ των διαταραχών στη διατροφή και της κατάθλιψης συνεχίζει να μελετάται αναφορικά στην πιθανή κοινή βιογενετική τους βάση. Αν και τα αποτελέσματα αποκλίνουν, αυτό δεν αναιρεί, την κατά τεκμήριο, ιδιαίτερα σε εφηβικούς και νεανικούς πληθυσμούς στενή συνάρτηση μεταξύ των παραμέτρων (Strigel-Moore και συν, 1999).

Η κλινική κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές (Jordan και συν, 2008) ενώ σε μεγαλύτερο βαθμό η δυσθυμία και σε μικρότερο η μείζων κατάθλιψη αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη βουλιμίας (Perez και συν, 2004). Ανασκοπώντας όλες τις δημοσιευμένες έρευνες μεταξύ του 1980 και του 2005, καθώς και ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, οι Berkman και συν (2007) κατέληξαν ότι οι ανορεξικοί και οι βουλιμικοί παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι η κατάθλιψη συνδέεται με χειρότερη έκβαση της ανορεξίας και της βουλιμίας και αυξάνει την πιθανότητα θνησιμότητας και αυτοκτονίας όταν συνυπάρχει με αυτές τις διαταραχές.

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας δείχνει ασαφή πορίσματα αναφορικά με το ποιο από τα δυο προβλήματα αποτελεί πρόγνωση του άλλου (Marmorstein και συν, 2008). Ενώ ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι διατροφικές διαταραχές και οι διαταραχές στην εικόνα σώματος προγινώσκουν την μελλοντική ανάπτυξη μείζονος κατάθλιψης (Stice και συν, 2001; Perez και συν, 2004) άλλες αντίθετα προβλέπουν ανάπτυξη διατροφικής παθολογίας σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες που παρουσιάζουν προηγούμενη κατάθλιψη (Stice και συν, 2004; Johnson και συν, 2006; Sroog και συν, 2006). Οι Sroog και συν (2006) μελετώντας νεαρές βουλιμικές γυναίκες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, και όχι οι περιορισμοί στη διαίτα, αυξάνουν τον κίνδυνο κρίσεων υπερφαγίας. Αντίθετα οι κρίσεις υπερφαγίας δεν προβλέπουν μελλοντική αύξηση στα συμπτώματα κατάθλιψης.

Εν πολλοίς, η συνύπαρξη διατροφικών διαταραχών και κατάθλιψης έχει αναφερθεί ότι υποδεικνύει πρωτογενείς συναισθηματικές διαταραχές (Godart και συν, 2006). Οι ενδείξεις ότι το

αρνητικό συναίσθημα ενισχύει την αρνητική εικόνα σώματος, την αγωνία για πρόσληψη βάρους και το συναίσθημα μη ικανοποίησης με το σώμα αποδεικνύουν ότι είτε προϋπάρχουν ή έπονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα, συμβάλλουν στη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών.

Συγγενές με την κατάθλιψη είναι και το μοντέλο του αρνητικού συναισθήματος (negative affect model), που υποστηρίζεται ότι επιδρά στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Cooley & Toray, 2001; Stice και συν, 2001; Burton και συν, 2007). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι υπερφαγικές και καθαρτικές συμπεριφορές επιστρατεύονται με στόχο τη μείωση του άγχους για πιθανή αύξηση βάρους ή αποβλέποντας στην συναισθηματική κάθαρση του ατόμου από συναισθήματα δυσφορίας και κατάθλιψης. Το αρνητικό συναίσθημα έχει επίσης εξακριβωθεί ότι ανεξάρτητα ηλικιακής ομάδας συνδέεται με την συναισθηματική πρόσληψη τροφής (emotional eating). Βουλιμικοί ασθενείς έχουν αναφέρει μείωση του άγχους και της κατάθλιψη μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας/κάθαρσης (Bohon και συν, 2009). Το αρνητικό συναίσθημα μπορεί επίσης να διαμεσολαβεί μεταξύ της διαιτητικής συμπεριφοράς και της υπερφαγίας, παρότι η διαιτητική συμπεριφορά και το αρνητικό συναίσθημα παραμένουν ανεξάρτητοι παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη βουλιμίας (Stice και συν, 2000).

Ωστόσο άλλες διαχρονικές έρευνες βρήκαν ανεξάρτητη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της βουλιμίας, καταλήγοντας ότι η κατάθλιψη προγινώσκει περισσότερο από τη βουλιμία μακροπρόθεσμη έλλειψη ικανοποίησης με το σώμα (Keel και συν, 2001). Παρόμοια αδυναμία να αποδείξουν την προγνωστική αξία της κατάθλιψης σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές είχαν και οι Marmonstein και συν (2008). Αξιολογώντας δείγμα 754 κοριτσιών στις ηλικίες των 11, 14 και 17 ετών, για κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές απέδειξαν ότι τα κορίτσια με διατροφικές διαταραχές κινδυνεύουν να αναπτύξουν κατάθλιψη αλλά όχι και το αντίστροφο. Το δυνατό σημείο αυτής της έρευνας ήταν η αξιολόγηση των νοσολογικών παραμέτρων σε διαφορετικές φάσεις της εφηβείας ωστόσο ο τρόπος επιλογή του δείγματος άφηνε και πάλι ανοικτό το πεδίο για αμφιβολίες κατά πόσον τα ευρήματα θα ήταν εξίσου αντιπροσωπευτικά σε τυχαίο δείγμα.

Μια άλλη παράμετρος της σχέσης μεταξύ των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής και της κατάθλιψης, η οποία έχει προσελκύσει ερευνητικό ενδιαφέρον, αφορά στην πιθανότητα η κατάθλιψη να λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και άλλων νοσολογικών παραμέτρων. Έχει βρεθεί ότι η ανάπτυξη κατάθλιψης συσχετίζεται άμεσα με συμπεριφορές που αποτελούν τον προθάλαμο των διατροφικών διαταραχών όπως η αρνητική εικόνα σώματος, η παρόρμηση για λεπτότητα, κ.α. (Stice και συν, 2001). Διαχρονική μελέτη των Graber & Brooks – Gunn (2001) σε 105 κορίτσια, από την περίοδο της εφηβείας μέχρι την πρώιμη νεότητα, είχε πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Ενώ οι τιμές κατάθλιψης (υποκλινική μορφή) βρέθηκαν να υποχωρούν, οι τιμές διατροφικών διαταραχών παρέμεναν σταθερές. Τα κορίτσια που επέδειξαν υψηλές τιμές και στις δυο διαταραχές ανέφεραν δυσκολίες με τους συνομηλίκους και την οικογένεια καθώς και χαμηλά επίπεδα προσαρμογής.

Συμπερασματικά η σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της κατάθλιψης, μολονότι τελεί υπό το καθεστώς διαρκούς διερεύνησης ως προς κυρίως τον χρονικό παράγοντα εμφάνισης, αποτελεί γεγονός και είναι ιδιαίτερα σημαντική στην κατάρτιση προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής.

Ε. Άλλοι Ψυχοπαθολογικοί Παράγοντες και Δομή Προσωπικότητας

Ορισμένα χαρακτηριστικά ατομικής ψυχοπαθολογίας, κάποιες μορφές συγκρότησης προσωπικότητας και συμπεριφορικές δομές, έχουν συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές (Anestis και συν, 2008). Είτε ως συνυπάρχουσες οντότητες, ή ως παράγοντες προδιάθεσης για την ανάπτυξη των διαταραχών αυτών. Έχει βρεθεί ότι τα διατροφικά συμπτώματα (που καταχωρούνται στην ομάδα Axis I του DSM-IV) να συνεκτιμώνται με παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας (Axis II) (Westen D & Hamden-Fischer J, 2001).

Η ψυχογενής ανορεξία έχει επανειλημμένα συνδεθεί με χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως: η τελειοθηρία, το συναίσθημα αναποτελεσματικότητας/απαξίας, η υπέρμετρη τακτικότητα, η επιμονή και η υποτακτικότητα (Anderluh και συν, 2003), ενώ ο περιοριστικός τύπος της ίδιας διαταραχής, συχνά συνυπάρχει με αγχώδεις και φοβικές διαταραχές προσωπικότητας (Axis II) και με μια ιδεοψυχαναγκαστική συγκρότηση προσωπικότητας (Halmi και συν, 2005). Η ψυχογενής βουλιμία συχνά συνδέεται με παρορμητικά στοιχεία προσωπικότητας, με αγχώδεις διαταραχές, με κοινωνική φοβία και με τελειοθηρικά χαρακτηριστικά (Lledo-Penas και συν, 2004; Anestis και συν, 2008).

Έχει διαπιστωθεί ότι η τελειοθηρία αποτελεί πρόδρομο κατάσταση αλλά και προεξάρχον σύμπτωμα ορισμένων διατροφικών διαταραχών (Bardone-Cone, 2009; Soares και συν, 2009). Έχει διαπιστωθεί, επίσης ότι σε άτομα με τελειοθηρική προσωπικότητα, στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να πυροδοτήσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές όπως π.χ. η ενόρμηση για λεπτότητα. Λέγεται ότι η παρουσία τελειοθηρικών χαρακτηριστικών κατά την παιδική ηλικία αποτελεί πιθανή πρόγνωση ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών σε μετέπειτα στάδιο και ένδειξη ενός ευρύτερου φαινότυπου για υποκλινικές μορφές ανορεξίας (Anderluh και συν, 2003).

Η τελειοθηρία υφίσταται σε διάφορα διατροφικά σύνδρομα, αλλά κυρίως, έχει συσχετιστεί με την ψυχογενή ανορεξία. Έρευνα των Halmi και συν (2005) σε τρεις ομάδες ανορεξικών (καθαρτικούς, περιοριστικούς, υπερφαγικούς), έδειξε μεγαλύτερες τιμές τελειοθηρίας και στις τρεις ομάδες σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Σε άλλη έρευνα της ίδιας ερευνήτριας (Halmi και συν, 2000), σε 322 γυναίκες με ιστορικό ανορεξίας, διαπιστώθηκε ότι η τελειοθηρία αποτελεί κυρίαρχο χαρακτηριστικό της διαταραχής. Η τελειοθηρία ενδεχομένως να συνθέτει μια από τις συγγενείς φαινοτυπικές ενδείξεις ιδιοσυγκρασίας ή προσωπικότητας που δηλώνουν γονοτυπική επιρρέπεια στην ανορεξία. Έρευνα των Bachner – Melman και συν (2007), απομόνωσε τρία γονίδια που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία αλλά και με την τελειομανία. Οι μελετητές υποστήριξαν ότι τα στοιχεία προσωπικότητας είναι δυνητικοί ενδοφαινότυποι κατανόησης της αιτιολογίας των διατροφικών διαταραχών. Η τελειοθηρία σχετίζεται, επίσης, σημαντικά με τη νηστεία και με τις καθαρτικές συμπεριφορές. Στατιστικά η σχέση μεταξύ των επεισοδίων υπερφαγίας και της τελειοθηρίας υφίσταται με τη διαμεσολάβηση της νηστείας ενώ σε έρευνα που περιλάμβανε και ανδρικό δείγμα αποδείχτηκε ότι η τελειοθηρία συνδέεται μόνο με τη νηστεία (Forbush και συν, 2007).

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας ενδέχεται να προηγείται της ψυχογενούς ανορεξίας. Έρευνα των Anderluh και συν (2003), σε γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, έδειξε ότι στοιχεία ιδεοψυχαναγκαστικής προσωπικότητας κατά την παιδική ηλικία, αποτελούν παράγοντα επικινδυνότητας για την μελλοντική ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής. Κατά τους ερευνητές, τα ευρήματα έντονης τελειοθηρικής τάσης σε υγιείς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής υποδηλώνει ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή στοιχεία αυτής

αποτελούν έναν κληρονομικό παράγοντα που καθιστά τα άτομα ευάλωτα σε διατροφικές διαταραχές (Bellodi et al, 2001). Πρόσφατα βιογενετικά ευρήματα, υποστηρίζουν την υπόθεση, ότι τα ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά, αποτελούν ενδεικτικά σημεία (markers) του νευροψυχολογικού ενδοφαινότυπου του φαινότυπου της ψυχογενούς ανορεξίας (Strober και συν, 2007). Επίσης, βρέθηκε αμφίδρομη σχέση μεταξύ των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και της έκβασης της θεραπείας, σε ανορεξικούς εφήβους. Συγκεκριμένα, τα ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν αρνητικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα στην ψυχογενή ανορεξία σε εφήβους, και αντιστρόφως, η θεραπεία του ιδεοψυχαναγκασμού επηρεάζει θετικά τη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας (Lock και συν, 2006a,b).

Υψηλή συχνότητα ιδεοψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών έχει βρεθεί και σε βουλιμικές γυναίκες (Wagner και συν, 2006), όπως επίσης και σε πρώην βουλιμικές γυναίκες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Morgan και συν, 2007). Έχει προταθεί ότι οι υψηλές τιμές ιδεοψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών σε βουλιμικές και θεραπευμένες βουλιμικές γυναίκες σε σχέση με υγιείς, να οφείλεται, στην πιθανότητα να αποτελούν χαρακτηριστικά στοιχεία της βουλιμίας και να συμβάλλουν στην παθογένεση της (όπως παραπάνω). Έρευνα των Bellodi και συν (2001), στις οικογένειες 132 γυναικών με διατροφικές διαταραχές, παρατήρησε μεγαλύτερο ποσοστό επικινδυνότητας για την εκδήλωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στις οικογένειες των γυναικών αυτών συγκριτικά με τις οικογένειες ελέγχου, με αποτέλεσμα να πιθανολογηθεί κοινή γενετική βάση μεταξύ των δυο τύπων διαταραχής. Ανασκοπώντας το σύνολο της βιβλιογραφίας μεταξύ 1980 και 2005 οι Berkman και συν (2007) βρήκαν ότι τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές συμπεριλαμβανόμενης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, όπως επίσης αυτιστικά σύνδρομα και σύνδρομο Aspergers.

Έχει αναφερθεί συννοσηρότητα μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των αγχώδων διαταραχών, όπως: φοβίες, διαταραχή πανικού, διαταραχή στρες. Υποστηρίζεται, ότι οι αγχώδεις διαταραχές και οι διατροφικές διαταραχές έχουν κοινή βιογενετική αιτιολογική βάση (Strober και συν, 2007). Έρευνα των παραπάνω, σε συγγενείς διατροφικά διαταραγμένων ασθενών, επιβεβαίωσε, μεταξύ άλλων, αυξημένα ποσοστά γενικευμένου άγχους, διαταραχής πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, διαταραχής άγχους αποχωρισμού, και διαταραχής πανικού. Σύμφωνα με τους μελετητές, τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι οι διατροφικές διαταραχές γενικότερα και η ψυχογενής ανορεξία ειδικότερα, μοιράζονται κοινούς παράγοντες προδιάθεσης με τους φαινότυπους του άγχους.

Πέραν της ιδεοψυχαναγκαστικής συγκρότησης, ως παράγοντα συννοσηρότητας και κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, η δυσθυμία βρέθηκε να συνδέεται με τις διατροφικές διαταραχές και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από τον ιδεοψυχαναγκασμό (Zaider και συν, 2000).

Η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας έχει, επίσης, απομονωθεί ως παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών ή ως συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία. Η συνύπαρξη ναρκισσιστικών αμυνών με τη διατροφική διαταραχή χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη, για τη θετική έκβαση της θεραπείας των διαταραχών διατροφής (Waller και συν, 2007, Lawson και συν, 2007).

Γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, ανέφεραν περισσότερο θυμό και καταπίεση του θυμού από την ομάδα ελέγχου, με αποτέλεσμα να έχει τεθεί υπό διερεύνηση η πιθανή ενισχυτική ή ακόμη και αιτιολογική σχέση μεταξύ των διαφόρων εκφάνσεων του θυμού και των διατροφικών διαταραχών (Waller και συν, 2002).

Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας έχει συχνά συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές. Ανορεξικές γυναίκες με τρέχοντα ή παρελθόντα βουλιμικά συμπτώματα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας από ότι ανορεξικές γυναίκες χωρίς βουλιμικά συμπτώματα (Westen, 2001).

Οι διαταραχές προσωπικότητας και γενικότερα η ύπαρξη παθολογικής συγκρότησης προσωπικότητας, συνδέονται με την οξύτητα κάποιων συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής (π.χ. υπερφαγία). Μάλιστα αυτές οι παθολογικές δομές φαίνεται ότι επηρεάζουν τη σοβαρότητα της διατροφικής διαταραχής περισσότερο από άλλους παράγοντες, όπως ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος και η συνυπάρχουσα κατάθλιψη (Picot και συν, 2003).

Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, όπως και υποκλινικές μορφές διατροφικών διαταραχών, έχουν συνδεθεί με μορφές ανασφαλών συναισθηματικών δεσμών (insecure attachment styles). Αυτές περιλαμβάνουν, τη συναισθηματική απόσταση ή αντίθετα τη συμβιωτική τάση (Ward και συν, 2000). Σε άλλες έρευνες έχει υποστηριχτεί ότι η σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των σχεσιακών μοντέλων είναι έμμεση. Γίνεται δυνατή, με τη διαμεσολάβηση νευρωσικών χαρακτηριστικών, όπως: το αρνητικό συναίσθημα, η δυσφορία, η συναισθηματική αστάθεια, τα υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας κ.α. (Eggert και συν, 2007). Άτομα με συμβιωτικές ανάγκες και υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας ενδέχεται να συμμορφώνονται περισσότερο με τα τρέχοντα ιδεώδη ομορφιάς ενώ τα εσωστρεφή άτομα μπορεί να χρησιμοποιούν τις διατροφικές διαταραχές ως μέσο διαχείρισης της δυσφορίας. Είναι μέχρι στιγμής αμφιλεγόμενο κατά πόσον χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η γλυκύτητα, η ευσυνειδησία, η αναζήτηση εμπειριών συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές και τη μορφή συναισθηματικών δεσμών (όπως παραπάνω).

Η παρορμητική συμπεριφορά ως παράγοντας επικινδυνότητας στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών έχει επίσης ερευνηθεί. Σε διαχρονική έρευνα σε δείγμα εφήβων μαθητών ελεύθερων συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, βρέθηκε, κατόπιν εξέτασης συμπεριφορών που συνδέονται με την παρορμητική συμπεριφορά όπως η παραβατική συμπεριφορά και η κατάχρηση ουσιών, ότι η παρορμητική συμπεριφορά μπορεί μετρίως να επηρεάσει την έναρξη διατροφικής διαταραχής (Wonderlich και συν, 2005). Τα άτομα με διατροφική διαταραχή που εκδηλώνουν παρορμητική συμπεριφορά με τη μορφή αυτοτραυματισμών, δηλώνουν περισσότερο θυμό, κατάθλιψη, αποπροσωποποίηση, επιθετικότητα και τραυματικά βιώματα από τους ομολόγους τους που δεν εμφανίζουν αυτές τις συμπεριφορές (Claes και συν, 2003).

Ένας ακόμη ψυχολογικός παράγοντας που έχει συνδεθεί με τις διατροφικές διαταραχές είναι και το ψυχολογικό στρες (Ball & Lee, 2002). Διαχρονική έρευνα σε δείγμα νεαρών Αυστραλών γυναικών, δεν απέδειξε την υπόθεση ότι το στρες και οι στρατηγικές διαχείρισης του προηγνώσκουν διατροφικές διαταραχές (όπως παραπάνω). Φαίνεται ότι ακόμη η σχέση μεταξύ στρες και διατροφικών διαταραχών παραμένει αδιευκρίνιστη.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συσχετιστεί θετικά με την ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής (Mautner και συν, 2000). Τα κορίτσια που υπερεκτιμούν το πρόβλημα βάρους τους και ασχολούνται υπέρμετρα με το βάρος και το σχήμα του σώματος τους, έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και βιώνουν μεγαλύτερη κατάθλιψη (Kim & Kim, 2001). Έρευνα των Cervera και συν σε 2862 κορίτσια, 12-21 ετών, έδειξε ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η νευρωσική συμπεριφορά αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Cervera και συν, 2003). Απολογιστική έρευνα έδειξε ότι η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος στα αγόρια συνδέεται με συναισθήματα κακουχίας και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Cohane & Pope Jr, 2001). Ελλείμματα στη

σωματική και τη γενική αυτοεκτίμηση, μεγάλο σωματικό βάρος ή φόβος ότι είναι υπέρβαροι (ιδιαίτερα τα κορίτσια), αποτελούν παράγοντες πρόγνωσης για την ανάπτυξη διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος και διατροφικών διαταραχών, σε εφήβους και των δυο φύλων (Ackard και συν, 2007).

Η υποχωρητική συμπεριφορά και η τάση για αρνητική σύγκριση έχουν βρεθεί αυξημένες σε γυναίκες με ανορεξία και έχουν σχετιστεί θετικά με την ανάπτυξη της διαταραχής (Connan και συν, 2007)

Γενικότερα η ψυχιατρική συννοσηρότητα σχετίζεται με μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία διατροφικών διαταραχών (Grilo και συν, 1996; Grilo και συν, 2008).

ΣΤ. Οικογενειακοί Παράγοντες

Η σημασία των οικογενειακών σχέσεων, συμπεριφορών και προτύπων στην πρόληψη ή στην παθογένεση των διατροφικών διαταραχών, έχει γίνει αντικείμενο αναφοράς αρκετών ερευνών.

Κλινικές παρατηρήσεις και εμπειρικά ευρήματα έχουν συσχετίσει θετικά την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών με την δομή και την οργάνωση της οικογένειας, την διαπροσωπική διαχείριση συγκρούσεων και συναισθημάτων κ.α. (Bruch, 1973, 1978; Palazzoli, 1974; Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Σημαντική υπήρξε η συμβολή της συστημικής επιστήμης στην υπέρβαση της γραμμικής αντιμετώπισης της οικογένειας ως 'αιτίας' του διατροφικού προβλήματος, με την εισαγωγή της διαντιδραστικής/κυκλικής αντιμετώπισης. Η τελευταία, αντιλαμβάνεται την οικογένεια ως 'πλαίσιο' και δυναμικό πεδίο ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών μέσα από την αλληλεπίδραση των μελών, την επίδραση των ρόλων, προτύπων, δομών κ.α.

Πολλά στοιχεία οικογενειακής αλληλεπίδρασης που αρχικά παρατηρήθηκαν κλινικά, επιβεβαιώθηκαν εμπειρικά ότι επιδρούν προδιαθεσικά στην ανάπτυξη ενός κλίματος που ευνοεί την ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονταν: η ελλιπής οικογενειακή φροντίδα, ο υπερβολικός γονικός έλεγχος (Blodgett Salafia και συν, 2009), οι κακές σχέσεις με τους γονείς, η ατμόσφαιρα έντασης, οι καυγάδες και η συναισθηματική κακοποίηση (Murray και συν, 2000; Tozzi και συν, 2003). Η επικριτική συμπεριφορά εκ μέρους των γονέων και η υποτίμηση του ατόμου στην παιδική ηλικία έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στην διαμόρφωση ηττοπαθούς συμπεριφοράς και χαμηλής αυτοεκτίμησης που αποτελούν στοιχεία επικινδυνότητας για τη εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Johnson και συν, 2007).

Όσον αφορά την πατρική συμπεριφορά, έχει βρεθεί, ότι η κακοποιητική συμπεριφορά εκ μέρους του πατέρα και τα χαμηλά επίπεδα πατρικής στοργής αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για διατροφικές διαταραχές και προβλήματα πρόσληψης τροφής και βάρους (Johnson και συν, 2007). Όσον αφορά τις μητέρες, ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα έρευνας σε μονοζυγωτικές δίδυμες, όπου οι βουλιμικές γυναίκες αναφέρουν, αντίθετα με τις ανορεξικές, λιγότερο μητρικό ενδιαφέρον κατά την παιδική ηλικία σε σχέση με την δίδυμη αδελφή τους (Wade και συν, 2001). Σε άλλη έρευνα, οι βουλιμικές γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα, σε σχέση με τη δίδυμη τους, ποσοστά διαμάχης μεταξύ των γονέων, περισσότερο θερμή συμπεριφορά των γονέων απέναντι τους και υψηλότερες γονικές προσδοκίες ενώ οι ανορεξικές ανέφεραν αυξημένα

επίπεδα πατρικής προστατευτικής συμπεριφοράς. Ανορεξικές και βουλιμικές δίδυμες ανέφεραν ότι εισέπρατταν συχνά σχόλια για το βάρος τους (Wade και συν, 2007a).

Έρευνες που έχουν στηριχτεί στην αναδρομική ανάκληση γεγονότων της πρώιμης ηλικίας, αναφέρουν περισσότερες αναφορές από τις βουλιμικές και τις ανορεξικές γυναίκες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, επικρίσεων από τους γονείς και σχολίων για το βάρος και το σχήμα του σώματος τους από τα μέλη της οικογένειάς τους (Fairburn και συν, 1999)

Άλλοι παράγοντες που έχουν σχετιστεί θετικά με την ανάπτυξη προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής και την αρνητική σχέση με το σώμα, είναι, η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης ή/και διατροφικών διαταραχών (Moorhead και συν, 2003), η προβολική σχέση μεταξύ μητέρας – κόρης και η απαξίωση, από τη μητέρα, της αυτονομίας της ίδιας και της κόρης (Ogden & Steward, 2000) και η πρώιμη, υπερβολική ενασχόληση των μητέρων διατροφικά διαταραγμένων ατόμων, με τη σίτιση τους (Machan & Waller, 1993). Επίσης, έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά ότι οι γονείς αποτελούν τους ισχυρότερους μεταβιβαστές πολιτισμικών μηνυμάτων σχετικών με το βάρος και το σχήμα του σώματος, ενώ η επίδρασή τους σε ζητήματα ελέγχου του σωματικού βάρους και διατροφικών συμπεριφορών υπερβαίνουν αυτή των μαζικών μέσων ενημέρωσης ή/και των επιταγών της μόδας (Rodgers & Chabrol, 2009).

Επειδή οι περισσότερες έρευνες τείνουν να περιορίζονται στην οπτική γωνία του πάσχοντος, οι Herzog και συν (2000b), προσπάθησαν να μελετήσουν συσχετιστικά τα οικογενειακά χαρακτηριστικά ατόμων με διατροφικά προβλήματα καθώς και την εξέλιξη της διατροφικής διαταραχής για τέσσερα χρόνια, χρησιμοποιώντας το μοντέλο SYMLOG (Σύστημα Πολλαπλού Επιπέδου Παρατήρησης Ομάδων), των Bales & Cohen (1979), το οποίο αξιοποιεί την οπτική γωνία όλων των μελών της οικογένειας. Συγκρίνοντας την ομάδα ελέγχου με ασθενείς με κακή πρόγνωση και ασθενείς με καλή πρόγνωση, παρατήρησαν ότι στους ασθενείς με κακή πρόγνωση, η υπόλοιπη οικογένεια τους αντιμετώπιζε με άκαμπτο και πολωτικό τρόπο. Κατά την άποψη των συγγραφέων, τα στοιχεία αυτά συνέβαλλαν στην κακή πρόγνωση του ατόμου και ενδεχόμενα χαρακτήριζαν την οικογενειακή αλληλεπίδραση πριν την ανάπτυξη της διαταραχής.

Σε παλαιότερες έρευνες είχε επιχειρηθεί η συσχέτιση των διαφόρων τύπων διατροφικών διαταραχών με συγκεκριμένα οικογενειακά χαρακτηριστικά. Η βουλιμία είχε συσχετιστεί με χαοτικές οικογενειακές δομές, συγκρούσεις, αμφισημία και ελλιπή φροντίδα (Shisslak και συν, 1990) και η ανορεξία με ακαμψία, απουσία άμεσων συγκρούσεων και υπερπροστασία, ιδιαίτερα πατρική (Calam και συν, 1990). Η διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας έχει συσχετιστεί θετικά με τις οικογενειακές συγκρούσεις και τον έλεγχο, με λιγότερη οικογενειακή συνοχή από τις οικογένειες των ανορεξικών και λιγότερη εκφραστικότητα από τις οικογένειες των βουλιμικών (Hodges και συν, 1998).

Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί ότι η συσχέτιση συγκεκριμένων οικογενειακών χαρακτηριστικών με συγκεκριμένες μορφές διατροφικής διαταραχής, δεν έχει επαρκώς τεκμηριωθεί εμπειρικά (Cook – Darzens και συν, 2008), όπως και ότι οι αναφορές για τα χαρακτηριστικά της οικογένειας μπορεί να ποικίλουν μεταξύ των μελών (Rowa και συν, 2001).

Πρόσφατη έρευνα των Cook – Darzens και συν (2008), σε 40 γαλλικές οικογένειες ανορεξικών εφήβων, δεν επιβεβαίωσε την ύπαρξη κοινής οικογενειακής παθολογίας αλλά ιδιαίτερων χαρακτηριστικών σε κάθε οικογένεια που ευνοούσαν την παθολογία. Η σημασία της υποκειμενικότητας έχει αναδειχθεί και σε άλλη έρευνα όπου η θετική ή αρνητική αξιολόγηση των οικογενειών τους από βουλιμικές εφήβους, επηρέαζε τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Οι βουλιμικές έφηβοι που αξιολογούσαν την οικογένειά τους ως περισσότερο φυσιολογική είχαν

λιγότερες πιθανότητες έξαρσης των βουλιμικών συμπτωμάτων στο εγγύς μέλλον (Okon και συν, 2003).

Συμπερασματικά, η έρευνα στρέφεται σε μια περισσότερο οικουμενική κατανόηση της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και του πλουραλισμού των μηνυμάτων και απόψεων μέσα σε αυτήν.

Z. Τραυματικά βιώματα

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με τραυματικά βιώματα και χρόνια μετατραυματική διαταραχή (Vanderlinden και συν, 1993; Dalle Grave, 1996; Mantero & Crippa, 2002).

Εμπειρικά έχει αποδειχθεί ότι η απώλεια σωματικού βάρους μπορεί να ενεργοποιηθεί ως μέσο διαχείρισης του πένθους και του πόνου της απώλειας (Dare & Crowther, 1995). Έχει βρεθεί, επίσης, σχέση μεταξύ της τραυματικής εμπειρίας, της διάσχισης και της αδυναμίας ελέγχου των παρορμήσεων στις διατροφικές διαταραχές (Vanderlinden και συν, 1993; Dalle Grave, 1996; Mantero & Crippa, 2002).

Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και λανθασμένων αντιλήψεων για το σώμα (Smolak & Murnen, 2002). Η παρορμητικότητα και η κατάχρηση ουσιών που συχνά ακολουθούν την κακοποίηση εμφανίζονται ως σημαντικοί μηχανισμοί που επηρεάζουν την διαταραγμένη διατροφικά συμπεριφορά (Wonderlich και συν, 2001).

Η σωματική ή/και η σεξουαλική κακοποίηση, αυξάνουν την πιθανότητα διατροφικών διαταραχών στους άντρες (Kinzl και συν, 1997). Έρευνα σε ομοφυλόφιλους και αμφιφυλόφιλους άντρες, με και άνευ ιστορικού σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, έδειξε υψηλότερα ποσοστά ιστορικού κλινικής και υποκλινικής βουλιμίας, κλινικής και υποκλινικής διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας, υποκλινικής ανορεξίας και γενικότερα ιστορικού οποιασδήποτε διατροφικής διαταραχής κλινικής ή υποκλινικής μορφής, στην ομάδα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης (Feldman & Meyer, 2007b). Στις γυναίκες με διατροφική διαταραχή (ιδιαίτερα υπερφαγικού τύπου), το ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να επιδράσει στην ανάπτυξη εξαρτητικών και αυτοτραυματιστικών συμπεριφορών (Dohm και συν, 2002). Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, συνδυαζόμενη με ταυτόχρονες απώλειες λειτουργούν άμεσα και διαμεσολαβητικά στην ανάπτυξη συνδρόμων που συνυπάρχουν με τις διατροφικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενδεής κοινωνική λειτουργικότητα (Liem και συν, 1996). Έρευνα των Connan και συν (2007) κατέδειξε σύνδεση μεταξύ τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία (εγκατάλειψη, κακοποίηση κ.α.) και διατροφικής διαταραχής με την διαμεσολάβηση συναισθημάτων κατωτερότητας σε σχέση με τους άλλους, αρνητικών συγκρίσεων με άτομα του περιβάλλοντος και υποχωρητικής συμπεριφοράς.

Διαφυλετική έρευνα σε δείγμα λευκών και μαύρων αμερικανίδων βρήκε και στις δυο φυλετικές ομάδες ότι οποιαδήποτε μορφή σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, ιστορικό επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής κακοποίησης και ιστορικό δριμείας σεξουαλικής κακοποίησης ήταν συχνότερα μεταξύ των γυναικών με διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας συγκριτικά με τις υγιείς γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Παρόμοια αποτελέσματα εξήχθησαν και για

τις μεταβλητές σωματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και προκατάληψη και παρενόχληση από τους συνομηλίκους (Striegel – Moore και συν, 2002).

Γενικότερα έχει τεκμηριωθεί σχέση μεταξύ της οικογενειακής λειτουργίας και της κακοποίησης, κατά την παιδική ηλικία, και της ακόλουθης ανάπτυξης αλεξιθυμίας, άγχους και διατροφικών διαταραχών, στην ενήλικη ζωή. Υπάρχουν ενδείξεις ότι σε κάποιες περιπτώσεις η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και το άγχος, μεσολαβούν μεταξύ της κακοποίησης και της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (Mazzeo και συν, 2008).

Η ντροπή για το σώμα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση αναφορικά στην ελκυστικότητα του σώματος που συχνά έπεται της σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί έμμεσα να επηρεάσει την ανάπτυξη προβλημάτων στη λήψη τροφής (Wenninger & Heiman, 1998).

Όπως είδαμε, η σχέση μεταξύ κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και διατροφικών διαταραχών είναι πολύπλοκη και προϋποθέτει την διαπλοκή πολλών διαμεσολαβητικών παραγόντων.

Η. Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες

Η ψυχολογία και η ψυχιατρική, αναγνωρίζουν την ύπαρξη ενός βιογενετικού υπόβαθρου στην ανάπτυξη διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη και η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Τις τελευταίες δεκαετίες, αναπτύχθηκε συστηματική και ενδεδειγμένη έρευνα αναφορικά στη δράση βιογενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη και στη συντήρηση των διατροφικών συνδρόμων. Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι διαφορετικοί φαινότυποι συμμετέχουν στη διαμόρφωση γενετικής προδιάθεσης για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Bulik και συν, 2005; Bulik και συν, 2007). Η έρευνα έχει ακόμη καταφέρει να εντοπίσει τον χρόνο ενεργοποίησης της γενετικής επίδρασης στις διατροφικές διαταραχές. Πρόσφατη έρευνα διαπιστώνοντας ότι κατά την εφηβεία ενεργοποιείται τμήμα του γενετικού μηχανισμού που επηρεάζει την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, άνοιξε δρόμους για την κατανόηση της ανάπτυξης αυτών των διαταραχών σε άλλες ηλικιακές ομάδες (Klump και συν, 2003).

Τα αποτελέσματα οικογενειακών, διδυμικών και μοριακών γενετικών ερευνών αν και παραμένουν, επί του παρόντος, εν μέρει ατελέσφορα, έχουν συνεισφέρει στην αναθεώρηση και στον εμπλουτισμό της αιτιολογικής και θεραπευτικής προσέγγισης των διατροφικών διαταραχών (Javaras και συν, 2008). Ταυτόχρονα αποτελούν τεκμήριο ότι η βιολογία δεν μπορεί να θεωρηθεί αμελητέος παράγοντας στην κατανόηση των συνδρόμων αυτών.

Η έρευνα έχει αναπτυχθεί σε διάφορους θεματικούς τομείς, όπως, τη γενετική επιδημιολογία των διατροφικών διαταραχών, τη μοριακή γενετική, τη νευροβιολογία της πρόσληψης τροφής και της λεπτότητας κ.α. Η κληρονομικότητα των διατροφικών διαταραχών, η κοινή φαινοτυπική βάση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών του συναισθήματος, η συνδυαστική επίδραση του βιογενετικού υπόβαθρου και περιβαλλοντικών μεταβλητών στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, και βιολογικά προσδιορισμένη αδυναμία ορισμένων ατόμων να προσεγγίσουν το πολιτισμικά 'ιδανικό' σώμα, αποτελούν ορισμένες από τις επί του παρόντος πρόσφορες υποθέσεις, η οποίες έχουν παράξει αξιοπρόσεχτα ευρήματα.

Οι κλασικές ελεγχόμενες οικογενειακές μελέτες (Strober και συν, 2000; Bulik και συν, 2000) συστηματικά επέδειξαν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διατροφικές διαταραχές έχουν αυξημένα ποσοστά ισόβιας επικράτησης διατροφικών διαταραχών, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Παράλληλα, η συνάθροιση ανορεξικών και βουλιμικών συμπτωμάτων καθώς και μερικών συμπτωμάτων ανορεξίας και βουλιμίας στις ίδιες οικογένειες, παραπέμπει στην κοινή αιτιολογική βάση αυτών των διαταραχών.

Οι Strober και συν (2000), εξετάζοντας τις ισόβιες τιμές κλινικής και υποκλινικής ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας σε συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διατροφικές διαταραχές, βρήκαν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα πλήρων και μερικών συμπτωμάτων στους συγγενείς των ατόμων με εκδηλωμένη διατροφική διαταραχή σε σύγκριση με τους συγγενείς της ομάδας ελέγχου. Συμπερασματικά, θεώρησαν την ανορεξία και τη βουλιμία οικογενειακά σύνδρομα. Οι Bulik και συν (2000), επίσης, παρατήρησαν ότι η βουλιμία είναι οικογενειακό σύνδρομο. Οι διδυμικές μελέτες μεταξύ μονοζυγωτικών και αδελφικών διδύμων έχουν δώσει σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με την κληρονομικότητα των προβλημάτων στη διατροφή. Οι Bellodi και συν (2001) βρήκαν τιμές συμφωνίας (concordance values) μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων για την ψυχογενή ανορεξία, 48,5-71% και μεταξύ αδελφικών, 0-10%.

Ωστόσο σε αυτού του είδους τις έρευνες, παραμένει το πρόβλημα, του δυσδιάκριτου μεταξύ των αποτελεσμάτων που οφείλονται στη γενετική και αυτών που οφείλονται στην 'κουλτούρα' της οικογένειας, σε διδαγμένες συμπεριφορές και γενικά σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Bulik και συν, 2000,2005; Wade και συν, 2009). Γενικότερα οι μελετητές καταλήγουν ότι η ανάπτυξη των διατροφικών προβλημάτων σχετίζεται με γενετικούς αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ειδικότερα η δράση της σερετονίνης και των γονιδίων των οιστρογόνων θεωρείται σημαντική για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Τα παραπάνω συστήματα νευρώνων έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τη συμπεριφορά (π.χ. πρόσληψη τροφής) και την προσωπικότητα (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) με αποτελέσματα που ευνοούν την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Ωστόσο θεωρείται αναγκαία η περαιτέρω συνεξέταση συμπεριφορικών παραμέτρων και στοιχείων προσωπικότητας σε μεγαλύτερα δείγματα (Klump και συν, 2007).

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν μελετηθεί σε σχέση με άλλες κληρονομούμενες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), με τις οποίες έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. Στόχος των μελετών αυτών είναι η διερεύνηση της τυχόν κοινής βιογενετικής βάσης μεταξύ τους. Οι Hudson και συν, (2007b) αναφέρουν ότι οι διατροφικές διαταραχές μοιράζονται κοινούς γενετικούς και νευρολογικούς μηχανισμούς με σύνδρομο όπως π.χ. η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Μελέτες σε διδύμους έδειξαν μέτρια γενετική συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και ορισμένων αγχωδών και καταθλιπτικών συνδρόμων με αποτέλεσμα να υποστηρίζεται εν μέρει η άποψη περί ενός φάσματος κληροδοτούμενων φαινοτύπων. Επίσης μελέτη αγχωδών και ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών σε συγγενείς διατροφικά διαταραγμένων ασθενών, επιβεβαίωσε αυξημένα ποσοστά γενικευμένου άγχους, κοινωνικής φοβίας, διαταραχής πανικού, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, διαταραχής άγχους αποχωρισμού, και διαταραχής πανικού, σε αυτά τα άτομα σε σχέση με τους συγγενείς υγιών ατόμων (Strober και συν, 2007). Σύμφωνα με τους μελετητές τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι οι διατροφικές διαταραχές γενικότερα και η ψυχογενής ανορεξία ειδικότερα μοιράζονται κοινούς παράγοντες προδιάθεσης με τους φαινότυπους του άγχους.

Η διάδραση μεταξύ βιογενετικών παραγόντων και περιβάλλοντος στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών παραμένει μια βιώσιμη εικασία για το σύνολο των ψυχολογικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένων αυτών που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής. Η οικογένεια, η περιβάλλουσα κουλτούρα, η ιδιοσυγκρασία δεν μπορούν να μην συμπλέκονται με την γενετική και τη βιολογία στη δημιουργία ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι οι διατροφικές διαταραχές. Τα υπάρχοντα ερευνητικά αποτελέσματα τείνουν προς την κατεύθυνση ότι οικογενειακοί και ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες καταστύβουν το άτομο τρωτό και υποβοηθούν την ενεργοποίηση μια γενετικής προδιάθεσης προς τις διατροφικές διαταραχές. Οι Connan και συν (2007) υποστήριξαν, κατόπιν ερευνών σε ανθρώπους και πειραμάτων σε ζώα, την πιθανότητα γενοτυπικής προδιάθεσης για λεπτότητα στη ψυχογενή ανορεξία. Ωστόσο, επεσήμαναν το συνδυασμό γενοτυπικής προδιάθεσης, περιβαλλοντικών και ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων (π.χ. πολιτισμικά πρότυπα, ατομική υποχωρητική συμπεριφορά, τάση αρνητικής σύγκρισης με τους άλλους κ.α.) για την ανάπτυξη ανορεξικής διαταραχής.

Συμπερασματικά η σημασία της βιοχημείας και της γενετικής στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς και ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες, είναι σημαντική.

VI. ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Γνωσιακό – Συμπεριφορικό Μοντέλο

Σύμφωνα με τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση, οι νοητικές μας αντιλήψεις καθορίζουν την πραγματικότητα των βιωμάτων μας. Η άποψη αυτή, ενυπάρχει στην πλατωνική και την καντιανή προσέγγιση του νου και στην θεωρία των εμπειριστών σχετικά με την σχετικότητα και υποκειμενικότητα της γνώσης. Ιδιαίτερα η έμφαση που δόθηκε από τον εμπειρισμό και τη φαινομενολογία στη βίωση της πραγματικότητας παρά σε κάποια πραγματικότητα *per se*, συνέβαλαν στην εμφάνιση της γνωσιακής ψυχολογίας.

Ακρογωνιαίοι λίθοι της γνωσιακής προσέγγισης, είναι η θεωρία της κατασκευής της γνώσης από το υποκείμενο (Leahy, 1996).

Ο A Beck εισήγαγε στα 1960 (Beck, 1969), την θεωρία των ‘κατασκευών’ (constructs) για την περιγραφή της διαδικασίας αντίληψης και ‘κατασκευής’ της πραγματικότητας από το υποκείμενο. Οι κατασκευές περιγράφονται συνήθως ως διπολικές (θέση και αντίθεση), ιδιοσυγκρασιακές και με διαφορά από άτομο σε άτομο όσον αφορά στην πολυπλοκότητα και διαφοροποίηση, το βαθμό και την δυνατότητα αναμόρφωσης ή αφομοίωσης νέων πληροφοριών (Kelly, 1955). Ανάλογη ήταν και η θεωρία του Beck περί ‘αυτόματων σκέψεων’, οι οποίες αφορούσαν σε συγκεκριμένες γνωσιακές διαστρεβλώσεις (πυρηνικά πιστεύω ή schemata), που ανακαλούνται αυτόματα και διαμορφώνουν το υπέδαφος για ένα παθολογικό τρόπο σκέψης και πράξης. Παρόλο που αυτό μπορεί να μη γίνεται αντιληπτό από το ίδιο το άτομο, τα αρνητικά πυρηνικά πιστεύω επηρεάζουν εντυπωσιακά το συναίσθημα και την συμπεριφορά. Με το διαμεσολαβητικό ρόλο των αυτόματων σκέψεων τα αδόκιμα πιστεύω δημιουργούν έντονη ψυχολογική δυσθυμία και ευνοούν τους κακούς χειρισμούς εξωγενών και ενδογενών καταστάσεων. Μέλημα της θεραπείας είναι να αναμορφώσει θετικά τις σκέψεις αυτές και να τις υποβάλει στη δοκιμασία της πραγματικότητας.

Η γνωσιακή προσέγγιση αρχικά ασχολήθηκε με την παθολογία και θεραπεία της κατάθλιψης και του καταθλιπτικού τρόπου σκέψης αλλά στην πορεία εφαρμόστηκε και σε πολλούς άλλους τομείς όπως διαταραχές πανικού, κοινωνική φοβία, κατάχρηση ουσιών, διατροφικές διαταραχές κ.α.

Το 1981 εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην βιβλιογραφία η εφαρμογή της γνωσιακής – συμπεριφορικής προσέγγισης στην κατανόηση των μηχανισμών που συντηρούν τις διατροφικές διαταραχές και δη της ψυχογενούς βουλιμίας (Fairburn, 1981). Το 1982 ακολούθησε η εφαρμογή του μοντέλου στην ψυχογενή ανορεξία (Garner & Beamis, 1982). Το μοντέλο του Fairburn εμπλουτίστηκε διαδοχικά το 1985 και το 1986. Το 1993 εκδόθηκε το πλήρες εγχειρίδιο θεραπείας, το οποίο συμπληρώθηκε με νέο παράρτημα το 1997. (Fairburn, 1997).

Σύμφωνα με την αρχική θεωρία, η υπερεκτίμηση του φαγητού, του σχήματος και του βάρους σώματος και η ανάγκη ελέγχου τους, αποτελούν δυσλειτουργικά πυρηνικά πιστεύω που οδηγούν σε αυστηρές διαιτητικές πρακτικές και άλλες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτές τις συμπεριφορές υποτίθεται ότι ερμηνεύεται από το άτομο ως έλλειψη

αυτοελέγχου και πυροδοτεί αντιδραστικά την ολοκληρωτική άρση των αναστολών, με αποτέλεσμα το άτομο να οδηγείται σε υπερφαγική κρίση. Με τη σειρά τους οι υπερφαγικές κρίσεις οδηγούν σε καθαρτικές συμπεριφορές για να αποζημιώσουν την απώλεια ελέγχου.

Οι κλινικές παρατηρήσεις αποκάλυψαν ότι ο φαύλος κύκλος του αυτοπεριορισμού και της υπερφαγίας, συντηρείται από την ενίσχυση των πυρηνικών πιστεύω μετά από κάθε υπερφαγική κρίση. Επισημάνθηκε ότι προ των υπερφαγικών κρίσεων τα άτομα δοκίμαζαν αρνητικά συναισθήματα, τα οποία κατάφεραν να εξουδετερώσουν βραχυπρόθεσμα με την υπερφαγία. Ο μηχανισμός αυτός αποτελεί ένα επί πλέον στοιχείο συντήρησης του φαύλου κύκλου της βουλιμίας (Cooper, 2003).

Η αντίσταση κάποιων ασθενών στη θεραπεία οδήγησε στην περίληψη και νέων μηχανισμών συντήρησης της βουλιμίας, όπως η τελειοθηρία, η πυρηνική χαμηλή αυτεκτίμηση, η δυσκολία διαχείρισης έντονων αρνητικών ή θετικών συγκινησιακών καταστάσεων, οι διαπροσωπικές δυσκολίες και τα αρνητικά γεγονότα. Το 1997 ο Fairburn πρόσθεσε στους μηχανισμούς συντήρησης, την έντονη αυτοκριτική διάθεση. Η διάθεση αυτή εμποδίζει την μείωση των επιδιώξεων σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος και ωθεί σε νέες εξωπραγματικές επιδιώξεις, με αποτέλεσμα να δημιουργείτε ένας φαύλος κύκλος.

Η τελειοθηρία σε αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα δυσλειτουργικά συστήματα προσωπικής αξιολόγησης (υπερεκτίμηση βάρους και σχήματος, έλεγχος κ.λ.π.), συντηρεί το σύμπτωμα της διατροφικής διαταραχής ενώ η πυρηνική αρνητική εκτίμηση του εαυτού εμποδίζει τη θετική αξιολόγηση των επιτυχιών, φέρνει απελπισία και ενισχύει τον ατέρμονα κύκλο της εκ των προτέρων ανέλπιδης προσπάθειας ελέγχου του βάρους.

Η δυσανεξία στα αρνητικά συναισθήματα (mood intolerance), που χαρακτηρίζει τα άτομα με διατροφικές διαταραχές, μπορεί να οδηγήσει στην επιστράτευση δυσλειτουργικών ρυθμιστικών συμπεριφορών για την αντιμετώπιση τους. Η υπερφαγία, οι καθαρτικές συμπεριφορές και άλλες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όπως αυτοτραυματισμοί, κατάχρηση ουσιών κ.α. , συνιστούν μηχανισμούς αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων (Claes και συν, 2005).

Η εφαρμογή της γνωσιακής – συμπεριφορικής προσέγγισης στην ψυχογενή ανορεξία, περιέλαβε την απομόνωση αλληλοεξαρτώμενων και αλληλεπιδρώντων σταδίων στην εκδήλωση και στην διαίωνιση της διαταραχής.

Την εκδήλωση της ανορεξικής συμπεριφοράς, συνήθως πυροδοτούν κάποιοι παράγοντες (triggers). Οι έντονες συγκρουσιακές καταστάσεις, η εφηβεία και η σεξουαλική ανάπτυξη, οι μεταβολές στην καθημερινή ζωή, περιστατικά κακοποίησης κ.α. μπορούν να λειτουργήσουν ως πυροκροτητές. Η παρουσία τους ενεργοποιεί διαστρεβλωμένες πυρηνικές πεποιθήσεις για τον εαυτό ή/και τους άλλους και εκλύει συναισθήματα πόνου, ανασφάλειας και αδυναμίας.

Η ανορεξική συμπτωματολογία όπως η συμπτωματολογία όλων των τύπων διατροφικής διαταραχής συνδέεται με διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις σχετικά με το σωματικό βάρος και το φαγητό. Η βασική πυρηνική πεποίθηση των ανορεξικών συνίσταται στην ταύτιση της προσωπικής τους αξίας με το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος. Υπό το βάρος αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία μπορεί να απορρέουν από πλειάδα δύσκολων ή πρωτόγνωρων καταστάσεων, η μείωση του σωματικού βάρους αποκτά την δύναμη πανάκειας για την αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας και της αυτοεκτίμησης.

Μεταξύ των παραγόντων που ενδέχεται να συμβάλλουν στη διαμόρφωση δυσλειτουργικών πυρηνικών πεποιθήσεων αναφορικά με τη σημασία του σωματικού βάρους, είναι η υπερβολική ενασχόληση μιας κοινωνίας ή μιας οικογένειας με το βάρος και το σχήμα του σώματος και

γενικότερα την εξωτερική εμφάνιση. Επιπρόσθετα η κοινωνική υπερτίμηση 'αρσενικών' αρετών στις γυναίκες, όπως η ανταγωνιστικότητα και η επιτυχία σε αντίθεση με πιο παραδοσιακές 'θηλυκές' αρετές, μπορεί να επηρεάσει περαιτέρω στην διαμόρφωση πεποιθήσεων σχετικά με τον κοινωνικά 'θεμιτό' σωματότυπο.

Οι συνειδητές ή μη γνωσιακές διαστρεβλώσεις, προϋπάρχουν μεν της συμπτωματολογίας αλλά ενισχύονται και διαιωνίζονται στην πορεία. Τα δύσκολα συναισθήματα που απορρέουν από το φόβο πρόσληψης βάρους αλλά και γενικότερους φόβους, τείνουν να ερμηνεύονται στο στενό γνωσιακό πρότυπο και να διαιωνίζουν τις αρχικές πεποιθήσεις. Η ανορεξία και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές αποτελούν επικοινωνιακή διαταραχή, εφόσον οι πληροφορίες περιορίζονται στα στενά πλαίσια ενός διαστρεβλωμένου πλαισίου αναφοράς.

Ο κύκλος έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας περιλαμβάνει την σταδιακή τοποθέτηση στο κέντρο της ζωής περιοριστικών και καθαρτικών συμπεριφορών, οι οποίες συνεχώς ενισχύονται περιβαλλοντικά. Οι Garner και συν (1983) ονόμασαν τον μηχανισμό αυτό 'σύνδρομο της ασιτίας'. Το σύνδρομο αυτό τείνει να απομονώνει κοινωνικά το άτομο, να το στρέφει προς τον εαυτό του και ελλείπει άλλων πληροφοριών να ενισχύει την ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Παλαιότερα αυτός ο μηχανισμός είχε αποκαλεστεί το 'χρυσό κλουβί' της ανορεκτικής συμπεριφοράς (Bruch, 1973). Ο αυτοπεριοριστικός χαρακτήρας του ανορεξικού τρόπου σκέψης κατευθύνει κάθε εξωτερικό πρόβλημα ή εσωτερικό αρνητικό συναίσθημα, στο σώμα. Το ανορεξικό άτομο επιζητεί να λύσει τα προβλήματα, αυτό – τιμωρητικά, υποβάλλοντας το σώμα του σε ασιτία ή/και σε υπερβολική άσκηση. Η αέναη αιτίαση του σώματος για τα εξωγενή και εσωτερικά προβλήματα, τροφοδοτεί το φαύλο κύκλο της παθολογικής συμπεριφοράς.

Ο φαύλος κύκλος της ανορεκτικής συμπεριφοράς, αποκαλύπτει την σημαντικότητα της χαμηλής αυτοεκτίμησης (Chen και συν, 2003) στην συνεχή ενίσχυση αρνητικών γνωσιακών αντιλήψεων για το σώμα και στη συνακόλουθη ενίσχυση περιοριστικών ή/και καθαρτικών συμπεριφορών ή υπερβολικής σωματικής άσκησης. Η ευχαρίστηση που αισθάνονται οι ανορεξικοί με την απώλεια βάρους είναι προσωρινή και ωθεί σε νέο κύκλο ασιτίας εφόσον συνέχεια караδοκεί ο φόβος της εκ νέου πρόσληψης του. Η επίδραση της ασιτίας σε ψυχολογικό και φυσιολογικό επίπεδο ενισχύει την διαστρεβλωμένη ιδέα για το σώμα και υποστηρίζει μια εξωπραγματική και παράλογη συλλογιστική, η οποία ενισχύει τις αρχικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις.

Συγκριτικά με τους βουλιμικούς, οι ανορεξικοί παρουσιάζουν ακόμη μεγαλύτερη τελειοθηρία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μεγαλύτερες διαπροσωπικές δυσκολίες και δυσανεξία στα αρνητικά συναισθήματα (Sutandar-Pinnock, και συν, 2003).

Η γνωσιακή θεωρία εφαρμόζεται στην πράξη στην θεραπεία των ατόμων με προβλήματα στην πρόσληψη τροφής.

B. Μοντέλα Σχολών Οικογενειακής Θεραπείας

1. Εισαγωγή

Η οικογένεια αποτελεί έναν σημαντικότατο περιβαλλοντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των μελών της και αρένα συνεχών αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους. Το οικογενειακό κλίμα επηρεάζεται από τις διαπροσωπικές σχέσεις, την έμφαση στην ατομική ανάπτυξη και στη συντήρηση του συστήματος.

Ως υγιές οικογενειακό χαρακτηριστικό, έχει επισημανθεί η συνοχή που εκφράζεται με θερμούς συναισθηματικούς δεσμούς (Olson et al, 1985). Αντίθετα, ο έλεγχος, η ακαμψία και η αντίσταση του οικογενειακού συστήματος στην αλλαγή αποτελούν δυσλειτουργικές ενδείξεις (Minuchin, 1978). Η οικογενειακή συμπαράσταση έχει βρεθεί ότι είναι αντιστρόφως ανάλογη με την εμφάνιση στοιχείων κατάθλιψης ενώ ο έλεγχος συμβάλλει, τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες όπου δεν συσχετίζεται με προστασία και αγάπη, με την εμφάνιση κατάθλιψης (Billings & Moos, 1982).

Η σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του οικογενειακού περιβάλλοντος, έχουν επισύρει έντονο θεωρητικό ενδιαφέρον. Η θεωρητική ανάλυση εκπορεύτηκε από κλινικές παρατηρήσεις ειδικών στους χώρους της ψυχανάλυσης, της αναπτυξιακής ψυχολογίας και της οικογενειακής θεραπείας. Ακολούθησαν έρευνες σε μεγαλύτερα δείγματα με σκοπό να επιβεβαιώσουν την κλινική παρατήρηση και τις απορρέουσες θεωρίες. Με τη σειρά τους οι έρευνες πεδίου εμπλούτισαν τη θεωρία.

Στις δεκαετίες του '70 και του '80, οι κλινικές παρατηρήσεις ιδιαίτερα στο χώρο της οικογενειακής θεραπείας, συνέβαλλαν στην επεξεργασία οικογενειακών παθογενετικών μοντέλων της ψυχογενούς ανορεξίας. Η σχέση μητέρας – κόρης, στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας υπογραμμίστηκε την ίδια περίοδο, κυρίως από τους ψυχοδυναμικούς αναλυτές (Bruch, 1973, 1978; Chernin, 1986) χωρίς όμως να περιοριστεί μόνο σε αυτούς (Palazzoli, 1974; Johnson & Connors, 1987).

Στην πορεία, τα κλασικά θεωρητικά μοντέλα ερμηνείας της ψυχογενούς ανορεξίας υπέστησαν κριτική, αλλά δεν εγκαταλείφθηκαν ποτέ ολοκληρωτικά. Ορισμένοι αμφισβήτησαν την τάση της συστημικής προσέγγισης, στο παρελθόν, να αγνοεί την ατομική ψυχοπαθολογία των ατόμων με διατροφικά προβλήματα και να εστιάζει αποκλειστικά στη δομή και λειτουργία του συστήματος (Selvini M, 2007).

2. Διαπαραγοντικό Μοντέλο της H. Bruch

Μεταξύ των πρώτων που επεσήμαναν κατά τη δεκαετία του '70 τη σχέση μεταξύ του ανορεξικού συμπτώματος και της δυναμικής της οικογένειας ήταν η Hilde Bruch (1973). Βάσει κλινικών παρατηρήσεων σε ανορεξικά άτομα και τις οικογένειες τους, πρότεινε το 'πολυπαραγοντικό' μοντέλο ανάλυσης των παθογενετικών χαρακτηριστικών στη σχέση μητέρας – κόρης και στην οικογένεια γενικότερα. Η Bruch μολονότι εμφορούνταν από την ψυχοδυναμική

παράδοση, εντούτοις ενέπλεξε στην ερμηνεία της παθογένεσης της ανορεξίας, το οικογενειακό περιβάλλον στο σύνολο του και όχι μόνο τη σχέση μητέρας – κόρης. Η θέση αυτή άνοιξε νέους δρόμους στην κατανόηση και στην θεραπεία της διατροφικής διαταραχής. Ωστόσο, το ψυχοδυναμικό παρελθόν της Bruch, υπαγόρευσε ένα αρκετά ασθενο – κεντρικό (patient centered) μοντέλο ερμηνείας της ανορεξίας, το οποίο εστίαζε γραμμικά στις επιδράσεις της οικογένειας στο άτομο και όχι αντίστροφα. Η κριτική από μέρους σύγχρονων της συστημικών αναλυτών ήταν ότι εστίαζε στο παρελθόν και «στην εσωτερίκευση του διαπροσωπικού ως ενδοψυχικού φαινομένου» (Minuchin,1978).

Σύμφωνα με το μοντέλο που πρότεινε η Bruch, μόνο με την επίλυση των προβλημάτων στην οικογένεια θα μπορούσε να επιτύχει η θεραπεία του μέλους που εκδήλωνε το σύμπτωμα. Ιδιαίτερα σε νεαρές και σχετικά υγιείς συναισθηματικά ασθενείς, η Bruch, πρότεινε την οικογενειακή θεραπεία ως πρωταρχική θεραπευτική προσέγγιση, ενώ σε μεγαλύτερα άτομα με χρόνια πρόβλημα και σοβαρές ελλείψεις στην προσωπικότητα συνεπεία του διατροφικού προβλήματος, η οικογενειακή θεραπεία αποκτούσε επικουρικό χαρακτήρα στην ατομική θεραπεία.

Παρατηρώντας οικογένειες ανορεξικών, η Bruch υποστήριξε ότι, στις οικογένειες αυτές, λειτουργούν δυο 'επίπεδα' επικοινωνίας και συμπεριφοράς: το εμφανές και το κρυφό. Στο πρώτο επίπεδο, η οικογένεια φαινόταν αρμονική και λειτουργική, πολλές φορές σε υπερθετικό βαθμό. Στο δεύτερο επίπεδο υπέβασκαν εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα κυρίως στη σχέση μεταξύ των γονέων. Το άτομο που ανέπτυξε ανορεξία συνήθως γινόταν δέκτης αυτών των ανομολόγητων εντάσεων με αποτέλεσμα να παρεμβαίνει στη σχέση μεταξύ των γονέων για να καλύψει τα κενά της μεταξύ τους συναλλαγής. Οι ανορεξικές κόρες έδειχναν να παίρνουν σε αυτόν τον ακήρυχτο οικογενειακό πόλεμο έμμεσα το μέρος της μητέρας με τραγικές συνέπειες για την προσωπική τους ανεξαρτητοποίηση και ανάπτυξη και οι σχέσεις, όμως, των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, έδειχναν να χαρακτηρίζονται από δυσδιάκριτα όρια, μέχρι του σημείου οι σκέψεις και τα συναισθήματα να φαίνονται ότι μοιράζονται, ενώ αποκλείονταν οι ανοιχτές συγκρούσεις και η έκφραση προσωπικών επιθυμιών ή συναισθημάτων. Η Bruch ονόμασε αυτό το μοντέλο επικοινωνίας, «σύγχυση των αντωνυμιών» (confusion of pronouns). Στο μοντέλο αυτό, τα μέλη της οικογένειας είναι δέσμια μιας αντιφατικής συνθήκης όπου ενώ υποτίθεται ότι γνωρίζουν τις σκέψεις και συναισθήματα των υπολοίπων, αναιρούν συνεχώς ο ένας τον άλλο. Η εμφάνιση της ανορεξίας κατά την εφηβική ηλικία, σηματοδοτεί, την εκ προοιμίου καταδικασμένη μάχη της εφήβου για ανεξαρτητοποίηση, μέσα στην εσωστρεφή και άτεγκτη οικογενειακή δομή. Η άρνηση του φαγητού δημιουργεί τη φενάκη στην έφηβο ότι ενηλικιώνεται και αποστασιοποιείται από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

3. Δομικό μοντέλο του Salvador Minuchin

Ο εμπνευστής της δομικής οικογενειακής θεραπείας, ψυχίατρος Salvador Minuchin, περιέγραψε την ανορεξική συμπεριφορά ως σύμπτωμα της δυσλειτουργίας των οικογενειακών δομών. Η συμπεριφορά αυτή αναπτύσσεται στο ‘εδώ και τώρα’ της οικογενειακής πράξης μέσω της αλληλεπίδρασης των μελών της οικογένειας. Σημείο θεραπευτικής παρέμβασης δεν είναι το συμπτωματικό άτομο αλλά οι δομές που το γεννούν και το αναπαράγουν.

Ο Minuchin, υπήρξε από τους πρώτους που εφάρμοσε ένα κυκλικό μοντέλο δράσης – ανατροφοδότησης – ανάδρασης, για την ανάλυση ψυχοσωματικών συμπεριφορών, όπως η ανορεξική (Minuchin και συν, 1975; Minuchin και συν, 1978; Minuchin, 1985/2007). Το μοντέλο αυτό υπερέβη την γραμμική συνάρτηση αιτία – αποτέλεσμα/ δράση – αντίδραση, που χαρακτήριζε μέχρι τότε την ψυχοδυναμική προσέγγιση των διατροφικών διαταραχών και βοήθησε στην κατανόηση της δυναμικής της ατομικής συμπεριφοράς να οργανώνει και να οργανώνεται από το σύνολο των οικογενειακών συμπεριφορών. Με λίγα λόγια, να αποτελεί ταυτόχρονα την αιτία και το αποτέλεσμα τους. Η ‘διαταραγμένη’ συμπεριφορά δεν αποδίδεται σε κάποια χρονικά περιορισμένα γεγονότα αλλά θεωρείται ότι αναπτύσσεται και διαιωνίζεται μέσα από την αλληλεπίδραση στο πλαίσιο συγκεκριμένων οικογενειακών δομών και προτύπων.

Ο Minuchin αναφέρθηκε με τον όρο ‘ψυχοσωματική οικογένεια’, σε εκείνη την οικογενειακή οργάνωση/δομή που υποβοηθά στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών συνδρόμων και παράλληλα ‘χρησιμοποιεί’ το παθολογικό σύμπτωμα ομοιοστατικά για να διατηρήσει το τρέχον επίπεδο οικογενειακής οργάνωσης. Το σύμπτωμα –και εν προκειμένω οι διατροφικές διαταραχές – δεν ορίζεται από τη συμπεριφορά ενός μόνο μέλους της οικογένειας αλλά από την αλληλεπίδραση όλων των μελών της οικογένειας. Μέσω της κυκλικότητας της ανατροφοδότησης (feedback), τα μέλη της οικογένειας υποχρεώνουν το ένα το άλλο να συμμορφώνονται στις επιταγές ενός πρακτικά δυσλειτουργικού μοντέλου.

Ο Minuchin συμπεριέλαβε τις διατροφικές διαταραχές (και δη την ανορεξία) στα δευτερογενή ψυχοσωματικά σύνδρομα. Σε αυτά, δεν προϋπάρχει οργανική δυσλειτουργία, όπως στα πρωτογενή π.χ. το άσθμα όπου η οικογενειακή οργάνωση παροξύνει το οργανικό σύμπτωμα. Αντίθετα, οι συγχωνευτικές σχέσεις που επικρατούν στην οικογένεια συμβάλλουν στη σωματοποίηση των άλυτων ενδοοικογενειακών σχέσεων.

Για την εδραίωση του ψυχοσωματικού οικογενειακού μοντέλου, ο Minuchin χρησιμοποίησε τα πορίσματα ερευνών σε παιδιά με οργανικά προβλήματα όπως νεανικό διαβήτη και διαγνωσμένο άσθμα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι ορισμένες φάσεις έντονης κρίσης και στις δυο παθήσεις δεν μπορούσαν να ερμηνευτούν με οργανικές παραμέτρους αλλά ανταποκρίνονταν σε φάσεις οργάνωσης του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η θεραπευτική εμπειρία με αυτού του τύπου οικογένειες μεταφέρθηκε κατόπιν και σε οικογένειες με δευτερογενή συμπτώματα όπως οι ανορεξικές. Ο Minuchin βρήκε ότι ανεξαρτήτου συμπτώματος του λεγόμενου ‘προσδιορισμένου ασθενή’ (identified patient), οι ‘ψυχοσωματικές οικογένειες’ παρουσίαζαν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά. Τα σημαντικότερα κοινό γνώρισμα ήταν η έλλειψη ορίων μεταξύ των ατομικών και δυαδικών υποσυστημάτων, η υπερπροστασία, η ακαμψία και η ανικανότητα διαχείρισης διαφορών και επίλυσης προβλημάτων. Τα όρια μεταξύ των οικογενειακών υποσυστημάτων εξέλιπαν ή ήταν πολύ ασαφή. Η οικογενειακή προτεραιότητα δεν ήταν η προσωπική ανάπτυξη

των μελών αλλά η πίστη στην οικογένεια και η προστασία της, ακόμη και αν αυτό προϋπέθετε τεράστιες θυσίες σε επίπεδο εξατομίκευσης και ανεξαρτητοποίησης.

Ο Minuchin παρατήρησε, επίσης, ότι οι ανορεξικές οικογένειες ήταν παιδοκεντρικές και οι ψυχοβιολογικές ανάγκες των μελών τους ήταν αντικείμενο παρατήρησης από τους υπόλοιπους. Η τελειοθρία των ανορεξικών και τα έντονα συναισθήματα ντροπής όταν δεν είχαν τις αναμενόμενες επιδόσεις αποδόθηκαν στην υπερπροστατευτική στάση των γονέων και στην διαρκή παρατήρηση των αναγκών τους από τους ενήλικες.

Το ανορεξικό παιδί αναπτύσσεται σε ένα 'κλειστό' σύστημα όπου οι συγκρούσεις δεν διοχετεύονται ανοικτά, οι κανόνες επιβάλλονται με πλάγιο τρόπο, οι επαφές με το εξωτερικό περιβάλλον είναι περιορισμένες και επιφανειακές και ενισχύεται η στενή σύνδεση και εξάρτηση του παιδιού από τους γονείς. Συνήθως το παιδί που παρουσιάζει τη διατροφική διαταραχή βρίσκεται σε 'τριγωνική' σχέση με τους γονείς του και διοχετεύει την μεταξύ τους ανομολόγητη ένταση στη συμπτωματική του συμπεριφορά. Παράλληλα, οι ανορεξικές οικογένειες τείνουν να ασχολούνται σε υπερθετικό βαθμό με το φαγητό, την καλή συμπεριφορά στο τραπέζι, τελετουργικές πρακτικές γύρω από την πρόσληψη τροφής και διαιτητική συμπεριφορά.

Κατά τον Minuchin, η εφηβεία μπορεί να είναι ιδιαίτερα απειλητική για την ισορροπία ενός τόσο κλειστού συστήματος. Η τάση αυτονόμησης εκ μέρους του εφήβου μπορεί να οδηγήσει στον εξαναγκασμό του, από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, να προσαρμόσει τη συμπεριφορά του και τις ανάγκες του σύμφωνα με του άκαμπτους κανόνες που έχει θέσει η οικογένεια για την αυτοπροστασία της. Η ήδη υπάρχουσα ενασχόληση της ανορεξικής οικογένειας με το φαγητό προετοιμάζει το έδαφος για την ανάπτυξη από το βαλλόμενο μέλος ανορεξικών συμπτωμάτων στη θέση συμπεριφορών που απειλούν την οικογενειακή συνοχή.

Η οικογένεια ενεργοποιεί διάφορους μηχανισμούς για τη συντήρηση του ανορεξικού συμπτώματος. Ενδέχεται να το χρησιμοποιήσει ως μέσο παράκαμψης συγκρούσεων ή ως πυρήνα ενοποίησης της οικογένειας στον κοινό σκοπό προστασίας του 'άρρωστου' μέλους. Η ανορεξία, συνεπώς, ενσωματώνεται στην οικογενειακή οργάνωση, εκλεπτύνοντας και ενδυναμώνοντας τους κανόνες και την συλλογική ταυτότητα, ενώ το ανορεξικό μέλος ταυτόχρονα απομονώνεται και προστατεύεται.

Σύμφωνα με τις κλινικές παρατηρήσεις του συγγραφέα, ακόμη και αν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αισθανθούν αντικείμενα εκμετάλλευσης εκ μέρους του ανορεξικού μέλους, δεν εγκαταλείπουν την ελεγκτική και υπερπροστατευτική τους συμπεριφορά εφόσον η συντήρηση του συστήματος στηρίζεται στην παρεμπόδιση της υπέρβασης του, από οποιοδήποτε από τα μέρη του.

Ως προς την εμπειρική επιβεβαίωση του μοντέλου των 'ψυχοσωματικών οικογενειών' τα στοιχεία έχουν, ήδη από το παρελθόν, χαρακτηριστεί ανεπαρκή (Le Grange, 1992). Μπορεί να είναι πειστικά ή και ενορατικά ως προς τη δυναμική της οικογένειας, αλλά πάσχουν σε εμπειρικό επίπεδο. Ωστόσο, δεν έχει αμφισβητηθεί η χρησιμότητα του μοντέλου σε θεραπευτικό επίπεδο.

4. Συστημικό Μοντέλο της Σχολής του Μιλάνου

Συγγενές με το κλασικό μοντέλο του Minutsin, υπήρξε και το συστημικό μοντέλο που διαμόρφωσε η Mara Selvini - Palazzoli κύρια αντιπρόσωπος της συστημικής σχολής του Μιλάνου (Palazzoli, 1974; Palazzoli και συν, 1988).

Σύμφωνα με την Palazzoli η ανορεξία αποτελεί «ένα σύνδρομο των οικονομικά ανεπτυγμένων κοινωνιών που αποτελούν το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο υλοποιείται η ανορεξική συμπεριφορά» (Palazzoli και συν, 1988) αλλά και κοινωνιών με διαφορετικό πολιτισμό που υιοθετούν τον δυτικό τρόπο ζωής. Στις χώρες που υπάρχει αφθονία τροφής, εμφανίζεται το παράδοξο φαινόμενο, του εκούσιου περιορισμού στην πρόσληψη τροφής ως απόρροια της ‘θεοποίησης’ του αδύνατου γυναικείου σώματος. Οι ανορεξικές είναι φορείς αυτού ακριβώς του διπλού μηνύματος: της πείνας μέσα στην αφθονία.

Κατά την Palazzoli, η οικογένεια ως σύστημα, στις δυτικές και δυτικότερες κοινωνίες, διαβιεί μέσα σε αυτό το παράδοξο της άφθονης τροφής και της προβολής, ως ιδεατού, από το υπερσύστημα (μέσα μαζικής επικοινωνίας, έντυπα κ.α.) του κάτισχνου γυναικείου σώματος. Η συνθήκη αυτή, σε συνδυασμό με άλλα χαρακτηριστικά της οικογένειας, όπως ο παιδοκεντρισμός, το κοινωνικό γόητρο του γονικού ρόλου και η μετάθεση της ενηλικίωσης των παιδιών σε μεγαλύτερη ηλικία λόγω ανώτερων σπουδών, αποτελεί τον κοινωνικό ‘καμβά’ όπου εξυφαίνεται η διατροφική διαταραχή.

Σύμφωνα με τη σχολή του Μιλάνου, στις οικογένειες που αναπτύσσεται συμπτωματική διατροφική συμπεριφορά, προϋπάρχει ένα είδος αδιέξοδου ‘παιγνιδιού’ μεταξύ των γονέων. Το παιχνίδι αυτό περιλαμβάνει κεκαλυμμένες προκλήσεις και θυμό του ενός για τον άλλο καθώς και τάση ‘τριγωνοποίησης’, στη σχέση των γονέων με το παιδί, που συνήθως παρουσιάζει, την ανορεξική συμπεριφορά.

Οι Palazzoli και συν, στο βιβλίο ‘Family Games’ (1988), περιγράφουν έξι στάδια οικογενειακής συναλλαγής πριν την εμφάνιση του διατροφικού συμπτώματος. Στο πρώτο στάδιο, η μέλλουσα ανορεξική σύρεται από μικρή ηλικία στην αδιέξοδη σχέση του γονικού ζευγαριού. Στο δεύτερο, η εμπλοκή της στο γονικό παιχνίδι γίνεται με δυο αμοιβαία αποκλειόμενους τρόπους. Στην περίπτωση Α (τύπος Α), η κόρη, είναι πολύ συνδεδεμένη με τη μητέρα και μοιράζεται τα αρνητικά συναισθήματα που τρέφει εκείνη η μητέρα για τον πατέρα. Λυπάται τη μητέρα, μοιράζεται την οπτική της αλλά δεν την εκτιμά ιδιαίτερα θεωρώντας τον εαυτό της ηθικά ανώτερο. Στην περίπτωση Β (τύπος Β), η μέλλουσα ανορεξική είναι φανερά η αγαπημένη του πατέρα, υποτιμά τη μητέρα και μοιράζεται την οπτική και τα συναισθήματα του πατέρα για εκείνη. Στο στάδιο αυτό η κόρη δεν παίρνει ακόμη ενεργά το μέρος του προτιμώμενου γονέα.

Κατά το τρίτο στάδιο, το οποίο συμπίπτει χρονικά με την εφηβεία της κόρης, αποκτά κεντρική υπόσταση η υπεράσπιση και η προστασία του ενός γονέα εις βάρος του άλλου. Στον τύπο Α, το πρόβλημα ξεκινά, όταν η κόρη ανακαλύπτει ότι έχει αντικατασταθεί στον ρόλο της ως σύμβουλου και ‘χαϊδεμένης’ της μητέρας, από κάποιο άλλο, συνήθως μικρότερο, παιδί της οικογένειας. Αντιδραστικά προσκολλάται στον πατέρα, μοιράζεται μαζί του τα συναισθήματα μοναξιάς και εγκατάλειψης από τη μητέρα με αποτέλεσμα να ταυτιστεί με την θέση του ως ‘θύμα’ της γκρινιάρας, απαιτητικής γυναίκας του. Η σχέση τους χωρίς να αποκτά ποτέ εμφανή ερωτικά στοιχεία εμπεριέχει ένα λανθάνον στοιχείο αποπλάνησης και μοναδικότητας. Στον τύπο Β, η ήδη

στενήκαι αποκλειστική σχέση της δυάδας πατέρα – κόρης γίνεται ακόμη στενότερη με στόχο την απομόνωση και κατηγορία της μητέρας.

Στο τέταρτο στάδιο, η περιοριστική σχέση με το φαγητό (που αρχικά μπορεί να δηλώνει ταύτιση με διαιτητικές συμπεριφορές της μόδας) παίρνει και για τους δυο τύπους σχέσης τη μορφή ‘όπλου’ στον αθέμιτο πόλεμο κυριαρχίας στη σχέση μητέρας και κόρης. Η δίαιτα διαφοροποιεί την κόρη από τη μητέρα αλλά ταυτόχρονα προκαλεί για αλλαγή στη σχέση τους.

Στο πέμπτο στάδιο, η άρνηση τροφής φαίνεται να ενισχύει περαιτέρω τον προϋπάρχοντα τρόπο συναλλαγής μέσα στην τριάδα με αποτέλεσμα ένα ατέρμονα φαύλο κύκλο που σηματοδοτεί αύξηση της περιοριστικής συμπεριφοράς.

Το έκτο στάδιο συμπίπτει με την οριστική μετάβαση από τον αυξανόμενο περιορισμό της τροφής στην κλινική ανορεξική συμπεριφορά. Κλειδί για αυτή τη μετακίνηση αποτελεί η ‘προδοσία’ του πατέρα να πάρει δυναμικά το μέρος της ανορεξικής απέναντι στη μητέρα με το κόστος μιας οριστικής ρήξης.

5. Αφηγηματικά και Μεταδομικά Μοντέλα

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες, ιδέες που απορρέουν από τον μεταδομισμό (post structuralism) και την αφηγηματική (narrative) προσέγγιση έχουν επηρεάσει τη συστημική σκέψη και θεραπευτική εφαρμογή.

Σύμφωνα με αυτές τις θεωρήσεις οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν προϊόντα διαλογικών (discursive) συστημάτων που δομούν και αναπαράγουν κοινωνικές πρακτικές και νοσολογικά σύνδρομα (Herworth, 1999). Τα διαλογικά συστήματα όταν αποτελούν δηλώσεις και υφίστανται αυτόνομα αντιστοιχούν σε ομάδες ακολουθιών σημάτων (Foucault, 1971). Τα συστήματα των ακολουθιών, αλλάζουν συν τον χρόνο, ανταποκρίνονται στις σχέσεις εξουσίας που διέπουν μια κοινωνία ή κοινωνική ομάδα και διαμορφώνουν την κοινωνική και ατομική ταυτότητα. Στις διατροφικές διαταραχές, συνιστούν τους μηχανισμούς (κυρίως γλωσσικούς) διαιώνισης των κοινωνικών και πολιτισμικών αντιλήψεων σχετικά με το ιδανικό γυναικείο σώμα και διαμόρφωσης του τι θεωρείται παθολογικό.

Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν χωροχρονικές νοσολογικές ‘κατασκευές’ και απηγούν κυρίαρχους ‘λόγους’ σχετικά με τον ορισμό της παθολογίας, τον ορισμό του γυναικείου κάλλους κ.α. Η έννοια των διατροφικών διαταραχών, διαμορφώνεται, εν μέρει, στη συναλλαγή γιατρών και ασθενών η οποία λαμβάνει χώρα σε ένα κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο που ευνοεί την ιατρική εξουσία.

Η αφηγηματική προσέγγιση έκανε την εμφάνιση της τη δεκαετία του ’90 (White, 1991). Επηρεασμένη από τον δομισμό και τον μεταδομισμό, υποστήριξε ότι η παθολογία διαιωνίζεται και αναπαράγεται μέσα από τη διαδικασία ενσωμάτωσης των κυρίαρχων πολιτισμικών και κοινωνικών νορμών στην ατομική ταυτότητα και ιστορία, μέσω του λόγου. Με λίγα λόγια το άτομο ταυτίζεται με την παθολογία του και αδυνατεί να δει τον εαυτό του έξω από αυτήν.

Οι ερμηνείες αυτές υπήρξαν βοηθητικές στην κατανόηση ιστορικών και γλωσσολογικών συγκυριών στην ‘άνοδο’ και την ‘πτώση’ ασθενειών (π.χ. υστερίας, μελαγχολίας). Ταυτόχρονα υποβοήθησαν στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικών κατασκευών όπως π.χ. φύλο,

ιδανικό γυναικείο σώμα και νοσολογικών κατηγοριών όπως η ανορεξία ή βουλιμία (White, 2007b).

Υπήρξε προσέγγιση της συστημικής σκέψης με την αφηγηματική σε επίπεδο θεωρίας και θεραπευτικής πράξης. Σε αυτό συνέβαλλε το γεγονός ότι κάποιες μεταφορές της μεταμοντέρνας σκέψης, λόγω του μη αντικειμενικού τους χαρακτήρα (Hoffman, 1992), προσφέρουν διαλογική ελευθερία για την ανακατασκευή δυσλειτουργικών νοημάτων σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.

Ωστόσο, υπήρξε κριτική, στον επιλεκτικό δανεισμό από το αφηγηματικό μοντέλο στοιχείων από τον Foucault ή τον Derrida (Fish, 1993). Επίσης, θεωρήθηκε παρακινδυνευμένο και υπερβολικό, το αφηγηματικό μοντέλο να ταυτίζεται με την εφαρμογή του μεταδομισμού στη θεραπεία. Σύμφωνα με τους επικριτές, μέλημα του μεταδομισμού είναι η κριτική και η αποδόμηση, και όχι η προβολή λύσεων ή νέων θεραπειών.

Ο Foucault ενδιαφέρθηκε περισσότερο για την διαλογική διαμόρφωση των κοινωνικοπολιτισμικών και πολιτικών πρακτικών συμπεριλαμβανομένων εκείνων στο χώρο της ψυχιατρικής και της νοσολογίας και λιγότερο για το άτομο, το οποίο αντιλαμβάνεται ως υποκείμενο/αντικείμενο αυτών των διεργασιών. Αντίθετα, η αφηγηματική προσέγγιση, εφαρμόζεται ψυχοθεραπευτικά και ως εκ τούτου, τοποθετεί το άτομο και την οικογένεια στην πρώτη γραμμή ανάλυσης. Αυτό, έχει λεχθεί, ότι συνεπάγεται την άρση του πολιτικού ριζοσπαστισμού της αρχικής μεταδομικής αντίληψης (Herworth, 1999), εξυπηρετώντας τους αριστοί, περιορισμένους στόχους της θεραπείας μικρών συστημάτων. Ωστόσο, δεν παύει να υπάρχει ελπίδα ότι οι αλλαγές σε μικρά συστήματα μπορούν να μεταφερθούν στο ευρύτερο σύστημα.

6. Καμπυλόγραμμα μοντέλο οικογένειας του D. Olson

Το Καμπυλόγραμμα Μοντέλο Οικογενειακών Συστημάτων και Ζευγαριών (Circumplex Model of Marital and Family Systems), σε αντίθεση με τα προηγούμενα μοντέλα, δεν αφορά ειδικά τις οικογένειες με διατροφικά προβλήματα. Ωστόσο το μοντέλο και η κλίμακα FACES που προέκυψε από αυτό, έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί στην έρευνα των οικογενειακών παραμέτρων των διατροφικών διαταραχών (Olson και συν, 1985; Olson, 1989; Olson, 2000).

Στόχος των εμπνευστών του μοντέλου, ήταν το γεφύρωμα του κενού μεταξύ έρευνας, θεωρίας και πράξης, στην οικογενειακή θεραπεία (Olson και συν, 1985). Άλλος επιμέρους στόχος ήταν η μελέτη της ικανότητας της οικογένειας να επιστρατεύει συγκεκριμένους μηχανισμούς ισορροπίας και λειτουργικότητας, σε καταστάσεις εντροπίας.

Τα χαρακτηριστικά του καμπυλόγραμμου μοντέλου είναι ότι εστιάζει στο οικογενειακό σύστημα, ενσωματώνει τρεις διαστάσεις που επανειλημμένα απασχολούν τις οικογενειακές θεωρίες και την οικογενειακή θεραπεία και είναι χρήσιμο στη διάγνωση των οικογενειακών σχέσεων (relational diagnosis). Οι τρεις αυτές διαστάσεις είναι, η συνοχή (coherence), η προσαρμοστικότητα (flexibility) και η επικοινωνία (communication) του οικογενειακού συστήματος.

Το μοντέλο του Olson παρουσιάζει ομοιότητες με άλλα οικογενειακά μοντέλα όπως το Συστημικό Μοντέλο των Beavers & Hampson (Beavers & Hampson, 2000) και το Οικογενειακό Μοντέλο του MacMaster (Epstein και συν, 1978; Miller και συν, 2000). Το μοντέλο των Beavers & Hampson

διαμορφώθηκε γύρω από δυο διαστάσεις: την οικογενειακή ικανότητα και το οικογενειακό στυλ. Και οι δυο αυτές διαστάσεις κλιμακώνονται με βάση την λειτουργικότητα τους. Ενώ η ικανότητα της οικογένειας διαβαθμίζεται σε πέντε βαθμίδες που κυμαίνονται από πολύ ικανοποιητική σε εξαιρετικά δυσλειτουργική, το στυλ κυμαίνεται από φυγόκεντρο σε κεντρομόλο. Η προσέγγιση McMaster, αποτελεί ένα μοντέλο αξιολόγησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της οικογένειας. Το μοντέλο στηρίζεται σε μια ψυχοσωματική οπτική των οικογενειακών σχέσεων και των προβλημάτων μέσα στην οικογένεια. Για την αξιολόγηση των οικογενειών το μοντέλο χρησιμοποιεί τρία εργαλεία μεταξύ των οποίων και δομημένη συνέντευξη. Σε θεωρητικό επίπεδο, τα μοντέλα αυτά παρουσιάζουν κάποιες θεωρητικές ομοιότητες με το μοντέλο των ψυχοσωματικών οικογενειών του Minuchin και ιδιαίτερα στις διαστάσεις που αφορούν στη συνοχή και την προσαρμοστικότητα της οικογένειας.

Ο προσανατολισμός του καμπυλόγραμμου μοντέλου του Olson, στα 'οικογένεια ερείσματα', στα στοιχεία, δηλαδή, της οικογένειας που την κατευθύνουν προς έναν θετικό πόλο οικογενειακής λειτουργίας, φαίνεται να έχει κοινά με το υγειογενετικό μοντέλο του Aaron Antonovsky και την έννοια της εσωτερικής συγκρότησης. Αν και το μοντέλο του Olson αφορά στο οικογενειακό και όχι στα ατομικό επίπεδο, όπως το υγειογενετικό μοντέλο, ωστόσο εστιάζουν στα δυνατά σημεία του ατόμου ή της οικογένειας που αποδεικνύονται σημαντικά σε περιόδους κρίσης.

Η οικογενειακή συνοχή, στο μοντέλο του Olson, ορίζεται ως τη μορφή του συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας (Olson και συν, 2000). Η παράμετρος αυτή, μετρείται μέσω μεταβλητών όπως: η συναισθηματική σύνδεση, τα όρια, ο χωρόχρονος, οι κοινές δραστηριότητες, η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αφορά στη δυνατότητα της οικογένειας να ισορροπεί μεταξύ των ακραίων πόλων της συναισθηματικής απεμπλοκής και της πλήρους εμπλοκής και να επιτρέπει ένα υγιές μείγμα εγγύτητας/διαφοροποίησης. Ανάλογα με το βαθμό συνοχής οι οικογένειες κυμαίνονται από απεμπεπλεγμένες (disengaged) σε διαχωρισμένες (separated) σε συνδεδεμένες (connected) και σε αδιαφοροποίητες (enmeshed). Η κλιμάκωση αυτή δηλώνει μια ποιοτική όσο και ποσοτική διαφορά μεταξύ του βαθμού διαφοροποίησης ή μη αυτών των οικογενειακών τύπων. Κινείται στη λογική της διαβάθμισης και όχι της διχοτόμησης που χαρακτηρίζει και άλλα μοντέλα οικογένειας (Minuchin, 1978).

Ο βαθμός ικανότητας του οικογενειακού συστήματος να δέχεται αλλαγές στην ηγεσία, στους ρόλους και τους κανόνες αντικατοπτρίζει την δεύτερη διάσταση του μοντέλου: την οικογενειακή προσαρμοστικότητα. Ανάλογα με τον βαθμό προσαρμοστικότητας οι οικογένειες κλιμακωτά κατατάσσονται σε άκαμπτες, δομημένες, προσαρμοστικές και χαοτικές. Οποσδήποτε οι δομημένες και οι εύκαμπτες οικογένειες παρουσιάζουν μεγαλύτερη λειτουργικότητα και δυναμικό αλλαγής.

Η τελευταία διάσταση του μοντέλου, η επικοινωνία, αφορά στις δεξιότητες της οικογένειας ως συνόλου να ακούν και να ακούγονται, να εκμυστηρεύονται, να μιλούν, να σέβονται και να εκτιμούν ο ένας τον άλλο, να λύνουν προβλήματα. Ο βαθμός ισορροπίας μιας οικογένειας συνήθως συμφωνεί με το βαθμό επικοινωνίας μεταξύ των μελών της.

Η ικανότητα του καμπυλόγραμμου μοντέλου να διακρίνει μεταξύ ισορροπημένων και μη συστημάτων οικογένειας καθώς και η υπόθεση ότι τα πρώτα είναι λειτουργικότερα από τα δεύτερα έχουν αποδειχθεί ερευνητικά (Olson, 2000), αν και δεν αποσαφηνίστηκαν ποιες μορφές συμπτωμάτων/παθολογίας συνδέονται με τις δυσλειτουργικές μορφές οικογένειας.

Για την μέτρηση των διαστάσεων εκείνων που προσδιορίζουν τη λειτουργία της οικογένειας ως σύστημα, κατασκευάστηκε το Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Συνοχής και

Προσαρμοστικότητας της Οικογένειας (Family Adaptability and Cohesion Scales – FACES II) (Olson, 1991). Το αρχικό ερωτηματολόγιο εμπλουτίστηκε, με αποτέλεσμα να προκύψει το FACES III. Στο τελευταίο, οι συγγραφείς κατάφεραν να υπερβούν τη γραμμική εκτίμηση των διαστάσεων της συνοχής και της προσαρμοστικότητας και να συλλάβουν τις αντίρροπες ισορροπημένες και μη πλευρές αυτών των διαστάσεων.

Από την εξέταση των αποτελεσμάτων 250 μελετών που χρησιμοποίησαν το FACES βρέθηκε ότι η αρχική υπόθεση ότι τα ισορροπημένα οικογενειακά συστήματα ή συστήματα ζευγαριών είναι περισσότερο λειτουργικά από τα μη ισορροπημένα και ότι οι κλίμακες ήταν αποτελεσματικές στην κλινική αξιολόγηση οικογενειών και ζευγαριών και, εν συνεχεία, στον θεραπευτικό σχεδιασμό (Olson, 2000).

Γ. Κοινωνικοπολιτισμικά Μοντέλα

Ιστορικά η τροφή και η πρόσληψη της συνιστούν ένα πολύπτυχο και σύμπλοκο κοινωνικό-πολιτισμικό φαινόμενο έμπλοκο νοημάτων και συμβολισμών. Κατά τον Emmett (1985), η τροφή αποτελεί την υπ' αριθμόν ένα καταχρασμένη, ουσιαστικά και μεταφορικά, ουσία ανά τους αιώνες.

Πέρα από φυσικό αγαθό, η τροφή αποτελεί πολιτισμικό αγαθό, το οποίο ευρύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές συνιστώσες καταδικάζουν σε σπανιότητα ή σε επάρκεια, θεοποιούν ή δαιμονοποιούν. Ανατρέχοντας στην ιστορία του φαγητού παρατηρούμε έκδηλη την σφραγίδα κοινωνικών θεσμών, κοινωνικών ανατροπών, ταξικών περιορισμών και πολιτισμικά προσδιορισμένων τελετουργιών αναφορικά στον τρόπο παρασκευής, παρουσίασης και κατανάλωσης της τροφής.

Η ποιότητα ή η ποσότητα της τροφής, ιστορικά, πρόσθετε ή αφαιρούσε κοινωνικό κύρος, αποτελούσε έμβλημα πλούτου ή πενίας. Η αντιπαραβολή των λουκούλλειων γευμάτων της βικτοριανής αστικής τάξης με τη σούπα και το ψωμί που αποτελούσε το γεύμα των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων, αποτυπώνεται γλαφυρά στα έργα του Charles Dickens (1837-1896). Η τροφή και η πρόσληψη της αναδεικνύεται σε κοινωνικό καθρέπτη. Η αντανακλαστική διάσταση προσδίνει στο φαγητό συμβολικό χαρακτήρα και το επενδύει με πολιτισμικά νοήματα πέρα και έξω από την πρώτιστη λειτουργία του να κρατήσει τον οργανισμό στη ζωή.

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές συχνά αναφέρονται στις οικογενειακές τελετουργίες σχετικά με το φαγητό, στην επένδυση της θρέψης με μεγάλη σημασία, αλλά και στην μεταμόρφωση του οικογενειακού τραπέζιου σε πεδίου μάχης και επίλυσης διαφορών.

Αρχικά αποκλειστικό πεδίο της ψυχιατρικής, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, τις τελευταίες δεκαετίες μετακινήθηκαν από το γραφείο του ψυχιάτρου στο κέντρο του ενδιαφέροντος του επιστημονικού κόσμου και της κοινής γνώμης. Όπως αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία, σπάνια οι κοινωνικές, πολιτισμικές και ιστορικές διαστάσεις ενός φάσματος ψυχιατρικών διαταραχής έχουν προσελκύσει τέτοιο ερευνητικό ενδιαφέρον (Szmukler και συν, 1995).

Οι ιστοριογραφικές μελέτες αποκαλύπτουν ότι οι διατροφικές συμπεριφορές που προσομοιάζουν στην ανορεξία και τη βουλιμία παρουσιάζονται σε διάφορες κοινωνίες και ιστορικές εποχές. Ωστόσο η συχνότητα, η μορφή και κίνητρο αυτών των συμπεριφορών παραλλάζει ανάλογα

με το κοινωνικά – πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνουν. Οι κοινωνικές συνθήκες ανάλογα ευνοούν ή μη την μετουσίωση της ψυχοπαθολογίας σε αποκλίνουσα διατροφική συμπεριφορά (Bemporad, 1996; Brumberg, 1988; Vandereyken and Van Death, 1997). Το πόρισμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα σύγχρονων ανθρωπολογικών ερευνών σχετικά με τις διαπολιτισμικές διαφορές αναφορικά στην μορφολογία και ερμηνεία των διατροφικών διαταραχών, στην σοβαρότητα της πρωτεύουσας και δευτερεύουσας (ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος, μείωση βάρους κ.α.) (Rugiero και συν, 2000; Podar & Allik, 2009; Waldherr και συν, 2008). Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν στην άποψη ότι οι πολιτισμικές διαφορές και οι διαφορετικές κοινωνικές απαιτήσεις από τους νέους αναφορικά στο σχήμα και το βάρος του σώματος αποτυπώνονται στην ένταση, στη μορφολογία και το ειδικό βάρος των διατροφικών διαταραχών σε κάθε πολιτισμό (Waldherr και συν, 2008).

Ιστορικά, φαινόμενα όπως η αυτόβουλη ασιτία, δεν καταγράφονταν προ της επίδρασης του θρησκευτικοφιλοσοφικού ρεύματος του γνωστικισμού, ο οποίος υπερτόνιζε τη διχοτόμηση σώματος και πνεύματος και απέδιδε σατανικές επιρροές στις σωματικές ανάγκες και επιθυμίες. Η διχοτόμηση πνεύματος και ύλης που διέπνευσε τον Ιουδαϊκό - Χριστιανικό πολιτισμό αποτέλεσε πλούσιο υπέδαφος για την ανάπτυξη ακραίων συμπεριφορών που τιμωρούσαν το υλικό σώμα, αρνούμενες μεταξύ άλλων και την θρέψη. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από ευρήματα, ότι σε πολιτισμούς που δεν διχοτομούν το σώμα από το πνεύμα, οι διατροφικές διαταραχές απουσιάζουν (Dolan, 1991). Ωστόσο, η έκθεση τέτοιων πολιτισμών στη δυτική κουλτούρα, φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο δυσαρέσκειας με το σχήμα και το βάρος του σώματος, την υιοθέτηση περιοριστικών διατροφικών συνηθειών και την ανάπτυξη προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής (Becker, 2007a).

Το φαινόμενο της ανορεξίας κατά την νεωτερική περίοδο συνέβηκε σε έναν ιστορικό χρόνο όπου συνυπήρξε αφθονία τροφής (στη μέση και ανώτερη τάξη) και αποθέωση της αισθητικής διάστασης της θηλυκότητας (Bell, 1989; van Deth, & Vandereycken, 2000). Στη σύγχρονη εποχή, θα μπορούσε κανείς να πει, ότι τη θέση των στενών κορσέδων της βικτοριανής περιόδου έχουν πάρει οι εξίσου ανάλγητες επιταγές της μόδας και της κοινωνικά κατασκευασμένης έννοιας της ομορφιάς.

Η επίδραση ιστορικών και κοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση της φαινομενολογίας των διατροφικών διαταραχών, συνέβαλε στην άποψη ότι διατροφικές διαταραχές αποτελούν «πολιτισμικά προσδιορισμένο σύνδρομο» (Gordon, 2000). Σύμφωνα με αυτή την ερμηνεία, το παθολογικό φαινόμενο και η θεραπεία του δεν λαμβάνουν χώρα στο κενό αλλά μέσα σε ένα κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο από το οποίο επηρεάζονται και το οποίο επηρεάζουν.

1. Οι Διατροφικές Διαταραχές ως ‘Πολιτισμικά Οριζόμενα Σύνδρομα’ (culture bound syndromes)

Ο όρος πολιτισμικά προσδιορισμένο σύνδρομο (culture bound syndrome), εισηγήθηκε για να περιγράψει την κοινωνικοπολιτισμική διάσταση ψυχολογικών και ψυχοσωματικών φαινομένων (Yap, 1951). Η ‘κοινωνικοπολιτισμική διάσταση’, αντιστοιχεί στο σύνολο εκείνων των κοινωνικών, πολιτισμικών και ιατρικών παραγόντων, οι οποίοι ισχύουν σε μια συγκεκριμένη ιστορική περίοδο και επηρεάζουν τη μορφή, τη σημαντικότητα και την αντιμετώπιση των ψυχικών ή σωματικών

συμπτωμάτων. Ένας εναλλακτικός όρος που προτάθηκε από τον George Devereux (1978), ο οποίος όμως δεν έγινε ευρύτερα γνωστός, είναι οι εθνικές διαταραχές (ethnic disorder).

Η κατάταξη των διατροφικών διαταραχών στα πολιτισμικά προσδιοριζόμενα σύνδρομα, έχει υποστηριχτεί από πολλούς ιστορικούς και κοινωνικούς επιστήμονες (Bemporad 1996; Brumberg 1988; van Deurloo & Vandereyken, 2000). Κοινά χαρακτηριστικά των συνδρόμων αυτών αποτελούν, η ιστορικότητα τους, η άνοδος και πτώση του ενδιαφέροντος ειδικών και κοινού απέναντι σε αυτά και συχνά η ανάδειξη τους σε μύθους ή υπέρτατο κακό. Η ερμηνεία και η θεραπεία τους συντελείται σε ένα κοινό πλαίσιο αντιλήψεων και ορισμού της πραγματικότητας που μοιράζονται γιατροί και ασθενείς.

Σύμφωνα με την συγγραφέα Susan Sontag, οι ασθένειες μπορεί ιστορικά να χρησιμοποιούνται μεταφορικά ώστε να εκφράσουν στοιχεία του πνεύματος μιας εποχής. Έτσι απέκτησε, τον 19^ο αιώνα, ρομαντική υφή η φυματίωση και προετοίμασε το έδαφος για τη νέα 'μυστηριακή εικόνα' του ανορεξικού ασθενή που σταδιακά έλιωνε (Sontag, 1978). Υπό αυτή την έννοια, η ανάδυση, ή αντίστροφα ο αφανισμός μιας ασθένειας, μπορεί να οφείλεται στην αλλαγή του κοινωνικού και του πολιτισμικού πλαισίου διάγνωσης, ονοματολογίας και αντιμετώπισης της.

Οι διατροφικές διαταραχές – όπως πρωτύτερα η μελαγχολία και η υστερία – έχουν θεωρηθεί χαρακτηριστικά παραδείγματα πολιτισμικά προσδιορισμένων συνδρόμων. Η άνοδος τους συνέπεσε ιστορικά με την υποχώρηση των διαγνώσεων υστερίας, ενώ αρχικά θεωρήθηκαν από τον ιατρικό κόσμο, ως νέες μορφές αυτής της προϋπάρχουσας διαταραχής. Προ της βιομηχανικής εποχής, η αυτόβουλη αφαγία, αποτελούσε ημιθρησκευτικό φαινόμενο, με συνέπειες για την φαινομενολογία και τα κίνητρα που αποδίδονται σε αυτήν. Η άρνηση τροφής, συνεπώς, 'θεάται' (με την έννοια που αποδίδει στο ρήμα orώ, ο Foucault) αναλόγως των ερμηνευτικών αναγκών του περιβάλλοντος.

Οι προβληματισμοί αυτοί αναπόφευκτα έθεσαν το ερώτημα, αν οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν φαινόμενα ή 'επιφαινόμενα', τα οποία αναπτύσσονται μέσα στο πλαίσιο της κοινωνικής και πνευματικής ιστορίας και του ιατρικού λόγου. Κάποιοι μελετητές, όπως οι van Deurloo & Vandereyken (2000), καταλήγουν ότι πιθανότατα δεν ήταν η στατιστική αύξηση της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών τον 20^ο αιώνα, που υποκίνησε το κατακλυσμικό ενδιαφέρον του κοινού, των μαζικών μέσων και του ιατρικού κόσμου αλλά αντίθετα η αυξημένη επικράτηση τους ήταν η ποσοτική έκφραση του τρόπου που αυτές γίνονταν αντιληπτές. Ο Bemporad αναφέρει ότι η κατάταξη των διατροφικών διαταραχών στα πολιτισμικά προσδιορισμένα σύνδρομα, κλονίζει την πεποίθηση ότι αποτελούν προϊόν σύγχρονων κοινωνικών πιέσεων (Bemporad 1996).

Άλλοι μελετητές, επηρεασμένοι από τα κείμενα του Foucault (1977) περί 'διακυβερνησιμότητας' (governmentality), ελέγχου δηλαδή του σώματος και των δραστηριοτήτων του στις δυτικές κοινωνίες μέσα από κοινωνικοπολιτικές πρακτικές και περιορισμούς, επεσήμαναν τη λειτουργικότητα της τροφής, ως μέσου άσκησης πειθαρχίας και κοινωνικού ελέγχου (Coveney, 2000). Το σώμα περιορίζεται και χαλιναγωγείται από τις κρατούσες αντιλήψεις περί βάρους και υγείας και αναπαράγεται μέσα από τον κοινωνικό λόγο περί δίαιτας και την «εκκλαΐκευση της επιτήρησης του σωματικού βάρους από το άτομο» (Herworth, 1999). Οι διατροφικές διαταραχές εκφράζουν την εποχή τους ως καρικατούρα των συμπεριφορών που η ίδια αυτή κοινωνία ενστερνίζεται.

Ωστόσο, η άποψη ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν 'πολιτισμικά προσδιοριζόμενο φαινόμενο' έχει αποδυναμωθεί από ευρήματα ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν διασπαρθεί σε ολόκληρο σε πολλές περιοχές του πλανήτη. Ορισμένοι αποδίδουν αυτή τη διασπορά στην 'παγκοσμιοποίηση' της ιατρικής γνώσης και στη δράση διεθνών ιδρυμάτων που επηρεάζουν την

εγχώρια κοινωνική πολιτική αναφορικά με την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών νοσημάτων. Υπό αυτή την έννοια οι διατροφικές διαταραχές μορφοποιούνται και αντιμετωπίζονται σε σχέση με τα διεθνή κριτήρια και όχι τις εγχώριες ανάγκες (Edquist, 2008)

Κατόπιν επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων από 60 χώρες οι Keel & Klump (2003), κατέληξαν στην άποψη ότι η βουλιμία και τα υπερφαγικά σύνδρομα και όχι η ανορεξία αποτελούν πολιτισμικά προσδιοριζόμενα φαινόμενα. Οι συγγραφείς αποδέχονται τα ευρήματα ότι τα διατροφικά σύνδρομα είναι περισσότερο διαδεδομένα στο δυτικό κόσμο και ότι αυτό το γεγονός οφείλεται, εν μέρει, στα κριτήρια ομορφιάς και σωματικού βάρους που ισχύουν στη Δύση. Επιχειρηματολογούν ότι η ανορεξία δεν αποτελεί πολιτισμικά προσδιοριζόμενο σύνδρομο για τους λόγους ότι το φαινόμενο της αυτόβουλης ασιτίας έχει παρουσιαστεί σε διάφορες ιστορικές περιόδους και σήμερα υφίσταται σε περιοχές που απουσιάζει η δυτική επιρροή και διότι πολιτισμικοί παράγοντες όπως η εξιδανίκευση της λεπτότητας επηρεάζουν τις τιμές της ανορεξίας αλλά δεν είναι επαρκείς ή αναγκαίοι. Ενδεχόμενα η αγωνία για το σωματικό βάρος να αποτελεί πολιτισμικά προσδιοριζόμενο φαινόμενο διότι συχνά δεν πληρείται ως κριτήριο στον μη δυτικό κόσμο. Από την άλλη πλευρά, η βουλιμία μπορεί να καταταχτεί στα πολιτισμικά προσδιοριζόμενα σύνδρομα διότι φαίνεται να αναπτύσσεται σε διάφορα μέρη του κόσμου που έχουν επηρεασθεί από τη δυτική κουλτούρα. Το ίδιο ισχύει, εν μέρει για τα υπερφαγικά σύνδρομα παρόλο που υπάρχουν ενδείξεις ότι πρόκειται για ιστορικό και όχι σύγχρονο φαινόμενο.

2. Η Θεωρία της Απώλειας της Οικείας Πολιτισμικής Ταυτότητας (acculturation) ως Παράγοντας Κινδύνου για την Ανάπτυξη Διαταραχών Διατροφής

Η υιοθέτηση των κυρίαρχων πολιτισμικών προτύπων των δυτικών κοινωνιών, σε βάρος της πολιτισμικής ταυτότητας της ομάδας προέλευσης (acculturation) (Chamorro & Flores – Ortiz, 2000; Perez και συν, 2002; Warren και συν, 2005; Becker και συν, 2007b), έχει θεωρηθεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε μειονοτικά άτομα ή άτομα που ζουν σε συνθήκες έντονων κοινωνικών αλλαγών. Η έρευνα των Becker και συν (2007) που διενεργήθηκε στα νησιά Φίτζι, τα οποία αποτελούν μια κοινωνία σε διαδικασία έντονης κοινωνικής αλλαγής, αποκάλυψε ότι η απώλεια της εγχώριας κουλτούρας μπορεί να επιδράσει σημαντικά στην ενασχόληση των γυναικών με το σχήμα του σώματος. Άλλη έρευνα, σε γυναίκες ασιατικής καταγωγής, στις ΗΠΑ, βρήκε, ότι όταν διατηρείται η κουλτούρα της ομάδας προέλευσης, τα άτομα προστατεύονται από την εμφάνιση βουλιμικών συμπτωμάτων ακόμη και αν έχουν υψηλές τιμές μη ικανοποίησης με το σώμα τους (Perez και συν, 2002). Γενικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι η διατήρηση των πολιτισμικών προτύπων της ομάδας προέλευσης, προστατεύει σε μεγάλο βαθμό νεαρά άτομα που προέρχονται την καταγωγή τους από μη δυτικές χώρες αλλά ζουν στις ΗΠΑ, από την ανάπτυξη διατροφικών προβλημάτων (Austin & Smith, 2008).

Οι Kempa & Thomas (2000), ωστόσο, βρήκαν ότι εκτός εκείνων οι οποίοι ενσωματώνουν τα δυτικά πρότυπα σχήματος/βάρους σώματος, επιρρεπείς σε διατροφικές διαταραχές ήταν και όσοι δέχονταν αντίρροπες πολιτισμικές πιέσεις από τα δυο διαφορετικά πολιτισμικά συστήματα αξιών: το οικείο σύστημα και το σύστημα της χώρας κατοικίας. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι για τα άτομα αυτά οι διαταραχές διατροφής ενδέχεται να αποτελούν μέσο διαχείρισης της πίεσης.

Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώθηκαν και στην έρευνα των Thomas και συν (2003a), σε αγγλικά γυμνάσια. Οι ερευνητές βρήκαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT μεταξύ μαθητών ασιατικής καταγωγής, συγκριτικά με τους λευκούς συμμαθητές τους. Αυτό το εύρημα αποδόθηκε στην πίεση που αισθάνονται οι ασιάτες μαθητές ζώντας μεταξύ δύο πολιτισμών. Παρόμοια ευρήματα παρουσίασε έρευνα σε μουσουλμάνες και χριστιανές έφηβες αραβικής καταγωγής στο Ισραήλ. Οι έφηβες μουσουλμάνες εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών από τις έφηβες χριστιανές οι οποίες ήταν περισσότερο εκτεθειμένες στα δυτικά πρότυπα ομορφιάς. Η διαφορά υπέρ των μουσουλμάνων κοριτσιών, αποδόθηκε στη δύσκολη 'ισορροπία' αυτών των εφήβων μεταξύ της παραδοσιακής μουσουλμανικής αραβικής κουλτούρας και της δυτικής (Latzer και συν, 2007).

Ωστόσο, η αδιάκριτη εφαρμογή αυτών των ευρημάτων σε όλες τις πολιτισμικές ή φυλετικές ομάδες, έχει θεωρηθεί απρόσφορη, διότι αποκρύπτει τις μεταξύ τους διαφορές (French και συν 1997; Iyer Sahi & Haslam, 2003). Οι Iyer Sahi & Haslam (2003), ερευνώντας δείγμα αμερικανίδων φοιτητριών ασιατικής καταγωγής βρήκαν ότι η σχέση των υποκειμένων με την κυρίαρχη κουλτούρα ήταν άσχετη με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αντίθετα όταν υπήρχε ιστορικό κοροϊδίας της εμφάνισης τους από άτομα άλλων φυλών, τότε εμφανίζονταν διαταραχές διατροφής. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι η ινδική κουλτούρα υποβάλλει τις γυναίκες σε αυστηρά κριτήρια αναφορικά στη διαίτα, εμφάνιση και σχήμα σώματος λόγω του εθίμου των γάμων από συνοικέσιο σε αντίθεση για παράδειγμα με την αφροαμερικανική κουλτούρα που δεν επιβάλλει περιορισμούς στο σωματικό μέγεθος. Έρευνα των Akan & Grillo (2006), σε διαπολιτισμικό δείγμα νεαρών αφροαμερικανίδων, λευκών αμερικανίδων και αμερικανίδων με καταγωγή από τη Ν. Ασία, αποκάλυψε αντίθετα από την αρχική υπόθεση της έρευνας, ότι ενώ η πρόσληψη τροφής, η διαίτα και η εικόνα σώματος ποίκιλλαν μεταξύ των πολιτισμικών ομάδων, ωστόσο η ένταξη ή μη στην κυρίαρχη λευκή κουλτούρα, δεν σχετιζόταν αυτές τις διαφορές.

Η σημαντικότητα της επίδρασης της απώλειας της κουλτούρας της ομάδας προέλευσης, στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση υπό το φως ευρημάτων που δεν την αποδεικνύουν στατιστικά σημαντική για όλες τις πολιτισμικές ομάδες (Wade, 2007b; Alegria και συν, 2007). Οι Alegria και συν (2007), ερευνώντας δείγμα λατίνων μεταναστών στις ΗΠΑ, ανέφεραν ότι οι μετανάστες παρουσίαζαν διαφορές στη μορφή των διατροφικών διαταραχών που κατά κύριο λόγο οφείλονταν στη διαφορετική τους κουλτούρα. Βρήκαν ότι μόνον η υπερφαγία μπορεί να σχετίζεται με την απώλεια της οικείας κουλτούρας. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με των Wade και συν (2006) οι οποίοι βρήκαν ότι η απώλεια της οικείας κουλτούρας δεν επηρεάζει σημαντικά την ισόβια επικράτηση των διατροφικών διαταραχών σε πληθυσμούς μεταναστών από την Ασία και την Λατινική Αμερική. Αυτό δεν ίσχυε για την ισόβια ψυχογενή βουλιμία, η οποία ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε λατίνους που πρόσφατα είχαν μεταναστεύσει στις ΗΠΑ. Οι Nicdao και συν (2007) βρήκαν επίσης ότι δεν υφίστατο στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ισόβιας επικράτησης των διατροφικών διαταραχών και της απώλειας της οικείας κουλτούρας.

Η συνάρτηση του ρατσισμού με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών έχει γίνει αντικείμενο ερευνών. Έχει αναφερθεί ότι η πίεση για την αποδοχή της κυρίαρχης κουλτούρας από τις διάφορες πολιτισμικές ή/και φυλετικές ομάδες, είναι πράξη πολιτικού καταναγκασμού που αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (Davis & Katzman, 1999). Η διαπροσωπική κοροϊδία (interpersonal teasing) με ρατσιστική πρόθεση, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εικόνα σώματος και να προετοιμάσει το έδαφος για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών σε εύαλωτα άτομα (Iyer Sahi & Haslam, 2003).

3. Το 'Ιδανικό της Λεπτότητας' και οι Διαταραχές Διατροφής

Το λεπτό γυναικείο σώμα αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες μια ισχυρή πολιτισμική αναπαράσταση για τις γυναίκες του δυτικού κόσμου (Bordo, 1985/86). Οι συνθήκες του καπιταλισμού της κατανάλωσης συνέβαλλαν στη διαμόρφωση αυτού που ο Foucault (1977) ονόμασε 'υπάκουο σώμα'. Το 'υπάκουο σώμα', εύκολα συμμορφώνεται σε 'πειθαρχικές πρακτικές' όπως η δίαιτα και οι θεραπείες ομορφιάς.

Η αναπαράσταση της ιδανικής και επιθυμητής γυναικείας φιγούρας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στη μόδα και στην κουλτούρα των γυναικείων περιοδικών, καθίσταται ιδανικό προς μίμηση, ιδιαίτερα των νέων (Groesz και συν, 2002; Tiggemann, 2003; Sypeck και συν, 2004).

Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '60, είχαν εκφραστεί φόβοι ότι η κουλτούρα της περιοριστικής δίαιτας για τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Wooley & Wooley, 1982) και η κυριάρχηση του αποστεωμένου σώματος στα γυναικεία περιοδικά και στις επιδείξεις μόδας, συνέβαλλε στην ανάπτυξη προβλημάτων στη λήψη τροφής σε εύλωτες ομάδες (Bruch 1973).

Στις κοινωνίες της αφθονίας η τροφή έδειχνε να επενδύεται με πολλαπλά και αλληλοσυγκρουόμενα μηνύματα. Η γυναίκα καλούνταν να είναι ταυτόχρονα καταναλώτρια των προϊόντων διατροφής και να διατηρεί την ιδανική σιλουέτα.

Στις δυτικές και δυτικότερες κοινωνίες, ενώ τα φαινόμενα παχυσαρκίας λόγω κακής διατροφής και ενός αγχογόνου τρόπου ζωής, αυξάνονται, τα μοντέλα και οι σταρ γίνονται όλο και πιο αδύνατοι και χρησιμοποιούνται στην προώθηση 'θαυματουργών' διαιτητικών πρακτικών (Frost, 2001).

Η έρευνα σχετικά με τις αλλαγές στον τρόπο αντίληψης των ιδανικών σωματικών αναλογιών την τελευταία 50ετία, έδειξαν μια δραματική μετακίνηση από την καμπυλόγραμμη σιλουέτα της Marilyn Monroe στα ανορεξικά μοντέλα της πασαρέλας (Almond, 2000). Ο Almond τονίζει τον ρόλο της διαφήμισης και των μαζικών μέσων στην εμπορευματοποίηση της ιδανικής εικόνας σώματος. Το ιδανικό σώμα προβάλλεται για την προώθηση προϊόντων, τα οποία υποτίθεται ότι αποτελούν το πρώτο 'θετικό' βήμα για την απόκτηση του. Μολονότι η σχέση μεταξύ των διαφημιστικών μηνυμάτων και των προτιμήσεων του κοινού είναι αρκετά πολύπλοκη και αναμφισβήτητα υπερβαίνει το απλουστευτικό γραμμικό μοντέλο αιτίας – αποτελέσματος (Groesz και συν, 2002), υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαχρονικές τάσεις της μόδας που προάγουν ένα ανδρόγυνο και μη ρεαλιστικό μοντέλο γυναικείας ομορφιάς αλλά και ο μεγάλος αριθμός άρθρων που αναφέρονται σε τρόπους απώλειας βάρους, επηρεάζουν τη σωματική εικόνα και την αυτοεκτίμηση ιδιαίτερα των ψυχοκοινωνικά εύλωτων εφήβων με πιθανό αποτέλεσμα την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής. Πείραμα των Glauret και συν (2009) σε γυναικείο δείγμα έδειξε ότι μεγάλο ποσοστό των γυναικών – ανεξάρτητα δυσαρέσκειας με το σώμα και Δ.Μ.Σ – εστίαζαν την προσοχή τους στα αδύνατα γυναικεία σώματα, δοσμένων οπτικών ερεθισμάτων που περιλάμβαναν υπέρβαρα και αδύνατα γυναικεία σώματα.

Η ψυχοσυναισθηματική ισορροπία και η αυτοεκτίμηση ρυθμίζουν το βαθμό που οι κοινωνικοί – πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση με το σώμα και την διαιτητική

συμπεριφορά και στα δυο φύλα ή την μυϊκή ενδυνάμωση στα αγόρια. Όσο περισσότερο αυξημένες είναι οι τιμές αυτών των παραμέτρων τόσο μικρότερη είναι η καταφυγή σε στρατηγικές ελέγχου του βάρους και του σχήματος του σώματος και η επιρρέπεια σε διατροφικά προβλήματα (Riciardelli & McCabe, 2003).

Η εξιδανίκευση του λεπτού σώματος και η πολιτισμική πίεση για την απόκτηση του μέσω αυστηρής διαιτητικής συμπεριφοράς έχουν ενοχοποιηθεί ως παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διαταραχών στην εικόνα σώματος (body image disturbances) και διατροφικών διαταραχών (Cusumaro & Thompson, 1997; Barry & Grilo, 2002; Farrell και συν, 2005). Η χρόνια και αυστηρή δίαιτα, η οποία συχνά εκλαμβάνεται και ως υγιεινή πρακτική, έχει καταχωρηθεί ως σύμπτωμα παθολογίας στο διατροφικό φάσμα (Butryn & Wadden, 2005; Tanofsky – Kraff και συν, 2005). Οι Roberts και συν (2001) εξετάζοντας τις διαιτητικές συνήθειες εφήβων κοριτσιών, υποστήριξαν ότι η τάση ταύτισης της δίαιτας με την υγιεινή διατροφή, όσον αφορά στη ποσότητα και το είδος της τροφής, καθιστά τα νεαρά άτομα που επιδίδονται σε αυστηρή υγιεινή διατροφή, ευάλωτα σε προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένων των διατροφικών διαταραχών.

Η εσωτερίκευση μηνυμάτων από τα μαζικά μέσα αναφορικά στο βάρος και το σχήμα του σώματος, αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης μειωμένης ικανοποίησης με το σώμα και την εξωτερική εμφάνιση σε εφήβους και ενηλίκους (Almond, 2000; Monro & Huon, 2005). Οι Monro & Huon μελετώντας την επίδραση των σωματικών προτύπων που προβάλλονται από τα μαζικά μέσα ενημέρωσης σε νεαρές φοιτήτριες, κατέληξαν ότι επιδρούν καταλυτικά στην σωματική εικόνα των νεαρών γυναικών. Αν και υπάρχουν ατομικές διαφορές όσον αφορά στην επιρρέπεια σε αυτού του τύπου τα μηνύματα και στον τρόπο που επιδρούν στην εικόνα σώματος, ωστόσο, παρατήρησαν ότι ευνοούν την ντροπή για το σώμα που σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές (Burney & Irwin, 2000).

Συγχρονικές (cross sectional) έρευνες σε έφηβες έδειξαν θετική συνάρτηση μεταξύ της ανησυχίας για το σωματικό βάρος και της συχνότητας ανάγνωσης περιοδικών μόδας. Αντίστοιχη επίδραση βρέθηκε ότι είχε και η προσπάθεια των νεαρών κοριτσιών να μοιάσουν με γυναικεία πρόσωπα της τηλεόρασης ή του κινηματογράφου (Field, 2000). Οι Cusumaro & Thompson (1997), μελετώντας αμερικανούς μαθητές/μαθήτριες 8-11 χρονών, επιβεβαίωσαν τα παραπάνω ευρήματα σε προεφηβικό πληθυσμό.

Πιθανολόγησαν ότι η ταύτιση με πρόσωπα του θεάματος που αντιπροσωπεύουν την 'ιδανική εικόνα σώματος', σχετίζεται θετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Οι Groesz και συν (2002), χρησιμοποιώντας στοιχεία από 25 μελέτες, εξέτασαν την επίδραση που ασκούν τα σωματικά πρότυπα που προάγονται από τα μαζικά μέσα, στους αποδέκτες. Σύμφωνα με τα ευρήματα τους, το 'ιδανικό σώμα' που προβάλλεται από τα μαζικά μέσα αυξάνει τη δυσαρέσκεια με το σώμα, ενώ οι εξιδανικευμένες σωματικές αναλογίες αποτελούν το πλαίσιο εντός του οποίου διαδραματίζεται η εκτροπή μιας μερίδας εφήβων σε ακραίες διαιτητικές πρακτικές.

Η εξιδανίκευση της λεπτότητας και η κατακεραύνωση της παχυσαρκίας αποτελούν κοινό τόπο στις δυτικές κοινωνίες. Ωστόσο το εύρος και το μέγεθος εσωτερίκευσης αυτών των παραμέτρων επηρεάζεται και από άλλους ψυχοκοινωνικούς και ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες, με αποτέλεσμα να ποικίλει.

Υποστηρίζεται ότι η εσωτερίκευση σωματικών προτύπων και επιταγών από τα μαζικά μέσα, την οικογένεια και τους συνομήλικους επηρεάζει την ανάπτυξη διαταραχών στην εικόνα σώματος και την πρόσληψη τροφής όταν συνυπάρχουν παράγοντες όπως η παρατεταμένη δίαιτα ή αρνητικό συναίσθημα (negative affect) (Thompson & Stice 2001). Έχει βρεθεί ότι οι προσαρμοστικοί τρόποι οργάνωσης της αυτοαντίληψης και οι αποτελεσματικές διαχειριστικές στρατηγικές προστατεύουν τα

άτομα με κακή εικόνα σώματος από την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Showers & Larson, 1999).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πίεση από τους συνομήλικους για προσαρμογή σε συγκεκριμένα σωματικά πρότυπα, συμβάλλει στην δυσαρέσκεια για το σώμα (Stice και συν, 2004; Kronen και συν, 2005). Ωστόσο η κοινωνική πίεση για απώλεια βάρους και η έκθεση σε συγκριτικούς σχολιασμούς σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος προκαλεί δυσαρέσκεια για το σώμα αλλά όχι αρνητικό συναίσθημα (όπως παραπάνω). Φαίνεται ότι όταν η πίεση παίρνει τη μορφή χλευαστικών σχολίων για το βάρος και το σχήμα του σώματος, η αρνητική ανατροφοδότηση να ευνοεί την ανάπτυξη αρνητικής εικόνας σώματος, αρνητικού συναισθήματος και πιθανών προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής (Iyer Sahi & Haslam, 2003). Επίσης, η έρευνα McNight επιβεβαίωσε ότι η ενασχόληση με τη λεπτότητα του σώματος και η κοινωνική πίεση, αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (The McNight Investigators, 2003). Έχει βρεθεί ότι η συνύπαρξη προεφήβων με μεγαλύτερα κορίτσια στο σχολείο επιταχύνει την ανάπτυξη του ιδανικού της λεπτότητας και αυξάνει τις πιθανότητες δυσαρέσκειας με το βάρος του σώματος και δίαιτας (Wardle & Watters, 2004). Νεώτερη έρευνα των Haase και συν (2007), επιβεβαίωσε τη κυκλική σχέση μεταξύ του άγχους για την κοινωνική αποδοχή της εμφάνισης (social physique anxiety), του επαναλαμβανόμενου ελέγχου του σώματος (body checking) και της εμφάνισης και διατήρησης προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής.

Συμπερασματικά, οι πολιτισμικές πιέσεις για σωματική λεπτότητα που ασκούνται από τα μαζικά μέσα, την οικογένεια και τους συνομήλικους μπορεί να ωθήσει ευάλωτους εφήβους σε μειωμένη ικανοποίηση με το σώμα, αρνητικά συναισθήματα και ενδεχόμενα σε προβληματικές συμπεριφορές πρόσληψης τροφής.

Δ. Φεμινιστικά μοντέλα

Η σχετική με τις διατροφικές διαταραχές φεμινιστική βιβλιογραφία, άνθισε στις δυο διαδοχικές φάσεις ανάπτυξης του νεότερου φεμινιστικού κινήματος που ονομάστηκαν ‘δεύτερο’ και ‘τρίτο’ κύμα του φεμινισμού.

Κεντρικοί άξονες της φεμινιστικής θεώρησης των διατροφικών διαταραχών, αποτελούν τα ιδεολογήματα που αφορούν στο γυναικείο σώμα και στη γυναικεία σεξουαλικότητα καθώς και η μειωμένη δύναμη και ισχύς του γυναικείου ‘λόγου’ (discourse) στις κοινωνικές και πολιτισμικές δομές συμπεριλαμβανόμενων εκείνων της ιατρικής και ψυχιατρικής.

Η αδυναμία των γυναικών να ασκήσουν «το βασικό τους δικαίωμα να ελέγξουν και να επανακαθορίσουν τα νοήματα της σεξουαλικότητάς τους και πιο σπουδαία, το ίδιο τους το σώμα» (Frost, 2001, p. 28), οδηγεί, σύμφωνα με την φεμινιστική ανάλυση, στην «αμφιλογία» σχετικά με το φύλο τους και σε συναίσθημα οργής απέναντι στο αγγείο του υποβιβασμού τους, που δεν είναι άλλο παρά το σώμα. Η άρνηση της τροφής ή αντίθετα η αλόγιστη κατανάλωσή της, ερμηνεύονται ως ακραίες ενδείξεις μίσους της γυναίκας για το σώμα της, αλλά και μεταφορική έκφραση (στην περίπτωση της ανορεξίας) του φόβου (των εφήβων κοριτσιών) να μεγαλώσουν και να γίνουν δυνητικά αναπαραγωγικές γυναίκες (Bordo, 1985/86).

Εστιάζοντας στις κοινωνικές, πολιτικές και πολιτισμικές παραμέτρους που επηρεάζουν τη σχέση των γυναικών με την τροφή και την πρόσληψή της, τα φεμινιστικά κείμενα αποδομούν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής και συναισθηματικής βίωσης του εαυτού και της χρήσης της τροφής ως μέσου ενεργητικής αυτοδιαχείρισης και διαμαρτυρίας ενάντια στην αντίληψη του γυναικείου σώματος ως αναλώσιμου προϊόντος.

Ιστορικά, με την αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για την ψυχογενή ανορεξία κατά την δεκαετία του 1970, οι φεμινίστριες συγγραφείς του λεγόμενου ‘δεύτερου κύματος’ του φεμινισμού, προσπάθησαν προτάσσοντας μια εναλλακτική θεωρητική και θεραπευτική προσέγγιση να αποκοπούν από την κυρίαρχη ιατροπαθογενετική ερμηνεία της ανορεξίας. Κατά την αντίληψη τους οι ιατρικές ερμηνείες δεν απέδιδαν λόγω του “περιοριστικού ορισμού των εμπειριών των γυναικών και της συνεισφοράς (της ιατρικής) στον έλεγχο της γυναικείας συμπεριφοράς” (Herworth, 1999, σ. 54).

Η προσέγγιση αυτή απηχούσε μια γενικότερη κριτική αντιμετώπιση των υπαρχόντων διαδικασιών διάγνωσης και θεραπείας των ψυχιατρικών διαταραχών. Οι διαδικασίες αυτές θεωρούνταν, υπό την επίδραση νεομαρξιστικών και μεταστρακτουραλιστικών ιδεών ότι συντηρούσαν μια στερεοτυπική απεικόνιση των ανδρικών και γυναικείων ψυχοσυναισθηματικών χαρακτηριστικών και ταύτιζαν την ψυχική υγεία με τη συμμόρφωση στους κοινωνικά αποδεκτούς ρόλους φύλου (Gilbert, 1998).

Σε αντίθεση με την κλασική ψυχιατρική, οι φεμινίστριες θεωρητικοί και θεραπεύτριες αναγνώριζαν την επίδραση που ασκούσαν οι κοινωνικές και διαπροσωπικές ανισότητες μεταξύ ανδρών και γυναικών στην συμπεριφορά και στις ψυχιατρικές διαγνώσεις των δυο φύλων (Herworth, 1999). Ταυτόχρονα, στηλίτευαν την αντίληψη ότι οι γυναίκες είναι ‘δομικά’ περισσότερο ευάλωτες ψυχικά από τους άντρες (Sherman & Spence, 1997) Στόχος τους ήταν η αξιοποίηση των εμπειριών των γυναικών στη διαγνωστική και θεραπευτική φάση, η ‘από-ιατρικοποίηση’ των προβλημάτων υγείας και η αναχαίτιση της τάσης η αυτονόμηση και η ανεξαρτητοποίηση των γυναικών να παθολογικοποιείται (Worell, 1996).

Η πρώιμη φεμινιστική βιβλιογραφία για τις διατροφικές διαταραχές έχει εμφανείς επιρροές από τον υπαρξισμό, το νεομαρξισμό, το νεοφρουδισμό και την κλινική ψυχανάλυση. Από τη δεκαετία του 1990 (τρίτο κύμα του φεμινισμού), η φεμινιστική ερμηνευτική ενσωμάτωσε στοιχεία από τον μεταδομισμό (poststructuralism) και τη γλωσσολογία.

Ιστορικά, ο φεμινισμός συνδέει την εμφάνιση της ανορεξίας στους βιομηχανικούς χρόνους, με την άνοδο της αστικής τάξης και την παρακμή της οικιακής οικονομίας. Αποτέλεσμα αυτών των κοινωνικών – οικονομικών αλλαγών ήταν η περιθωριοποίηση των γυναικών από τις παραγωγικές διαδικασίες και η απομόνωση τους στον οικιακό χώρο. Η άρνηση τροφής, εν μέσω της αφθονίας αγαθών που νεμόταν η αστική τάξη της εποχής, μεταφράστηκε ως πράξη δραματικής αμφισβήτησης της οικογένειας και του γυναικείου κοινωνικού ρόλου (Brumberg, 1988).

Σύμφωνα με τη φεμινιστική οπτική, η έκφραση των γυναικών μέσω της τροφής και του σώματος ισχύει και κατά την όψιμη βιομηχανική και μεταβιομηχανική εποχή, εφόσον οι διακρίσεις μεταξύ των φύλων συνεχίζουν να υπάρχουν.

Οι κλασικές φεμινίστριες συγγραφείς σε θέματα διατροφικών διαταραχών, Susie Orbach, Kim Chernin και Sheila MacLeod, διακήρυσσαν ότι η τροφή αποτελεί το θεμέλιο κάθε οικονομίας και ως εκ τούτου η πρόσληψη της περιλαμβάνει μια εξελισσόμενη στο διηλεκτές διαπλοκή σχέσεων μεταξύ της οικογένειας, του φύλου, και της κοινότητας

Σύμφωνα με την Orbach (1986), η γυναίκα έχει το ρόλο της τροφού και του φορέα πολιτισμικών κανόνων όσον αφορά την πρόσληψη τροφής μέσα από την καθημερινότητα των οικογενειακών γευμάτων. Ως εκ τούτου οι γυναίκες έχουν διαμορφώσει μια ειδική σχέση με την τροφή. Εφόσον η τροφή αποτελεί μέχρι ενός βαθμού μέσο προσφώνησης της γυναίκας, τότε, γίνεται συνεκδοχικά, η γλώσσα μέσω της οποίας η γυναίκα ανταποκρίνεται και αντιδρά (Orbach 1994). Η τροφή αποτελεί τον μεταφορικό λόγο έκφρασης των μύχιων γυναικείων εμπειριών και αναγκών. Οι διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα η αποχή από το φαγητό συνιστούν μια περίπλοκη ανταπόκριση στο σύνολο εκείνων των φαινομένων που δομούν τη σχέση της γυναίκας με τον εαυτό της και τους άλλους (Orbach, 1979).

Η παραδοσιακή ταύτιση της γυναίκας με την θρέψη και η πολιτισμική επιταγή για αυτοθυσία και στέρηση των γυναικών σε εποχές μειωμένων πόρων, επιζούν στις σύγχρονες συνθήκες συγκριτικής αφθονίας με τη μορφή της εξοντωτικής δίαιτας και της άρνησης τροφής και τη

‘δαιμονοποίηση’ της παχυσαρκίας (Wolf, 1991). Στη φεμινιστική βιβλιογραφία έχει αποδοθεί πολιτική σκοπιμότητα στον αποκαλούμενο ‘μύθο της ομορφιάς’ (όπως παραπάνω) η οποία στον σύγχρονο κόσμο στηλιτεύει το σωματικό πάχος και εξιδανικεύει την λεπτότητα του σώματος. Η πολιτισμική ταύτιση του λεπτού σώματος με την σεξουαλικότητα και την επιτυχία και ο αγώνας για την απόκτηση του με την αλόγιστη κατανάλωση προϊόντων διαίτης και ομορφιάς υπονομεύει τον διεκδικητικό αγώνα των γυναικών και αποτελεί μια νέα μορφή κοινωνικού άγχους και πολιτικού καταναγκασμού. Για τις φεμινίστριες συγγραφείς, το αδύνατο σώμα συνιστά οξύμωρο: ενώ φαινομενικά διαμηνύει την κατάρριψη της παλαιότερης θέσης της γυναίκας ως τροφού ταυτόχρονα εκπέμπει το μήνυμα ότι η γυναίκα είναι ‘αδύναμη’ και μη απειλητική για την ανδρική κυριαρχία. Υπό αυτό το πρίσμα ανάλυσης, η ανορεξική δεν είναι παρά η καρικατούρα της επιθυμητής γυναίκας η οποία δεν διαθέτει το σθένος να προκαλέσει άμεσα την οικονομική και ιδεολογική ελίτ (όπως παραπάνω). Η Wolf υποστηρίζει ότι «η ομορφιά της λεπτότητας δεν βρίσκεται σε αυτό που συντελείται στο σώμα αλλά στο νου, εφόσον δεν είναι η λεπτότητα του γυναικείου σώματος που βραβεύεται, αλλά η γυναικεία πείνα, με την λεπτότητα απλά συμπτωματική» (σ.). Η σωματική και η νοητική πείνα, σύμφωνα με τη συγγραφέα ταυτίζονται, με αποτέλεσμα, η γυναίκα να αισθάνεται αδύναμη και πολιτικά ευνοημένη, πρόθυμη να αποδώσει παθολογικές διαστάσεις στο σώμα της και να το υποβάλλει σε ακόμη μεγαλύτερη πείνα. Η δίαιτα, συνεπώς, αποκτά μια ‘ημιθρησκευτική’ και μυστικιστική διάσταση που την τρέφει και την αναπαράγει ενώ τα ακραία φαινόμενα στην πρόσληψη τροφής συνιστούν διαμαρτυρία απέναντι στον παραλογισμό και την αντιφατικότητα της κοινωνικής πραγματικότητας. Ενώ για την Orbach (1986), οι ανορεξικές διαταραχές δήλωναν την ταύτιση της ευζωίας με μια κατάσταση ημιασιτίας, για την Wolf (1991), η άρνηση τροφής αποτελεί μέσο αυτοπροστασίας από τον κοινωνικό και τον πολιτισμικό έλεγχο.

Η έννοια της ταυτότητας κατέχει σημαίνουσα θέση στην φεμινιστική ανάλυση των διατροφικών διαταραχών. Οι Chernin, MacLeod και Orbach θεωρούν το ζήτημα της ταυτότητας κλειδί για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας (MacLeod, 1981; Chernin, 1986; Orbach, 1986). Η Orbach υποστηρίζει ότι η συγκεχυμένη κοινωνική ταυτότητα της γυναίκας μέσα στον διπλό ρόλο της μητέρας και εργαζόμενης, δημιουργεί την ανάγκη για ανάκτηση του ελέγχου του εαυτού της. Ελλείψει άλλων μέσων, αυτό συντελείται μέσω του ελέγχου του σώματος και της όρεξης. Κοινωνικά, η άρνηση της ανορεξικής να αποδεχτεί τους ρόλους ως έχουν, ορίζεται ως παθολογία, εξατομικεύεται και στηλιτεύεται ενώ το μήνυμα ότι η ανορεξία αποτελεί μια εξαιρετικά περίπλοκη αντίδραση στην σύγχυση της κοινωνικής ταυτότητας, δεν αποκρυσταλλώνεται (Orbach, 1994).

Η Chernin, επηρεασμένη από την ψυχαναλυτική οπτική της Melani Klein, θεωρεί την ανορεξία προϊόν της ασύνειδης σύγκρουσης στη σχέση μητέρας και κόρης. Η σχέση αυτή, για την Chernin, περιλαμβάνει ένα εγγενές πρόβλημα ταυτότητας. Αυτό έγκειται στο γεγονός ότι η κόρη ταυτίζεται με τη μητέρα στην προσπάθειά της να ξεπεράσει τα προβλήματα ταυτότητας και να υπερβεί τις κοινωνικές εμπειρίες και τα βιώματα της μητέρας. Όμως οι αντιφατικές προσδοκίες της κοινωνίας για τις γυναίκες εμποδίζουν τη πορεία διαμόρφωσης μιας διαφοροποιημένης και ανεξάρτητης ταυτότητας στην κόρη. Οι έφηβες αισθάνονται χαμένες και ανήσυχες παλεύοντας με τα ίδια ερωτήματα ταυτότητας που αντιμετώπισαν και οι μητέρες τους (Chernin, 1986). Αδύναμες να ανεξαρτητοποιηθούν λόγω της αβεβαιότητας και σύγχυσης που χαρακτηρίζει τον κοινωνικό τους ρόλο, επιλέγουν την ανορεξία ως τρόπο επιστροφής στην ασφάλεια της μητρικής μήτρας. Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές εκφράζουν τις γυναικείες ανασφάλειες μας και την ανομολόγητη σύγχυση ταυτότητας.

Εναλλακτικά η MacLeod, επηρεασμένη από τον υπαρξισμό, αποδίδει στις διατροφικές διαταραχές –και ειδικότερα στην ανορεξία – χαρακτήρα επανάστασης. Αναφέρεται όπως η Chernin στην γυναικεία κρίση ταυτότητας αλλά αντιλαμβάνεται την κρίση ως γενικευμένη απόρροια της αδυναμίας της γυναίκας λόγω της υποτέλειάς της, να αναπτύξει ‘αυθεντική’ ταυτότητα και να οδηγηθεί στην προσωπική ελευθερία. Οι διατροφικές διαταραχές εκφράζουν αυτήν ακριβώς την κρίση.

Η Edwards (1994), υποστηρίζει ότι οι ανορεξικές αισθάνονται ιδιαίτερα αδύναμες και ανεξέλεγκτες, όμηροι μιας σκληρής εσωτερικής αντίθεσης ανάμεσα στο κομμάτι που πεινά και σε εκείνο που οδηγεί στην άρνηση του εαυτού. Η κατάσταση αυτή την οποία η Lawrence (1994) ονομάζει το 'παράδοξο του ελέγχου' (control paradox), αντανακλά τα κοινωνικά περιθώρια της γυναίκας να αποκτήσει και να ασκήσει δύναμη και έλεγχο μόνο έμμεσα ή αυτοκαταστροφικά.

Άλλες συγγραφείς, όπως η Malson (1998), αποκαλύπτουν μια άλλη διάσταση της σχέσης μεταξύ της γυναικείας ταυτότητας και των προβλημάτων στη λήψη τροφής. Η Malson, εστιάζει στις επιταγές της 'θηλυκότητας' που υπερτονίζουν την εμφάνιση του γυναικείου σώματος και αντλούν δύναμη από την σύγκρουση που προκύπτει από τον ορισμό της γυναίκας ως Άλλου και συνεπώς απειλητικού, ξένου και απόβλητου. Η συγγραφέας αρνείται ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές απλά καθρεφτίζουν και συμμορφώνονται με τις κοινωνικές νόρμες που προάγουν το λεπτό σώμα. Για να κατανοήσει τις διατροφικές διαταραχές διεισδύει στις έννοιες της κατασκευής του φύλου και του σώματος. Υποστηρίζει ότι για να γίνει κατανοητή η ανορεξία θα πρέπει πρώτα να κατανοηθεί ότι η ιατρική και η ψυχολογία επηρεάζουν και ελέγχουν τι θεωρείται 'θηλυκό'. Η 'θηλυκότητα' δηλαδή αποτελεί μια 'κοινωνική κατασκευή' που υπερβαίνει την βιολογική οντότητα του φύλου. Το αδύνατο σώμα δηλώνει τη σύγκρουση της κοινωνικά οριζόμενης 'θηλυκότητας', με την 'αυθεντική' εσώτερη ταυτότητα της γυναίκας. Η Malson συμφωνεί με την Orbach, την MacLeod και την Chernin, ότι τα προβλήματα στη λήψη τροφής συνδέονται με την θηλυκότητα αλλά δεν είναι συμφύγα με την γυναικεία 'φύση'.

Η φεμινιστική οπτική εντοπίζει τα προβλήματα στη λήψη τροφής στην δυσλειτουργική 'γυναικεία ταυτότητα' και όχι στην ατομική ταυτότητα όπως γίνεται από την επίσημη ψυχιατρική. Με αυτό τον τρόπο υπερπηδά τον σκόπελο, το διατροφικό πρόβλημα να ερμηνεύεται ως δυσκολία της ασθενούς να γίνει αυτόνομος ενήλικας ή ως υπαρξιακό δίλημμα. Οι φεμινίστριες εμμένουν στις κοινωνικές και πολιτικές διαστάσεις του τι είναι και τι δεν είναι εφικτό για μια νεαρή γυναίκα στις παρούσες 'πατριαρχικές συνθήκες' και στον τρόπο που αυτό διαμορφώνει την θηλυκή της ταυτότητα.

Η σχέση μητέρα – κόρης και η συνάρτησή της με τις διατροφικές διαταραχές στις πατριαρχικές κοινωνίες, έχει απασχολήσει ιδιαίτερα κάποιες φεμινίστριες συγγραφείς. Αυτό έχει γίνει κυρίως μέσω του πρίσματος της αναπτυξιακής θεωρίας της ψυχαναλύτριας Melani Klein περί 'καλού' και 'κακού' αντικειμένου (Klein, 1955), στην σχέση της κόρης με τη μητέρα της. Οι γυναίκες που αναπτύσσουν διατροφικές διαταραχές, προσπαθούν μεταφορικά μέσω του φαγητού να κυριαρχήσουν, απέναντι στην 'κακή' μητέρα που έχουν ενδοβάλλει.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένα, η Chernin, συνδέει την εμφάνιση της ανορεξίας με την ασύνειδη σύγκρουση μεταξύ μητέρας και κόρης. Η Orbach δίνει μεγάλη σημασία στην μοντελοποίηση του γυναικείου ρόλου από τη μητέρα. Η κόρη ενσωματώνει αντιφατικά μηνύματα για τον ρόλο της και ωθείται σε μια σχέση αγάπης – μίσους με τον εαυτό και στις ανάγκες της. Διόλου τυχαία μετουσιώνει αυτή τη σύγκρουση στο συμβολικό πεδίο της θρέψης. Η MacLeod υποστηρίζει ότι η στέρηση και η αμφιταλάντευση στη σχέση της μητέρας με την κόρη, δημιουργεί αντιφατικά συναισθήματα στην κόρη αναφορικά στον εαυτό της και την ταυτότητα της. Το αποτέλεσμα είναι υπαρξιακή αβεβαιότητα και κρίση η οποία μπορεί να καταλήξει στην άρνηση της θρέψης.

Η ενασχόληση, ωστόσο, των θεωρητικών του 'δευτέρου κύματος', με τις σχέσεις μητέρας – κόρης, η περιθωριοποίηση του πατέρα και η απουσία γενικευμένης κριτικής της οικογένειας ως πατριαρχικού θεσμού έγιναν αντικείμενο δυσμενούς κριτικής. Θεωρήθηκε, μάλιστα, ότι τέτοιου είδους απόψεις συνέβαλλαν στην 'κατηγορία προς τη μητέρα' (mother blaming) σε θεραπευτικό επίπεδο (Herworth, 1999).

Η βασικότερη κριτική του φεμινιστικού λόγου απέναντι στην ψυχιατρική ήταν και είναι ότι απεικονίζει τις διατροφικές διαταραχές, ως ξεχωριστές 'αντικειμενικά υπαρκτές' καταστάσεις και κατηγορίες, παραμερίζοντας τελείως τον συμβολικό ή μεταφορικό τους χαρακτήρα. Η κλινική αντιμετώπιση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές ως παθητικών και χειριστικών και η αναγωγή

των συμπτωμάτων στην ατομική ψυχοπαθολογία ή στις δυσλειτουργικές οικογενειακές δομές, στηλιτεύονται σφόδρα από τις φεμινίστριες, ως περιοριστικός και απλουστευτικός.

Η γλωσσολογία και μεταδομική σκέψη πρόσφεραν σημαντικά όπλα στις φεμινίστριες θεωρητικούς ώστε να αποκαλύψουν, εκτός των άλλων, τη φοβερή δύναμη της γλώσσας και του λόγου – ιδιαίτερα του κυρίαρχου ψυχιατρικού λόγου – στη διαμόρφωση των προβλημάτων στη λήψη τροφής. Ο φεμινιστικός λόγος επεσήμανε ότι στο σύγχρονο ορισμό της ανορεξίας συνέβαλλε αποφασιστικά ο ιατρικός λόγος, που αναπτύχθηκε κατά τον 17^ο και 18^ο αιώνα ως άμεσο αποτέλεσμα της ‘νίκης’ της ιατρικής απέναντι στην Εκκλησία. Ο 18^{ος} και ο 19^{ος} αιώνας υπήρξαν μάρτυρες της εδραίωσης στην ιατρική του θετικιστικού/ρασιοναλιστικού νοσολογικού μοντέλου το οποίο στηρίχτηκε στην ταξινόμηση, κατηγοριοποίηση και ονοματολογία των συμπτωμάτων των διαφόρων ασθενειών ενώ παράλληλα τέθηκαν οι βάσεις της μοντέρνας ψυχιατρικής. Εκείνο το χρονικό διάστημα, οι ψυχικές ασθένειες έχασαν για πάντα τον μεταφυσικό τους χαρακτήρα και έγιναν ενδεδειγμένους επιστημονικού ελέγχου, όπως κάθε άλλο φυσικό φαινόμενο. Η ιατρική ‘ανακάλυψη’ της ψυχογενούς ανορεξίας στη νεωτερική περίοδο αλλά και άλλων φαινομένων όπως π.χ. της εφηβείας, συνέπεσε σύμφωνα με την μεταδομική φεμινιστική αντίληψη, με τη μετονομασία ‘ασκητικών’ συμπεριφορών που μέχρι πρότινος αφορούσαν την Εκκλησία σε ‘ανορεξικές’ που αφορούσαν τη νέα ‘θηρσκεία’, τη μοντέρνα ιατρική (Bell, 1989; Brumberg, 1988).

Η μεταδομική φεμινιστική αντίληψη περί της πολιτισμικής ‘κατασκευής’ νοσολογικών κατηγοριών και της παθολογικοποίησης συμπεριφορών θεώρησε τις διατροφικές διαταραχές, την υστερία και άλλες ψυχικές παθήσεις ότι πληρούν τα κριτήρια πολιτισμικά περιορισμένων συνδρόμων (Bordo 2003). Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή, η ανορεξία όπως προηγούμενα η υστερία θεωρήθηκε από τους Gull και Laseque, ως μια νέα μορφή υστερικής τρέλας και πνευματικής διαστροφής (Gordon, 2000). Η νοσολογική κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων που συγκρότησαν την ‘ψυχογενή ανορεξία’, ιστορικά συνέπεσε με την εδραίωση της έννοιας της θηλυκής τρέλας και της ανάγκης ηθικού ελέγχου της γυναικείας σεξουαλικότητας. Ως εκ τούτου, υποστηρίζουν οι φεμινίστριες, οι θεραπευτικές πρακτικές σταδιακά απομακρύνθηκαν από την ανίχνευση φυσικών οργανικών αιτιών και εστίασαν στην ψυχική και ηθική σφαίρα ενώ οι ανορεξικές εισάγονταν σε άσυλα για υστερικές ασθενείς. Η ιδεολογική απεικόνιση της γυναίκας του 19^{ου} αιώνα, ως παρορμητικής, συναισθηματικής και παρεκκλίνουσας σε αντίθεση με τον επιστημονικό, λογικό και θετικιστή άντρα εξυπηρέτησε στην χειραγώγηση και στον εγκλωβισμό της σε συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους. Οιαδήποτε απόκλιση δήλωνε άρνηση αποδοχής των ρόλων που ‘άρμοζαν στη γυναικεία φύση’.

Οι φεμινίστριες, υποστήριξαν, ότι η παθολογικοποίηση της γυναικείας συμπεριφοράς και η συσχέτιση κάποιων συνδρόμων –όπως η υστερία και η ανορεξία – μόνο με τις γυναίκες, αποτελεί μακρά παράδοση της κλασικής ιατρικής. Η ιατρική, ως πλειοψηφικά ανδρικό προπύργιο, συχνά συσχετίζεται με τη θηλυκότητα με την παθολογία. Η ασθένεια, στις πατριαρχικές κοινωνίες, συνδέεται με τη θηλυκότητα. Και οι δυο αποτελούν ανεπιθύμητες και υποβαθμισμένες οντότητες απειλητικές προς τα υγιή και θετικά αρρενωπά στοιχεία.

Για του λόγου το αληθές, οι φεμινίστριες, θυμίζουν ότι η λέξη υστερία προέρχεται ετυμολογικά από την λατινική ονομασία της μήτρας, *utera*.

Η ταύτιση της θηλυκότητας με την ασθένεια και η αποσιώπηση της γυναίκας και του σώματος, αποτελούν για τη φεμινιστική σκέψη, βασικά σημεία ανάλυσης. Οι αφηγήσεις που συνδέονται με το γυναικείο σώμα το εξιδανικεύουν ή το νοσοποιούν (Herworth, 1999). Υπό την επιρροή του Foucault, ο φεμινιστικός λόγος, εντόπισε τις ντετερμινιστικές και εξουσιαστικές δομές που συνιστούν τη μοντέρνα ψυχιατρική και τη θέση της γυναίκας σε αυτές. Η αφήγηση της γυναίκας δεν μπορεί να είναι αυθύπαρκτη αλλά θα διαμορφωθεί μέσα από το πλαίσιο της σχέσης της με τον ειδικό. Με λίγα λόγια ο γυναικείος λόγος περιχαράσσεται στα πλαίσια ενός θεσμοποιημένου διαλόγου στο γραφείο του ψυχιάτρου και του ψυχοθεραπευτή, ελεγχόμενος και καθυποταγμένος. Κατ’ επέκταση η ασθένεια ορίζει ολόκληρο το είναι της ασθενούς, ενώ ο γιατρός

ασκεί αυτομάτως δύναμη και υπεροχή μιμητικά των ετεροσεξουαλικών σχέσεων που επικρατούν στην ευρύτερη κοινωνία.

Στο πεδίο των διατροφικών διαταραχών, η χρήση του σώματος και η αυξομείωση του βάρους, συμβολίζει 'άλογα' –εφόσον δεν παραχωρείται ο λόγος – το εσωτερικό βίωμα εκείνης που παρέχει μεν τροφή αλλά δεν τρέφεται η ίδια (Orbach 1994). Για το φεμινισμό, οι περιοριστικές και καθαρτικές πρακτικές που χαρακτηρίζουν την ανορεξία και την βουλιμία, εκφράζουν την άρνηση της γυναίκας να χωνέψει και να αφομοιώσει, κυριολεκτικά και μεταφορικά, την τροφή. Απορρίπτει τις ανάγκες της πριν αυτές απορριφθούν από τους άλλους, κερδίζοντας έτσι μια αίσθηση αυτοδιάθεσης και ελέγχου. Δια μέσου των διατροφικών διαταραχών η γυναίκα μεταφορικά σωματοποιεί την στερεότυπη εικόνα περί θηλυκότητας εφόσον αρνείται τις ανάγκες της αλλά ταυτόχρονα ελέγχοντας την τροφή και τις σωματικές ανάγκες, υπερβαίνει και αρνείται τον παθητικό της ρόλο. Για συγγραφείς όπως η Orbach, το διατροφικό πρόβλημα μεταφορικά και κυριολεκτικά δεν αποτελεί πρόβλημα για το ίδιο το άτομο, αλλά λύση.

Σε οργανικό επίπεδο, η συσσώρευση λίπους κατά την εμμηναρχή είναι στενά συνυφασμένη με την θηλυκότητα και την αναπαραγωγή. Ωστόσο η σωματοτυπική αυτή διάκριση ξεκίνησε να ισχύει περισσότερο στις δυτικές κοινωνίες με την κοινωνική κατανομή της εργασίας ανάμεσα στα δυο φύλα όπου η κυρίαρχη παραγωγική δραστηριότητα πέρασε στον άντρα και ο ρόλος της μητέρας και τροφού στη γυναίκα. Η ιδανική γυναίκα, απεικονίζεται μέχρι το τέλος σχεδόν του 19^ο αιώνα, να διαθέτει πλούσια σάρκα. Το πάχος καταδείκνυε την ταξική υπεροχή των αστών γυναικών έναντι των γυναικών της εργατικής τάξης. Τα φαινόμενα ανορεξίας στις κόρες των μεγαλοαστών δεν μπορούσαν παρά να προκαλούν τη μήνη εφόσον αμφισβητούσαν ένα ταξικό σύμβολο. Η αργή μετακίνηση της γυναίκας στην παραγωγική δομή κατά τον 20^ο αιώνα εισήγαγε νέα κριτήρια περί γυναικείου κάλλους. Η σχέση της γυναίκας με την παραγωγή ήταν αντιστρόφως ανάλογη με την αποδοχή ή μη του 'γεμάτου' γυναικείου σώματος. Συγκεκριμένα περίοδοι που χαρακτηρίστηκαν από ενίσχυση της θέσης της γυναίκας στην παραγωγή συνοδεύτηκαν από πρότυπα ομορφιάς που προέβαλαν το 'ανδρόγυνο' σχήμα σε βάρος του σχήματος της 'κλεψύδρας'.

Εάν μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, τα φεμινιστικά κείμενα αντανάκλασαν μια γραμμική αντίληψη της σχέσης μεταξύ των κοινωνικών διεργασιών και της ατομικής ψυχολογίας, οι νεώτερες αναλύσεις επηρεασμένες από μεταμοντέρνες θεωρίες του εγώ και τον κονστρουκτιβισμό, αναγνωρίζουν την ύπαρξη πολλαπλών ταυτοτήτων και την κατασκευή ταυτότητας μέσα από συν – κατασκευαστικές διαδικασίες (Herpworth 1999; Gergen, 2000).

Η έννοια της υποκειμενικότητας, αναδύθηκε σημαντική για την κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στις κοινωνικές δομές και τις διατροφικές διαταραχές. Η γυναίκα δεν γίνεται, πλέον, αντιληπτή ως απλός παραλήπτης εξωτερικών κοινωνικών επιταγών και πιέσεων, αλλά ως 'ένοικος' πολιτισμικών πλεγμάτων νοήματος και λόγων που αφορούν το σώμα της.

Ο ορισμός της θηλυκότητας παράγεται πολιτισμικά μέσα από την ενεργή συμπλοκή του εγώ με τη γλώσσα και τις σχέσεις ισχύος και εξουσίας που αυτή εκφράζει.

Ο Gordon (2000), περιγράφει το παράδοξο φαινόμενο, οι σύγχρονες γυναίκες να χρησιμοποιούν το πολιτισμικό λεξιλόγιο της εποχής τους, π.χ. την ενασχόληση με την λεπτότητα και το σχήμα του σώματος, για να ελέγξουν εντάσεις που προκύπτουν από τα προβλήματα ταυτότητας που τους δημιουργεί ο ίδιος πολιτισμός.

Παλαιότερα ο Foucault είχε χρησιμοποιήσει μεταφορικά το παράδειγμα του σημείου από όπου είναι ορατός όλος ο χώρος μια φυλακής, για να περιγράψει το 'βλέμμα' των κυρίαρχων ομάδων. Οι φεμινίστριες, θεωρούν ότι η γυναίκα γίνεται αντικείμενο θέασης στην πατριαρχική κοινωνία, από τους άντρες, τις άλλες γυναίκες και τον εαυτό της.

Η κοινωνική κονστρουκτιβίστρια και φεμινίστρια Liz Frost, έχει αναφερθεί στη δύναμη των ανδρικών βλεμμάτων να σηματοδοτούν το θηλυκό και ιδεώδες για το γυναικείο σώμα. Η γυναίκα που υπολείπεται του ιδεώδους, βιώνει συχνά ντροπή με αποτέλεσμα να φτάνει ακόμη και στην άρνηση τροφής ή τον 'νόμιμο' αυτοτραυματισμό (πλαστικές επεμβάσεις).

Η σκέψη της μεταδομίστριας Suzan Bordo (1985/86), κατάφερε τομή στην θεωρητική ανάλυση των διατροφικών διαταραχών, υποστηρίζοντας ότι ιδιαίτερα η ανορεξία, αποτελεί μια ‘αποκρυστάλλωση’ της δυτικής κουλτούρας. Η ανορεξική συμπεριφορά, εκφράζει συμπτωματικά τα πολύπλευρα και ετερογενή προβλήματα των καιρών μας. Η Bordo, εξέτασε την ‘πολιτική αυτονομία’ του αδύνατου σώματος μέσα στο πλέγμα των σχέσεων ισχύος της πατριαρχικής κοινωνίας και κατέληξε ότι η ασιτία αποτελεί πράξη ανάκτησης δύναμης και ελέγχου. Εξετάζοντας τα σύνθετα και αντιφατικά νοήματα που συνδέονται με την πολιτισμική αναπαράσταση του αδύνατου σώματος, παρατήρησε ότι άρνηση της θηλυκής εικόνας αναπαριστά την μειωμένη δύναμη της γυναίκας στο δυτικό πολιτισμό και εκφράζει συμβολικά την ελευθερία της από την πνιγηρή θηλυκότητα.

Μια άλλη σημαντική επιρροή στη σύγχρονη φεμινιστική ανάλυση των διατροφικών διαταραχών, ήταν η σκέψη της Irigaray. Οι διατροφικές διαταραχές, τοποθετούνται σε ένα γλωσσολογικό αποδομητικό (deconstructive) μοντέλο ανάλυσης, με στόχο την αποδόμηση της συμβολικής τάξης πραγμάτων και της διερεύνησης, σύμφωνα με τις θεωρίες του Lacan, των κοινωνικών και πολιτικών δυναμικών διαμόρφωσης της ταυτότητας και του φύλου. Αφετηρία ανάλυσης είναι η σημασία της δημιουργίας της αναπαράστασης του σώματος, μέσα από κοινωνικές – γλωσσικές διαδικασίες και της ενσωμάτωσής του, μέσα από το λόγο. Η Irigaray γράφει, ότι οι γυναίκες στερούμενες γλώσσας μέσα στην πατριαρχική πραγματικότητα έχουν υπέρτατη ανάγκη να διαμορφώσουν τη δική τους. Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται όταν εφαρμόζεται ο πατριαρχικός λόγος (π.χ. οι κοινωνικές επιταγές περί γυναικείας ομορφιάς), ο οποίος έχει διαμορφωθεί συμβολικά στην υπάρχουσα τάξη πραγμάτων και αναπαράγεται μέσα από αυτήν (Irigaray, 1993).

Ελλείψει γυναικείου λόγου, το σύμπτωμα ως ‘σημαίνον’, γίνεται μορφή έκφρασης. Η τροφή, συνεπώς, ανάγεται συμβολικά από τις γυναίκες με διατροφικά προβλήματα, σε μια νέα γυναικεία γλώσσα αντιστικτική στον πατριαρχικό λόγο. Η χρήση της τροφής ως γλωσσικού και επικοινωνιακού μέσου συνάδει με την δοξασία στη φιλοσοφία του Lacan, ότι στη φαντασιακή τάξη πραγμάτων – η οποία δεν έχει μεν πραγματική υπόσταση αλλά είναι σημαντική για την κατασκευή κοινωνικών αξιών και νορμών – ο άντρας είναι συνώνυμος της δράσης και η γυναίκα της παθητικότητας. Η γυναίκα αυτοπροσδιορίζεται αρνητικά σύμφωνα με αυτό που δεν είναι και αυτό που δεν έχει (πέος). Αυτό κατά την Irigaray είναι το ζητούμενο να αλλάξει, ώστε να βρει η γυναίκα τη δική της μη αυτοκαταστροφική σημειολογία. Έπ’ αυτού του θέματος, η Malson (1998), υποστηρίζει ότι η υποκειμενικότητα και η θηλυκότητα (και συνεπώς οι διατροφικές διαταραχές) διαμορφώνονται μέσα από τον εκάστοτε κυρίαρχο λόγο και τις εφαρμογές του. Την αυτάρκεια και εμπέλεια του αντρικού απέναντι στον μοναχικό και ελάσσονα γυναικείο λόγο σκιαγραφεί διεισδυτικά η αμερικανίδα συγγραφέας Joyce Carol Oates μέσα από τα λόγια της ανορεξικής ηρωίδας της Anellia. Η νεαρή φοιτήτρια της Φιλοσοφίας μονολογεί,
«κατάλαβα ότι ακόμη και όταν ένας άντρας είναι μόνος, οι συμπάθειες του είναι προς τους άλλους άντρες, και τον ανδρισμό. Δεν αισθάνεται μόνος όπως θα ένοιωθε μια γυναίκα. Οι ταχείς, αλάθητες κρίσεις του σφυρηλατούνται από όταν ήταν μικρό αγόρι και είναι συλλογικές κρίσεις. Έχει τη δύναμη να βλέπει με τα μάτια άλλων, όχι μόνον τα δικά του» (Oates, 2003, σ. 109).

Η μυθιστορηματική Anellia, εκφράζει το παράδοξο της γυναικείας ταυτότητας και της μοναχικής πάλης για αυτονόμηση, που βρίσκεται στην καρδιά των διατροφικών διαταραχών (McSween, 1993). Η κατασκευασμένη ταυτότητα που αφομοιώνεται από τα κορίτσια από μικρή ηλικία απαγορεύει την ανάδυση της υποκειμενικότητας τους και της ανάπτυξης τους ως ξεχωριστά αυτόνομα υποκείμενα. Οι διατροφικές διαταραχές κατά την εφηβεία αποτελούν αντίδραση απέναντι σε αυτήν την συμβολικά κατασκευασμένη και γλωσσικά ενισχυμένη και επιβεβλημένη πραγματικότητα (όπως παραπάνω).

Πρεσβεύοντας τη ρήση του Wittgenstein, “ τα όρια της γλώσσας μου είναι τα όρια του κόσμου μου» (Brand, 1979), ο σύγχρονος φεμινιστικός λόγος, υποστηρίζει ότι, εν τέλει, μόνο μέσω της

αποδόμησης του κυρίαρχου λόγου για το σώμα, η γυναίκα θα μπορέσει να απελευθερωθεί και να εκφραστεί μέσα από λιγότερο αυτοκαταστροφικές οδούς.

Η Caskey (1986), επιχειρώντας μια φεμινιστική ερμηνευτική προσέγγιση της ανορεξίας, υπό το πρίσμα της θεωρίας του Jung, θεωρεί ότι τρεις παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της. Πρώτον η απόρριψη του γυναικείου σώματος μέσα από την απόρριψη της μητέρας, δεύτερον η προβολή στον πατέρα του γιουγκιανού 'anima' (ως φορέα Λόγου) και τρίτον η προσπάθεια ταύτισης της κόρης με την ισχυρή μορφή του πατέρα. Η νεαρή κοπέλα ταυτίζεται με την συμβολική αντρική μορφή, για να προστατευτεί από τη διάσπαση και τη διάσχιση του εαυτού και των αναγκών της, που συνεπάγεται το να είναι γυναίκα (Caskey, 1986).

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναφερθεί σε φεμινιστικά κείμενα, μια ακόμη πτυχή της κατηγοριοποίησης των διατροφικών διαταραχών ως γυναικείων παθήσεων. Η πόλωση που υφίσταται, δυσκολεύει στη διάγνωση διατροφικών διαταραχών στους άντρες αλλά και στην παραδοχή εκ μέρους των αντρών ότι πάσχουν. Συχνά ότι οι άντρες με διατροφικά προβλήματα, λαμβάνουν διάγνωση κατάθλιψης.

Η Herworth (1999), κατόπιν συνεντεύξεων που διεξήγαγε σε νοσοκομειακό προσωπικό, διαπίστωσε τις διαφορετικές κοινωνικές κατασκευές όσον αφορά την κατανόηση της ανορεξίας στα δυο φύλα καθώς και την τάση διάκρισης της γυναικείας από την αντρική ανορεξία. Παρότι οι άντρες δήλωναν παρόμοια περιστατικά με τις ανορεξικές γυναίκες, τελικώς διαγνώστηκαν ως πάσχοντες από άλλα ψυχικά νοσήματα, ακόμη και σχιζοφρένεια.

Ένα σημείο κριτικής για την πρώιμη και όψιμη φεμινιστική βιβλιογραφία είναι η χρήση της κρατούσας ιατρικής ορολογίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, όπως επισημαίνει η Herworth, ένα γλωσσικό δίλημμα, μεταξύ της φεμινιστικής στηλίτευσης της κυριαρχίας του ψυχιατρικού λόγου και στην συνεχιζόμενη χρήση, στα φεμινιστικά κείμενα, ιατρικών όρων.

Άλλα σημεία κριτικής είναι η μικρή ενασχόληση με τα διατροφικά προβλήματα στους άντρες και η δυσκολία έμπρακτης απόδειξης των περισσότερων θεωριών (όπως παραπάνω).

E. Ψυχοδυναμικά μοντέλα

Η ψυχοδυναμική ψυχολογία έχει συνεισφέρει στην κατανόηση των διατροφικών διαταραχών κυρίως μέσα από δυο βασικούς ερμηνευτικούς άξονες. Ο πρώτος άξονας, εστιάζει στα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών ως αντιπροσωπευτικών απωθημένων οιδιπόδειων επιθυμιών (Sperling, 1943-45; Wilson και συν, 1992) και ο δεύτερος, αποδίδει στα διατροφικά συμπτώματα λειτουργικό ρόλο, για την υπερανάπληρωση 'ελλειμμάτων' στις αντικειμενότητες σχέσεις του υποκειμένου (Brenner, 1983; Geist, 1985; Sands, 1991).

Ο πρώτος άξονας αντλεί από τη σκέψη του Freud και των μετα-φροϋδικών (metafreudians) θεωρητικών (Sperling, 1943-45; Wilson και συν, 1992), και ανάγει τα διατροφικά συμπτώματα σε ελλιπή παρακμή του οιδιπόδειου συμπλέγματος, ενώ ο δεύτερος άξονας αντλεί από τη θεωρία της Melani Klein (1955) και του Winnicott (1953), περί μερικών και μεταβατικών αντικειμένων αντίστοιχα, στην προ-οιδιπόδεια φάση, και αποδίδει τα προβλήματα διατροφής σε αναπτυξιακά προβλήματα κατά την περίοδο αυτή.

Ξεκινώντας από την πρώιμη εφαρμογή των ψυχαναλυτικών αρχών, στο πεδίο των διατροφικών διαταραχών, διαπιστώνουμε ότι τα προβλήματα διατροφής αρχικά θεωρήθηκαν υστερικά συμπτώματα. Αναλύοντας περιπτώσεις υστερικών ο Freud αποδίδει τον αυτοπροκαλούμενο εμετό στο δίπτυχο της οιδιπόδειας επιθυμίας και του φόβου εκπλήρωσης της. Η υστερική ασθενής με το σύμπτωμα του εμετού παλινδρομεί και αμύνεται σε θετικές οιδιπόδειες επιθυμίες της (όχι αιμομικτικές) που συνδέονται με την ερωτική ικανοποίηση και την γονιμοποίηση.

Το στόμα συμβολικά εξισώνεται με τον κόλπο και η τροφή/σπέρμα αποβάλλεται υπό την απειλή γονιμοποίησης (Patterson Brown στους Kaufman & Helman (εκδ), 1964).

Η φροϋδική αντίληψη ότι σε αρχικό στάδιο, η πρόσληψη τροφής συνταυτίζεται με την ερωτική ενόρμηση και την ενσωμάτωση της μητέρας ως αντικειμένου, οδήγησε μεταγενέστερους συγγραφείς στη σκέψη ότι τα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής σχετίζονται άμεσα με την σεξουαλική ενόρμηση ή με την ενδοβολή και ταύτιση με το αντικείμενο (Farrel, 2000).

Υπό την επίδραση της πρώιμης ψυχαναλυτικής σκέψης, οι Waller, Kaufman & Deutch (1940), πρότειναν την κλασική πλέον πρόταση της 'στοματικής γονιμοποίησης'. Σύμφωνα με αυτήν, οι ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών έχουν την εστία τους σε φαντασιώσεις εγκυμοσύνης, μέσω της γαστρεντερολογικής οδού. Συμβολικά, η χώνευση της τροφής εξισώνεται με την γονιμοποίηση και την εγκυμοσύνη.

Υποτίθεται ότι στις γυναίκες με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής, συνυπάρχει ο φόβος και η επιθυμία «στοματικής γονιμοποίησης». Η ανάγκη της γονιμοποίησης μπορεί να προκαλέσει υπερφαγικά επεισόδια ενώ ο φόβος και η ενοχή για την επιθυμία αυτή να οδηγήσει στην αφαγία ή την πρόκληση εμετού. Η αμηνόρροια συμβολίζει την εγκυμοσύνη αλλά και την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας (Waller, Kaufman & Deutch, 1940)

. Για τους πρώιμους ψυχοδυναμικούς θεωρητικούς, η τροφή συμβολίζει σε ασύνειδο επίπεδο τον πατρικό φαλλό και τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών απορρέουν από την σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας για γονιμοποίηση και ενσωμάτωσης του πατρικού φαλλού με την μορφή εμβρύου και των συναισθημάτων φόβου και ενοχής προς τη μητέρα. Η κόρη αποβάλλει και απορρίπτει τον συμβολικό φαλλό και η άρνηση τροφής συμβολίζει την άρνηση της επιθυμίας σε ασύνειδο επίπεδο. Τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής συνδέονται με το στοματικό στάδιο και ένα άλυτο σύμπλεγμα Ηλέκτρας.

Ο φόβος της στοματικής γονιμοποίησης συμβολίζει επίσης τον φόβο της νέας γυναίκας απέναντι στη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία των ενορμήσεων η ανορεξία είναι ενδεικτική «στοματικής καθήλωσης» με πρωκτικές χαρακτηρισιολογικές ιδιότητες που περιλαμβάνουν εκτός από την ενασχόληση με το φαγητό, την τελειοθρία και την ανελαστικότητα (Falstein και συν, 1956).

.Το αδύνατο, ανορεξικό σώμα εξισώνεται μεταφορικά από κάποιους συγγραφείς με τον φαλλό ή με τον φόβο της θηλυκότητας (Masserman, 1941). Μεταγενέστεροι μελετητές υποστήριξαν ότι η συμβολική – φαντασιακή ταύτιση των ανορεξικών με το πέος τις λυτρώνει από την ανάγκη του πατέρα – άντρα ενώ στην περίπτωση των βουλιμικών υπάρχει ταύτιση της κόρης με ανδρικά χαρακτηριστικά και ανταγωνισμός με τον πατέρα για την κατάκτηση της μητέρας. (Schwartz 1988). Γενικότερα, η ψυχαναλυτική βιβλιογραφία, αποδίδει σημαντικό ρόλο στην ανάδυση της ανορεξίας ως σύνθετης άμυνας, στη σύγκρουση αρνητικών και θετικών οιδιπόδειων επιθυμιών.

Ο φόβος των εφήβων για την επίδραση της αναπτυσσόμενης σεξουαλικότητας τους στον πατέρα, έχει αναφερθεί ως ενδεχόμενος ενισχυτικός παράγοντας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η αρχή που διατύπωσε ο Freud, ότι η θρέψη και το ένστικτο τη θρέψης συνδέονται με το σεξουαλικό ένστικτο, συνεκδοχικά ανήγαγε την ανορεξία σε συμβολική άρνηση της ενηλικίωσης και απόρριψη της θηλυκότητας/ σεξουαλικότητας (Dally, 1979). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο δεύτερος ερμηνευτικός άξονα της ψυχοδυναμικής σκέψης, επηρεάστηκε από τις θεωρίες των Klein (1955) και του Winnicott (1953) και ιδιαίτερα τη σχέση μεταξύ αντικειμενότροπων σχέσεων και διατροφικών διαταραχών. Στο προσκήνιο βρίσκεται η σχέση της μητέρας με το παιδί. Σύμφωνα με την θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, για τη διαμόρφωση υγιούς και ολοκληρωμένης προσωπικότητας, είναι σημαντική η επιτυχής ολοκλήρωση της αναπτυξιακής φάσης του αποχωρισμού – εξατομίκευσης του παιδιού από τη μητέρα και η σταθεροποίηση του αντικειμένου. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις αντικειμενότροπες σχέσεις λόγω πρώιμων τραυμάτων στη σχέση με τη μητέρα ή παθογόνου επίδρασης της ασύνειδης ψυχικής ζωής της μητέρας (Schwartz, 1988).

Η θεωρητική ανάλυση, μεταφέρεται, από το οιδιπόδειο στο προ-οιδιπόδειο επίπεδο (Palazolli, 1978; Boris, 1988; Wilson, 1992) « όπου οι νοητικές και οι σωματικές πλευρές της εμπειρίας είναι κυριολεκτικά αδιάσπαστες» (Reiser, 1990) και η σχέση με την τροφό στηρίζεται στον «έλεγχο και στην επιβίωση» (Farrel, 2000).

Η Melani Klein (1953), ανέπτυξε τη διαλεκτική μεταξύ των αντίθετων ζευγαριών: καλού /κακού αντικειμένου/ μαστού και την καταλυτική σημασία της πρώιμης σχέσης με τα αντικείμενα των ενορμήσεων στην μετέπειτα υγιή ανάπτυξη και διαφοροποίηση από το μητρικό πρότυπο. Το αντικείμενο σύμφωνα με την Klein αντιστοιχεί συμβολικά και πραγματικά σε μέρος του μητρικού σώματος –κυρίως του μαστού- και αντίστοιχα βιώνεται, ενδοβάλεται και προβάλλεται ως καλό ή κακό ανάλογα με το είδος των εμπειριών στη σχέση με τη μητέρα. Αρχικά το βρέφος αντιλαμβάνεται διχοτομημένα τις καλές και κακές εμπειρίες από τη μεριά της μητέρας και το πραγματικό και συμβολικό εσωτερικευμένο αντικείμενο που αντιπροσωπεύει αυτή τη σχέση. Δηλαδή η καλή/καλός μαστός και η κακή/κακός μαστός μητέρα δεν αποτελούν ακόμη μέρη ενός συνόλου (της μητέρας ως προσώπου) αλλά γίνονται αντιληπτά ως ξέχωρες οντότητες και φαντασιακό υλικό. Παράλληλα οι κακές και καταστροφικές ενορμήσεις του βρέφους προβάλλονται σε αυτό το κακό κομμάτι που λόγω της συμβιωτικής (μη αντικειμενοτρόπου) σχέσης του βρέφους με την τροφό αποτελεί κομμάτι του φαντασιακού σύμπαντος του ίδιου του παιδιού. Η καλλιέργεια αγάπης του αντικειμένου και η ενδοβλημένη καλή σχέση με αυτό αποτελεί κεντρική βαθμίδα ανάπτυξης της αντικειμενοτρόπου αγάπης και 'το πρωτότυπο όλων των αντικειμένων που συνδράμουν και δίνουν ικανοποίηση' (M. Klein, 1953). Όσο περισσότερο οι θετικές εμπειρίες υπερκερούν τις αρνητικές τόσο το καλό θα υπερισχύσει στο παιδί και θα το βοηθήσει να διαμορφώσει σχέσεις αγάπης με τον εαυτό και το περιβάλλον και σταδιακά να διαφοροποιηθεί από τη μητέρα και να την αποχωριστεί..

Οι διατροφικές διαταραχές, σύμφωνα με τη θεωρία του 'καλού'/'κακού' αντικειμένου, αποτελούν αποτυχία αποχωρισμού, εξατομίκευσης και αυτονόμησης από τη μητέρα ή κάποιο υποκατάστατο της. Εφόσον στα πρώιμα στάδια ανάπτυξης η μητέρα και η τροφή είναι αλληλένδετες και ταυτόσημες έννοιες, η έλλειψη καλών εμπειριών στη σχέση του βρέφους με τη μητέρα δυσχεραίνει την ανάπτυξη καλής και ομαλής σχέσης με το συμβολικό υποκατάστατο της, την τροφή.

Ο Boris (1988) υποστήριξε ότι τα ανορεξικά άτομα συνεχίζουν ασυνείδητα να εξισώνουν τη μητέρα με την τροφή και την ανάγκη ένωσης μαζί της. Η ασιτία αποτελεί την αντίδραση στο φόβο ότι θα αφομοιωθούν από τη μητέρα και θα εξαφανιστούν. Ο φθόνος του μαστού και ο φόβος ότι η γνωστοποίηση του θα καταστρέψει τις ίδιες και τη μητέρα, αποτελεί την αιτία της έλλειψης διαφοροποίησης από τη μητέρα μεταξύ ανορεξικών και βουλιμικών γυναικών (Sohn, 1985). Η Palazolli υποστηρίζει ότι η ταύτιση του φυσικού σώματος με την ενδοβλημένη 'κακή' μητέρα και η αδυναμία διάκρισης του εαυτού από τη μητέρα, ανάγει την ασιτία σε μέσο 'ελέγχου, αποφυγής, άρνησης και τιμωρίας της κακής μητέρας'(Palazolli, 1978).*

Οι καθηλώσεις που αφορούν σε πρώιμες φάσεις ανάπτυξης και διαμόρφωσης της δομής του εγώ, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Μια αποφασιστικής σημασίας καθήλωση, έχει εκτιμηθεί ότι είναι η καθήλωση στη φάση αυτονόμησης-εξατομίκευσης(6^{ος} –24^{ος} μήνας). Όταν η μητέρα μεταξύ του 10^{ου} και του 16^{ου} μήνα αποτύχει να ενισχύσει την προσπάθεια του παιδιού να αυτονομηθεί και προσπαθεί να διατηρήσει μια συμβιωτική σχέση μαζί του τότε ένα μέρος του εγώ του παιδιού δεν καταφέρνει να μετεξελιχθεί από την αρχή της πραγματικότητας** και επέρχεται διχασμός του εγώ.

Η αποτυχία αυτονόμησης μπορεί να συμβεί γιατί η μητέρα θεωρεί το παιδί προέκταση του εαυτού της (Sperling, 1943 – 45) ή γιατί «ασυνείδητα αντιπροσωπεύει (γι αυτήν) ένα μισητό αδελφό/ή ή γονέα ή ένα μισητό ή επιθυμητό μέρος του εγώ (ιδιαίτερα έναν φαντασιωσικό φαλλό)» (Sperling, 1949). Το βρέφος βιώνεται ενδεχομένως ως ενδιάμεσο*** αντικείμενο που συνδέεται με τον κόλπο, ως εκφραστής του μίσους που κρύβει η μητέρα για τη δική της μητέρα αλλά και ως μέσο αυτονόμησης από εκείνη εφόσον επιβεβαιώνει τα όρια του δικού της σώματος.

* Η δυσκολία αποχωρισμού από τη μητέρα εθεωρείτο γενεσιουργός αιτία των διατροφικών διαταραχών και κατά το τελευταίο τέταρτο του 19^{ου} αιώνα. Έχει καταγραφεί ότι ο γιατρός Charcot ζήτησε να χωριστεί η ανορεξική κόρη από τη μητέρα της. Όταν η οδηγία του έγινε δεκτή και η μητέρα άφησε την κόρη στο νοσοκομείο, η τελευταία τελικά ανένηψε. (Charcot, 1889)

** Η αρχή αυτή διατυπώθηκε από τον Freud το 1911 στο « Formulierungen uber die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens», και θεωρήθηκε ότι διέπει ,μαζί με την αρχή της ηδονής, την ψυχονητική λειτουργία. Η αρχή της πραγματικότητας επιτρέπει στο υποκείμενο να διακρίνει τα εσωτερικά ερεθίσματα από τα εξωτερικά, προλαμβάνει την πιθανή σύγχυση μεταξύ αυτού που το υποκείμενο αντιλαμβάνεται και αυτού που απλώς αναπαρίσταται, και τοιουτοτρόπως την ψευδαίσθηση.

Το καθήκον για τη διασφάλιση της αρχής της πραγματικότητας περιέρχεται στο εγώ. Το εγώ « ...παρεμβάλλει, ανάμεσα στη διεκδίκηση της ενόρμησης και στην πράξη που παρέχει ικανοποίηση, τη δραστηριότητα της σκέψης η οποία, καθώς είναι προσανατολισμένη στο παρόν και χρησιμοποιεί προγενέστερες εμπειρίες, προσπαθεί να προβλέψει με δοκιμαστικές κινήσεις το αποτέλεσμα των πράξεων που προτίθεται να πραγματοποιήσει» (S. Freud, 1938. Στο: Laplanche, J., & Portalis, J.B., Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης. Αθήνα: Κέδρος, 1997). Έτσι η ικανοποίηση μπορεί να επιτευχθεί ή να αναβληθεί και ακόμη και να κατασταλεί ως επικίνδυνη.

***Τα ενδιάμεσα αντικείμενα καλύπτουν τον ενδιάμεσο χώρο προτού να διαμορφωθεί ένα σταθερό εσωτερικευμένο αντικείμενο και μια σταθερή εσωτερικευμένη εικόνα σώματος. Οι Kestenberg, 1970 και Kestenberg & Wernstein, 1988 περιγράφουν ως ενδιάμεσα αντικείμενα το φαγητό και τις εκκρίσεις του σώματος. Έχουν εφήμερο χαρακτήρα, αλλάζουν μορφή και συνενώνονται ή αποχωρίζονται από το σώμα. Αποτελούν σημαντικές γέφυρες για την προσέγγιση του εξωτερικού κόσμου και την μετάβαση σε πραγματικά μεταβατικά αντικείμενα. Η επιτυχής ολοκλήρωση αυτής της αναπτυξιακής φάσης επιτρέπει την διαμόρφωση μιας καλής εικόνας για το σώμα.

Ο McDougall (1989), υποστηρίζει ότι αν το βρέφος αποτελεί τη μόνη πηγή λιβιδινικής και ναρκισσιστικής ικανοποίησης της μητέρας τότε αυτό προδιαθέτει τον μετέπειτα ενήλικο να δημιουργήσει παθολογικά μεταβατικά**** αντικείμενα.

Στις μητέρες που διαθέτουν ανασφαλή εσωτερική εικόνα σώματος, το βρέφος μπορεί να πάρει τη μορφή ενδιάμεσου και μεταβατικού αντικειμένου. Ο Farel στηριζόμενος στην θεωρία του Winnicott (1953) περί μεταβατικών αντικειμένων, υποστηρίζει ότι η περίοδος προ της γέννησης αλλά και μετά είναι πολύ σημαντική για την μετέπειτα ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αυτές οφείλονται στις ασύνειδες και συνειδητές φαντασιώσεις έχουν είχε η μητέρα, με αντικείμενο το έμβρυο ή το βρέφος.

**** Το μεταβατικό αντικείμενο (transitional object) είναι ένας όρος που εισήγαγε ο Winnicott για να προσδιορίσει ένα υλικό αντικείμενο ιδιαίτερης αξίας για το βρέφος ή το μικρό παιδί που χρησιμοποιείται κυρίως λίγο πριν την επέλευση του ύπνου. Η σχέση με αυτά τα αντικείμενα αποτελεί φυσιολογική φάση ανάπτυξης και επιτρέπει στο παιδί να πραγματοποιήσει τη μετάβαση από την πρώτη σωματική σχέση με τη μητέρα ή το μητρικό πρόσωπο στην πραγματική αντικειμενοτρόπο αγάπη. Τα αντικείμενα αυτά συνιστούν τα πρώτα αποκτήματα του παιδιού που 'δεν είναι εγώ'. Η δραστηριότητα αυτή από λιβιδινική άποψη είναι στοματικού τύπου. Εκείνο που αλλάζει είναι το καθεστώς του αντικειμένου. Στη πολύ πρώιμη στοματική δραστηριότητα (σχέση με το μαστό) υπάρχει εκείνο που ο Winnicott αναφέρει ως πρωτογενή δημιουργικότητα. «Ο μαστός αναδημιουργείται αδιάκοπα από το παιδί και σε αυτό συμβάλλει η ικανότητα του να αγαπά. Η μητέρα τοποθετεί τον πραγματικό μαστό στο μέρος ακριβώς όπου το παιδί είναι έτοιμο να τον δημιουργήσει τη σωστή στιγμή.» Η σχέση με το μεταβατικό αντικείμενο τοποθετείται μεταξύ της φάσης της πρωτογενούς δημιουργικότητας και της δοκιμασίας της πραγματικότητας και είναι στο μεσοδιάστημα ανάμεσα στο υποκείμενο και το αντικείμενο. Παρόλο που το μεταβατικό αντικείμενο μεσολαβεί τη στιγμή μετάβασης από τη μη αντικειμενοτρόπο κατάσταση (κατάσταση όπου δεν αναγνωρίζεται ένα σαφώς διαφοροποιημένο από το υποκείμενο αντικείμενο) στην αναγνώριση ενός σαφώς διαφοροποιημένου από το υποκείμενο αντικειμένου και στην αντικειμενοτρόπο σχέση δεν παύει να λειτουργεί και στη μετέπειτα ανάπτυξη του ατόμου. Κατά τον Winnicott, «το μεταβατικό αντικείμενο και το μεταβατικό φαινόμενο φέρνουν ευθύς εξ αρχής σε κάθε άνθρωπο κάτι που θα παραμείνει πάντα σημαντικό, μια ουδέτερη δηλαδή περιοχή της εμπειρίας που δεν πρόκειται ποτέ να αμφισβητηθεί». Ανήκει στην περιοχή της αυταπάτης και «θα συνεχίσει να υπάρχει στο εσωτερικό σημαντικών εμπειριών που ανήκουν στα πεδία των τεχνών, της θρησκείας, της φανταστικής ζωής και της επιστημονικής δημιουργίας.» (Στο: Laplanche, J., & Portalis, J.B., Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης).

Το πρόβλημα ξεκινά όταν η μητέρα χρησιμοποιεί το παιδί της ως μεταβατικό αντικείμενο για να αναπτύξει τις ολοκληρωμένες σχέσεις αντικειμένου που λείπουν από το δικό της αναπτυξιακό

οπλοστάσιο, για να έρθει σε επαφή με κάποιο δικό της εσώτερο αντικείμενο ή για να ανακτήσει κάποιο εκλιπών στοιχείο στην σωματική της εικόνα. Η προσπάθεια της είναι εκ προοιμίου καταδικασμένη εφόσον τα μεταβατικά αντικείμενα είναι ένα εργαλείο για την επίτευξη κανονικών σχέσεων αντικειμένου υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει εσωτερικευμένη μητέρα, την οποία εκείνη δεν διαθέτει. Ωστόσο η αναπαραγωγή του κύκλου της εξάρτησης πραγματοποιείται με εξαιρετική επιτυχία: οι προλεκτικές εμπειρίες του βρέφους στον πρώτο χρόνο της ζωής του αποτυγχάνουν να επιβεβαιώσουν τη σωματική του ύπαρξη χωριστά από το μητρικό πρόσωπο, όπως ακριβώς συνέβη και στη μητέρα του στο παρελθόν, από τη δική της μητέρα (Kueger, 1990). Όταν το βρέφος ανάγεται ασύνειδα από τη μητέρα σε μεταβατικό/ ενδιάμεσο αντικείμενο, για να επιλύσει τη δική της αναπτυξιακή αδυναμία να διαμορφώσει αντικειμενότητες σχέσεις, η παθολογία μεταφέρεται από τη μητέρα στο παιδί. Η σχέση συγχώνευσης/απόθησης που βιώνεται από το βρέφος μπορεί μελλοντικά να μετουσιωθεί στη σχέση του με το φαγητό. Συνεπώς οι δυσλειτουργίες στο στάδιο μετάβασης από τις εσωτερικές στις εξωτερικές εμπειρίες –φάση του ενδιάμεσου αντικειμένου – βρίσκονται στη ρίζα διαταραχών όπως αυτές τις πρόσληψης τροφής.

Το γεγονός ότι ένα άτομο με διατροφικές διαταραχές έχει χρησιμοποιηθεί, στο παρελθόν, ως ενδιάμεσο και μεταβατικό αντικείμενο και οι ανάγκες του δεν έχουν αναγνωριστεί και ικανοποιηθεί, του έχει στερήσει τη γνώση μετάβασης από το ένα αντικείμενο στο άλλο. Σαν αποτέλεσμα, προσπαθεί να δημιουργήσει ένα εσωτερικό βίωμα της μητέρας χρησιμοποιώντας τον εαυτό του όπως έχει αισθανθεί να το χρησιμοποιούν. Αν η πρωτογενής φροντίδα υπήρξε ελλιπής τότε δεν δημιουργείται ένας επαρκής ‘εσωτερικευμένος μαστός’, το άτομο δυσκολεύεται να κάνει χρήση μεταβατικών αντικειμένων και επικοινωνεί με τους άλλους με ενδιάμεσα αντικείμενα π.χ. τροφή, εμετό. Τα αντικείμενα αυτά, επιβεβαιώνουν την εσωτερική σωματική εικόνα της περιοχής αλλά αντιστοιχούν σε μια πρώιμη αναπτυξιακή φάση.

Η χρήση του βρέφους ως αντικειμένου μπορεί ακόμη να εκδηλώνεται με την φετιχιστική εμμονή του γονέα στις σωματικές λειτουργίες και την εξωτερική εμφάνιση του παιδιού, σε βάρος των συναισθηματικών του αναγκών, ή με την ελλιπή ανταπόκριση στις σωματικές του ανάγκες. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει αποξένωση από το σώμα και να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές ή αυτοτραυματισμούς. (Bruch, 1973, Doctors, 1979, Geist, 1985).

Η Farrell (2000), αναφέρει την περίπτωση μιας ασθενούς που υπέφερε από βουλιμική ανορεξία. Ως παιδί, η ασθενής, αισθανόταν ότι η μητέρα της την αντιμετώπιζε ως κούκλα ενώ ως ενήλικη βίωσε η ίδια τον εαυτό της ως αντικείμενο. Η επιθετικότητα προς το σώμα της, κατά την εκτίμηση της Farrell, απηγούσε την ασύνειδη επίθεση στην εσωτερικευμένη αναπαράσταση της μητέρας της.

Η βάση της παθολογίας των διατροφικών διαταραχών, είναι ναρκισσιστική, στον ασθενή και στην μητέρα. Η ναρκισσιστική χρήση του παιδιού από τη μητέρα πηγάζει από την αδυναμία της δεύτερης να διακρίνει ικανοποιητικά ανάμεσα στις εσωτερικές και εξωτερικές εμπειρίες. Οπότε, καταλήγει να χρησιμοποιεί το σώμα του παιδιού της ως μεταβατικό/ενδιάμεσο αντικείμενο για τις δικές της ανάγκες. Ο τρόπος που η μητέρα αντιλαμβάνεται ασύνειδα το παιδί ως αντικείμενο ‘επίθεσης/χρήσης’, επηρεάζει τη φύση των διατροφικών διαταραχών που ενδεχομένως να εκδηλώσει το παιδί αργότερα (Farrel, 2000). Στην ανορεξία, υποτίθεται ότι η κόρη δέχεται τις επιθετικές ενορμήσεις της μητέρας ενώ οι ανάγκες της δεν έχουν γίνει σεβαστές. Η ανορεξική

ασυτία μπορεί να θεωρηθεί δήλωση ότι δεν αναγνωρίστηκε η συναισθηματική/μεταφορική ή κυριολεκτική πείνα τους.

Η Bruch (1973), θεωρούσε την προδιάθεση των ανορεξικών να παραβιάζουν και να διαστρεβλώσουν τη λειτουργία της σίτισης, σημάδι ότι δεν αναγνωρίζουν το συναίσθημα πείνας, λόγω ελλιπούς αναγνώρισης ή επιβεβαίωσης των ενδείξεων πείνας από μέρους τους στη βρεφική ηλικία.

Η αποτυχία της μητέρας να αποκωδικοποιήσει τα 'σήματα' που στέλνει το βρέφος σημαίνει την αποτυχία αναγνώρισης και αποδοχής των αναγκών και των συναισθημάτων του από εκείνη, και από το παιδί αργότερα (Kueger, 1990). Άτομα που έχουν υποστεί τέτοια αντιμετώπιση δυσκολεύονται να οργανώσουν και να αναπτύξουν βασική αυτοαντίληψη όπως και να ενοποιήσουν τις έννοιες σώματος και νου.

Οι μητέρες των ανορεξικών, έχουν περιγραφεί στη ψυχοδυναμική βιβλιογραφία, ως παρεμβατικές και ελεγκτικές (Sperling, 1949; Palazzoli, 1978). Αντίθετα, οι κόρες περιγράφονται πειθήνιες και ανίσχυρες να αμφισβητήσουν ότι είναι σημαντικά αντικείμενα για τη μητέρα από φόβο ότι θα θέσουν σε κίνδυνο την ύπαρξη της και τη δική τους (Wilson και συν, 1992). Πολλές ανορεξικές γυναίκες διατηρούν αυτά τα συναισθήματα στην πορεία της ζωής τους με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν τα σώματα τους ως το μόνο πεδίο ελέγχου και ατομικότητας, το οποίο συνειδητά και μη βλάπτουν προσπαθώντας να αποχωριστούν από τη μητέρα.

Για τα βουλιμικά άτομα, η πρωταρχική σχέση με το μητρικό πρόσωπο, χαρακτηρίζεται από ηθελημένη ή μη παραμέληση εκ μέρους της μητέρας, η συμπεριφορά της οποίας ήταν ένα αντιφατικό μείγμα υπερβολικού ελέγχου και αδιαφορίας (Johnson & Connors, 1987; Johnson 1991).

Οι σχέσεις που δεσπόζουν στις οικογένειες ατόμων με διατροφικά προβλήματα, αντανακλώνονται στην τάση των ανορεξικών γυναικών να οργανώνουν με τέτοιο τρόπο τη ζωή τους, ώστε να συντηρούν την ιδέα ότι η ζωή, η ύπαρξη τους, δεν έχει ιδιαίτερη σημασία. Αυτό μπορεί να παραλληλιστεί με την τελετουργία των βουλιμικών, όπου προσλαμβάνεται τόση πολύ τροφή, ώστε να υποβαθμίζεται ο θεραπευτικός της χαρακτήρας και να χρειάζεται να αποβληθεί ως κάτι βλαβερό. Μέσα από την βουλιμική υπερφαγία, λέγεται ότι αναβιώνεται, ' μια πρόωμη και επαναλαμβανόμενη εμπειρία με τη μητέρα' (Kueger 1990). Η πρόσληψη τροφής μεταλλάσσεται σε εμπειρία καταστροφική και τρομακτική που συμβολικά αναβιώνει την απρόσφορη σχέση με τη μητέρα. Οι βουλιμικοί επιχειρούν να χρησιμοποιήσουν τον εμετό ως μεταβατικό και όχι ενδιάμεσο αντικείμενο και αυτό είναι δυνατό μετά το υπερφαγικό επεισόδιο όταν η ηχώ από την καλή εμπειρία με τη μητέρα είναι ακόμη διαθέσιμη εσωτερικά (Kueger 1990). Επισημαίνεται, ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές, λόγω της έλλειψης πλαστικότητας και συμβολισμού που διαθέτουν δεν μπορούν να περάσουν σε ένα εξωτερικό μη σωματικό μεταβατικό αντικείμενο. Πασχίζουν αντίθετα να δημιουργήσουν ένα μεταβατικό αντικείμενο που να είναι εξωτερικό, συμπαγές και συγκεκριμένο. Η αποτελεσματικότητα όμως του αντικειμένου αυτού είναι στιγμιαία εφόσον δεν υπάρχει εσωτερικευμένη σωματική εικόνα του εαυτού και των άλλων. Σύμφωνα με αυτό το αναλυτικό πρίσμα ο εμετός ο οποίος είναι ενδιάμεσο αντικείμενο ενδέχεται να μετατρέπεται στη βουλιμία σε μεταβατικό σε μια ατυχή προσπάθεια ανασύνδεσης της σωματικής εικόνας και διαμόρφωσης ενός εσωτερικού αντικειμένου λιγότερο ελεγκτικού και απορριπτικού από το πραγματικό (μητρικό) (όπως παραπάνω). Απέναντι στη συμβιωτική σχέση μητέρας και κόρης, ο πατέρας περιγράφεται συνήθως, απών και περιφερειακός (Yarrow 1964). Η αποξενωμένη σχέση πατέρα – κόρης, έχει χαρακτηριστεί αντι – οιδιπόδεια (contra – oedípal), διότι, δυσχεραίνει την ομαλή επίλυση του οιδιπόδειου συμπλέγματος.

Γενικότερα η κλασική ψυχοδυναμική προσέγγιση στις διατροφικές διαταραχές, υπογράμμισε τους ενδοψυχικούς παράγοντες και τις διαστρεβλώσεις που έχουν υποστεί οι ασυνείδητες ψυχικές λειτουργίες λόγω των διαταραγμένων σχέσεων γονέα (ειδικότερα της μητέρας) και παιδιού κατά την προοιδιπόδεια και οιδιπόδεια φάση ανάπτυξης. Η περικοπή της αυτονόμησης στη βρεφική ηλικία, λέγεται ότι, αποστερεί από τον έφηβο τα όπλα για υγιή μετάβαση στην αυτονόμηση και ανεξαρτητοποίηση, δημιουργώντας έτσι πρόσφορο έδαφος για συμπεριφορές ‘ψευδο-αυτονόμησης’, όπως η ανορεξική ή/και βουλιμική συμπεριφορά. Οι παθολογικές συμπεριφορές αντιδοτούν τα έντονα συναισθήματα άγχους, και εγκατάλειψης που πυροδοτεί οποιαδήποτε κατάσταση επηρεάζει τη σχέση εξάρτησης από τη μητέρα. Η εσωτερική σύγκρουση της επιθυμίας για αυτονόμηση αλλά και του υπέρμετρου άγχους οδηγεί στην ‘στοματική παλινδρόμηση’, η οποία - για τους κλασικούς ψυχοδυναμικούς - χαρακτήριζε τις διατροφικές διαταραχές. Η στοματική παλινδρόμηση στην ανορεξία, δεν σταθεροποιείται σε μια συγκεκριμένη θέση με αποτέλεσμα να αναδύονται στοματικές και πρωκτικές σαδιστικές φαντασιώσεις. Ελλείψει εξωτερικών πηγών ικανοποίησης, το σώμα αποκτά στην ανορεξία, φετιχιστική αξία. Και αυτό όμως δεν ικανοποιεί το ανορεξικό άτομο, διότι λόγω διάσχισης εαυτού, δεν μπορεί να σηκώσει μόνο το βάρος των αναγκών και επιθυμιών του σώματος του, αλλά χρειάζεται οι άλλοι να αρθρώσουν ότι αυτός έχει καταπιέσει και αποκηρύξει (Janet, 1929; Masserman, 1941).

Ιδιαίτερα βαρύνουσα για την κατανόηση των μηχανισμών ανάπτυξης και συντήρησης των διατροφικών διαταραχών υπήρξε η ψυχοδυναμική προσέγγιση της ψυχιάτρου Hilde Bruch. Χωρίς να αποκοπεί εντελώς από τις ψυχαναλυτικές της ρίζες αναγνώρισε τον ναρκισσιστικό χαρακτήρα ιδιαίτερα της ανορεξίας, αλλά, συνάμα, μετέφερε το βάρος της ερμηνείας από το πεδίο των ασύνειδων εννοήσεων στη δυναμική της σχέσης με τη μητέρα και στις παθογόνες προεκτάσεις της.

Δουλεύοντας με νεαρές γυναίκες με διατροφικές διαταραχές η Bruch κατανόησε - παρατηρώντας τη σοβαρή έλλειψη αυτονόμησης και αυτοπεποίθησης μεταξύ αυτών των γυναικών - ότι οι διαταραχές αυτές έχουν τη ρίζα της στην παιδική ηλικία. Συνήθως έπονταν διαταραχής προσωπικότητας που προερχόταν από την ελλιπή αναγνώριση των αναγκών τους κατά τη βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία, από τη μητέρα. Μεγαλώνοντας τα άτομα αυτά, φάνηκε να συντηρούν σχέσεις εξάρτησης με το περιβάλλον τους (ιδιαίτερα τη μητέρα), να επιζητούν την αποδοχή των άλλων και να δυσκολεύονται να διεκδικήσουν. Η σχέση με τις σωματικές και συναισθηματικές τους ανάγκες παρέμεινε αποσπασματική και αμφιθυμική ενώ το φαγητό έπαιξε συχνά καθησυχαστικό ρόλο αναπληρώνοντας άλλα σημαντικά κενά (Bruch, 1973, 1978).

Η συγγραφέας, αναγνώρισε τον καταλυτικό και πυροδοτικό ρόλο της αναπτυξιακής φάσης της εφηβείας στη ναρκισσιστική και ελλιπώς αναπτυγμένη δομή προσωπικότητας αυτών των γυναικών. Η ενεργοποίηση, στην εφηβεία, του ψυχολογικού μηχανισμού που προβλέπει τον πλήρη έλεγχο του σώματος ως μέσου κυριάρχησης στο εγώ, ίσως να πυροδοτεί τα διατροφικά προβλήματα. Η ανορεξική, ενώ προσπαθεί να ελέγξει το σώμα της βιώνει μεγαλύτερη εξάρτηση από τη μητέρα. Σε αυτό το φαινόμενο συμβάλει ότι η ανορεξική προσωπικότητα, η οποία έχει διαμορφωθεί σε ένα καθεστώς στενής εξάρτησης από τη μητέρα, στερείται πυρήνα.

Ο πυρήνας που λείπει από την προσωπικότητα των ανορεξικών, υποκαθίσταται από τον έλεγχο της τροφής που ψευδαισθητικά συνδέεται με δύναμη και έλεγχο και προβάλλεται ναρκισσιστικά από την ανορεξική ως το μόνο επίτευγμα της. Η αδυναμία των ανορεξικών να δουν πραγματικά την κατάσταση του σώματος τους και να κατανοήσουν ότι τον ωθούν στα άκρα

αποτελεί την ουσία της πραγματικής διαταραχής. Η απώλεια βάρους λαμβάνει διαστάσεις καταναγκασμού ενώ η αίσθηση υπερηφάνειας που τη συνοδεύει ενισχύει τη θέση για ακόμη περισσότερη δίαιτα και έλεγχο της πείνας.

Πέραν της σχέσης μητέρας – κόρης, η Bruch εστίασε, στο γενικότερο κλίμα σχέσεων στην οικογένεια. Θεώρησε ότι η απόσταση και η δυσλειτουργία στο γονικό ζευγάρι, δημιουργεί συναισθηματικά κενά στη μητέρα που καλείται να αναπληρώσει η κόρη, με αποτέλεσμα να επέρχεται συμβιωτική σχέση με τη μητέρα.

Η Bruch (1973, 1978), διέβλεψε επίσης, ένα άδηλο οικογενειακό σενάριο. Στο σενάριο αυτό, το ανορεξικό παιδί γίνεται αντικείμενο παροχών με την προϋπόθεση ότι θα επιβεβαιώσει στους γονείς την ικανότητα τους να είναι καλοί γονείς. Έτσι μαθαίνει να αμφισβητεί τις επιτυχίες του και να φοβάται την αποτυχία που θα εκληφθεί ως αποτυχία και των γονέων. Αυτές οι άδηλες γονικές απαιτήσεις δημιουργούν, για τη συγγραφέα, την αίσθηση ανικανοποίητου που βρίσκεται στον πυρήνα της διαταραχής.

Τη μορφή επικοινωνίας στις οικογένειες των ανορεξικών, η Bruch, την ονομάζει ‘σύγχυση των αντωνυμιών’ (confusion of pronouns), ώστε να περιγράψει τη σύγχυση ορίων μεταξύ των μελών. Σε συμφωνία με άλλες ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, αναγνωρίζει, την αδυναμία των ανορεξικών να έρθουν σε ανοιχτή σύγκρουση με αποτέλεσμα να μεταβάλουν το σώμα τους σε αρένα για να ανακτήσουν τον έλεγχο, με τη διαφορά ότι δεν καταφεύγει μόνο σε ασύνειδες πρώιμες διαδικασίες αλλά και στο ‘εδώ και τώρα’ της οικογενειακής καθημερινότητας. Η δυσκολία των ανορεξικών οικογενειών να δεχτούν το βασικό πρόβλημα, να πάντων να ωραιοποιούν τις σχέσεις τους και να παραδεχτούν τη πάλι της ανορεξικής κόρης για αυτονομία αποτελούν βασικά εμπόδια που χρειάζεται να υπερπηδηθούν στη θεραπεία της ανορεξίας. Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην ανορεξία είναι να βοηθήσει τον ασθενή στην αναζήτηση του αυτονομίας και ταυτότητας με το να τον καθιστά ενήμερο σχετικά με ενορμήσεις, συναισθήματα και εσωτερικές ανάγκες. Η θεραπεία εστιάζει στην αποτυχία του ασθενή να αυτοεκφραστεί και να οργανώσει και εκφράσει τις ανάγκες του και στη δυσκολία του να σχετιστεί με τους άλλους. Η θεραπεία αντιπροσωπεύει μια απόπειρα να επανορθώσει τις γνωστικές ελλείψεις και διαστρεβλώσεις, την βαθιά αίσθηση δυσαρέσκειας και απομόνωσης και την πεποίθηση της ανικανότητας’. Η δυσκολία των ανορεξικών οικογενειών να δεχτούν το βασικό πρόβλημα, να πάντων να ωραιοποιούν τις σχέσεις τους και να παραδεχτούν τη πάλι της ανορεξικής κόρης για αυτονομία αποτελούν βασικά εμπόδια που χρειάζεται να υπερπηδηθούν στη θεραπεία της ανορεξίας (Bruch, 1988).

Στοιχεία της κλασικής ψυχαναλυτικής θεωρίας υιοθετήθηκαν, τη δεκαετία του ‘80 και ‘90, από φεμινίστριες συγγραφείς. Αυτή τη θεωρητική σύζευξη, συγκεκριμένα στο ζήτημα των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής, την είδαμε σε άλλο κεφάλαιο. Όπως θα δούμε, ένα μέρος των ψυχαναλυτικών ή ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων των διατροφικών προβλημάτων εφαρμόζονται στην πράξη στη θεραπεία αυτών των συνδρόμων.

Ο συμβολικός λόγος της ψυχανάλυσης έχει θεωρηθεί υποβοηθητικός στην αποκωδικοποίηση σωματοποιημένων μηνυμάτων, ιδιαίτερα στους ανορεξικούς, που ανίκανοι να εκφράσουν λεκτικά συναισθήματα, χρησιμοποιούν σωματικές μεταφορές (body metaphors) (Skårderud, 2007).

Ωστόσο ένα βασικό πρόβλημα που εντοπίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία και κλινική πράξη, είναι η μεγάλη δυσκολία γενικότερης εμπειρικής αξιολόγησης και ειδικότερης στο πεδίο της

αναδρομικής εξέτασης μοντέλων παιδικής φροντίδας και δεσμών (Cook – Darzens, 2005; Murphy και συν, 2005).

VII. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

A. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία

Στην αρχή της δεκαετίας του 1980, προτάθηκαν μοντέλα γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας της βουλιμίας (Fairburn, 1981) και της ανορεξίας (Garner & Bemis, 1982). Τα μοντέλα αυτά είχαν διατηρήσει αρκετά στοιχεία του αρχικού μοντέλου του Beck, εμπλουτισμένα με στοιχεία μεταγενέστερων θεωριών όπως η περιοριστική θεωρία (restraint theory) των Herman & Mack (1975). Σύμφωνα με αυτήν, ορισμένοι άνθρωποι ανεξάρτητα του σωματικού βάρους τους, συνεχώς ανησυχούν για το σωματικό τους βάρος και κάνουν δίαιτα. Συνήθως τις διαδικασίες αυτές συνοδεύει ένα συναίσθημα χρόνιας πείνας, το οποίο χρειάζεται να ελεγχθεί και να κατασταλεί (Polivy & Herman, 1993). Οι ερευνητές, είχαν παρατηρήσει, πως οιαδήποτε διατροφική ατασθαλία δημιουργεί σε αυτά τα άτομα, συναισθήματα έντονου άγχους και γνωσιακές διαστρεβλώσεις. Αυτές με την σειρά τους, ωθούσαν σε υπερβολική κατανάλωση τροφής και σε βουλιμικά επεισόδια. Η σύζευξη του περιοριστικού μοντέλου με τη γνωσιακή αντίληψη της συντήρησης των διατροφικών διαταραχών, περιλάμβανε την διάδραση μεταξύ της χρόνιας διαιτητικής συμπεριφοράς, της χρόνιας αίσθησης πείνας, της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής συνεπεία άγχους ή διατροφικής ατασθαλίας, σε συνδυασμό με αυτόματες σκέψεις ή πεποιθήσεις που αντικατόπτριζαν υπερβολές σε θέματα δίαιτας και ελέγχου του σωματικού βάρους. Με λίγα λόγια το άτομο ωθείται σε ένα κρεσέντο διατροφικά διαταραγμένων συμπεριφορών υπό το καθεστώς άγχους και πεποιθήσεων που υπερεκτιμούσαν την δίαιτα και τον έλεγχο βάρους. Η καταναγκαστική ανάγκη, δε, ελέγχου του βάρους, οδηγούσε σε ένα φαύλο κύκλο επανάληψης του δυσλειτουργικού μοτίβου. Μέλημα της θεραπείας, είναι η ανακατασκευή των λανθασμένων σκέψεων και πεποιθήσεων, η εκμάθηση λειτουργικότερων διατροφικών συμπεριφορών και η αντιμετώπιση υποτροπών.

Σε πρώτο επίπεδο, το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει τα ζητήματα που άπτονται άμεσα του διατροφικού προβλήματος. Τα ζητήματα αυτά περιλαμβάνουν: αλλαγή τρόπου διατροφής, αντικατάσταση της περιοριστικής ή/και υπερφαγικής δίαιτας με υγιεινούς τρόπους διατροφής, αλλαγή πεποιθήσεων και αντιλήψεων σχετικά με τη διατροφή και τον έλεγχο βάρους, ‘γνωσιακή αναδόμηση’ των αρνητικών αυτόματων σκέψεων και πεποιθήσεων σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Σε δεύτερο επίπεδο, το άτομο υποβοηθείται να επιλύσει θέματα που αφορούν την αυτοεκτίμηση του και τις σχέσεις με τον περίγυρο, ώστε να καταφέρει να διατηρήσει τα οφέλη που αποκόμισε από τη θεραπεία και να αποφύγει τον κίνδυνο υποτροπών (Garner, 1986). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας επιστρατεύονται τεχνικές, όπως η επίλυση προβλημάτων, η αντιμετώπιση των ερεθισμάτων εκείνων που προκαλούν την διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης κ.α.

Το αρχικό μοντέλο του Fairburn περιλάμβανε 15 – 20 συνεδρίες, σε διάστημα πέντε μηνών, και εστίαζε εκτός των υπερφαγικών κρίσεων, στους περιορισμούς στη δίαιτα, στην αντιμετώπιση δύσκολων συναισθηματικών καταστάσεων και στην υπερεκτίμηση και έλεγχο του φαγητού, του

σχήματος και του βάρους του σώματος. Αντίστοιχα, το μοντέλο θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας, ασχολούνταν με την συμπεριφορική αντιμετώπιση της ασιτίας και των περιοριστικών πρακτικών, την γνωσιοσυμπεριφορική αντιμετώπιση του 'συνδρόμου της ασιτίας' και την επίτευξη γνωσιακών αλλαγών στα πυρηνικά πιστεύω που ενίσχυαν και συντηρούσαν τα συμπτώματα και τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές.

Στη συνέχεια οι Fairburn και συν (2003b), πρότειναν ένα κοινό 'διαδιαγνωστικό' θεραπευτικό μοντέλο (transdiagnostic model) για όλες τις διατροφικές διαταραχές (ψυχογενή βουλιμία, ψυχογενή ανορεξία, EDNOS), με το σκεπτικό ότι όλες οι διατροφικές διαταραχές μοιράζονται « την ίδια ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία και οι ασθενείς μετακινούνται μες το χρόνο μεταξύ των διαγνωστικών κατηγοριών». Το μοντέλο αυτό στηρίχθηκε στην εμπλουτισμένη θεωρία τους σχετικά με την διαιώνιση των διατροφικών διαταραχών, η οποία περιλαμβάνει εκτός των μηχανισμών που είχαν αρχικά εντοπιστεί, την αρνητική δράση της τελειοθηρίας, της χαμηλής αυτοεκτίμησης, της δυσκολίας διαχείρισης έντονων συναισθημάτων (αρνητικών και θετικών) και των διαπροσωπικών δυσκολιών.

Η θεραπευτική διαδικασία, έχει τέσσερα στάδια. Το πρώτο στάδιο, που διαρκεί 4 εβδομάδες, στοχεύει στην ενημέρωση/εκπαίδευση του ατόμου, στην διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου βάσει προσωπικών αναγκών και στην επίτευξη συμπεριφορικών αλλαγών. Στο δεύτερο στάδιο (1-3 συνεδρίες), επισημαίνονται οι αλλαγές και οι ανασταλτικές προς τη θεραπεία καταστάσεις. Αξιολογείται η συνεισφορά των δυσλειτουργικών μηχανισμών (υπερεκτίμηση ελέγχου φαγητού και βάρους και σχήματος του σώματος, τελειοθηρία, δυσκολία συναισθηματικής διαχείρισης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαπροσωπικές σχέσεις) στην παρούσα φάση της θεραπείας και αναθεωρείται, όπου χρειάζεται, το αρχικό πλάνο. Το τρίτο στάδιο είναι και το πιο εκτενές. Ασχολείται με την αλλαγή τις πυρηνικής ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών (έλεγχος και ενασχόληση με βάρος και σχήμα του σώματος) αλλά και με τους μηχανισμούς που προαναφέρθηκαν (χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.α.). Στο τελευταίο στάδιο σταθεροποιούνται οι αλλαγές που έχουν επιτευχθεί.

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, ψυχοδυναμικές ή διαπροσωπικές (Fairburn 1998) με καλά αποτελέσματα.

Άλλες μορφές γνωσιακής/συμπεριφορικής θεραπείας που εφαρμόζονται σε όλο το φάσμα των διατροφικών διαταραχών είναι η schema – focused και η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία.

Η schema – focused therapy, αποτελεί παρακλάδι της γνωσιακής – συμπεριφορικής σχολής (Young, 2003). Σε αυτή τη μορφή θεραπείας, δίνεται έμφαση στα βαθύτερα γνωστικά σχήματα (schemata), που διαμορφώνονται στα πρώτα χρόνια της ζωής και ορίζουν τον τρόπο που διαμορφώνεται η εικόνα του ατόμου για τον ίδιο και τον κόσμο. Τα σχήματα αυτά, έχουν την τάση να αναπαράγονται μέσω της εμπειρίας. Το άτομο στην προσπάθεια του να απαλλαγεί βραχυπρόθεσμα από αυτά και τα δύσκολα συναισθήματα που τα πλαισιώνουν, μπορεί να επιδοθεί σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τις διατροφικές διαταραχές. Ο Young, απομόνωσε 18 τέτοια σχήματα που περιλαμβάνουν την απόρριψη, ελλιπή αυτονομία και λειτουργικότητα, ελλιπή όρια κ.α.. Στόχος της θεραπείας είναι αφού εντοπίσει αυτά τα δυσλειτουργικά σχήματα να βοηθήσει τον ασθενή να τα αλλάξει. Εκτός από τις κλασικές γνωστικές – συμπεριφορικές τεχνικές, η θεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές Gestalt καθώς και μια διευρυμένη αντίληψη της μεταβίβασης στο ρόλο ασθενή και θεραπευτή (τελευταίος αναλαμβάνει έναν εν μέρει 'πατρικό/μητρικό' ρόλο).

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία αναπτύχθηκε από την Lineham (1993). Η έμφαση, σε αυτή τη μορφή θεραπείας, δεν είναι τόσο στο 'πρακτέο', όσο στη θετική συναισθηματική αλλαγή,

στην διαχείριση των συναισθημάτων και στην αντοχή στις δυσκολίες. Χρησιμοποιούνται τεχνικές της ψυχολογίας του Zen και συμπεριφορικές τεχνικές. Η ψυχολογία Zen βοηθά το άτομο να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του χωρίς απαραίτητα να δρα σύμφωνα με αυτά, να ανακτήσει ισορροπίες στη σχέση με το εαυτό του και με τους άλλους ενώ η συμπεριφορική προσέγγιση εκπαιδεύει το άτομο σε στρατηγικές αλλαγής σε τομείς που δυσχεραίνουν την καθημερινότητα του (π.χ. άρνηση να κρατήσει ημερολόγιο σίτισης κ.α.). Οι ασθενείς μαθαίνουν να λειτουργούν συνθετικά με τον συναισθηματικό και τον λογικό τους νου (Lineham, 2002).

1. Αποτελεσματικότητα

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία παραμένει, ιδιαίτερα για τη βουλιμία, η πιο διαδεδομένη θεραπευτική μέθοδος (Lundgren, και συν, 2004; Schmidt και συν, 2007). Συγκρινόμενη, με την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την εστιασμένη ψυχοθεραπεία (focused therapy), την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (interpersonal therapy), την διαχείριση του στρες κ.α., αποδείχθηκε εξίσου ή και περισσότερο αποτελεσματική στη θεραπεία της βουλιμίας (Agras και συν, 2000b; Fairburn και συν, 2003b; Nevoenen & Broberg, 2006). Έρευνα των Peterson και συν (1998) και Peterson και συν (2001), σε υπερφαγικούς ασθενείς, αποκάλυψε εξίσου καλά αποτελέσματα, σε ομάδες γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας κατευθυνόμενες από θεραπευτή και σε δομημένες ομάδες αυτοβοήθειας.

Γενικότερα, η θεραπευτική αυτή μέθοδος, έχει θεωρηθεί αποτελεσματικό εργαλείο για την αντιμετώπιση όλου του φάσματος των διατροφικών διαταραχών (Agras et al 2000b, Fairburn, 2003b), αυτόνομα ή σε συνδυασμό με ψυχοδυναμικές ή διαπροσωπικές τεχνικές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο συνδυασμός γνωσιακής – συμπεριφορικής και διαπροσωπικής θεραπείας, είναι αποτελεσματικός για την θεραπεία της βουλιμίας. Σε επίπεδο καταπολέμησης των συμπτωμάτων η γνωσιακή συμπεριφορική μέθοδος βοηθά στη μείωση της υπερφαγικής συμπεριφοράς ενώ η διαπροσωπική θεραπεία επιδρά θετικά στον έλεγχο της καθαρτικής συμπεριφοράς (Hendricks & Thompson, 2005). Οι Hendricks & Thompson, υποστηρίζουν ότι ο συνδυασμός αυτός μπορεί να αποβεί αποτελεσματικός και για άλλες διατροφικές διαταραχές.

Νεώτερες έρευνες επισημαίνουν την ανάγκη συνεχούς εμπειρικής αξιολόγησης και περαιτέρω εμπλουτισμού της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας. Οι Cogley & Keel (2003), θεωρούν εξίσου σημαντική την θεραπευτική αντιμετώπιση του γνωσιακού συμπτώματος της υπερβολικής ενασχόλησης με το βάρος/σχήμα με τα συμπεριφορικά συμπτώματα της βουλιμίας και επισημαίνουν ότι η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να αξιολογήσει το ρόλο που παίζουν τα γνωσιακά συμπτώματα ως πυροκροτητές υποτροπής.

Βρέθηκε ότι η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία έχει αρκετά καλά αποτελέσματα σε ασθενείς με συννοσηρότητα διατροφικής διαταραχής και μεθοριακής προσωπικότητας, οι οποίοι συνήθως δεν ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία (Palmer και συν, 2002).

B. Θεραπείες Οικογένειας

Στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών εφαρμόζονται διάφοροι τύποι θεραπειών με την οικογένεια.: παραδοσιακές οικογενειακές θεραπείες, θεραπείες μικρότερης διάρκειας εστιασμένες στην οικογένεια και ομαδικές θεραπείες με οικογένειες. Οι παραδοσιακές μορφές οικογενειακής θεραπείας περιλαμβάνουν μοντέλα όπως το δομικό που αρχικά αναπτύχθηκε από τον Minuchin για τη θεραπεία της ανορεξίας ή το μοντέλο της σχολής του Μιλάνου. Το δομικό μοντέλο οικογενειακής θεραπείας (structural model), εστιάζει στους ρόλους, στις συγκρούσεις, στις συμμαχίες και στα πρότυπα διαντίδρασης (transactional patterns) μέσα στην οικογένεια, που συμβάλουν στην ανάπτυξη και στη συντήρηση του διατροφικού προβλήματος.

Για τον οικογενειακό θεραπευτή, το άτομο που εμφανίζει διατροφικό πρόβλημα είναι μέλος κάποιου υποσυστήματος στην οικογένεια του αλλά και μέλος ευρύτερων υπερσυστημάτων που υπερβαίνουν την οικογένεια. Το σημείο θεραπευτικής παρέμβασης είναι το άτομο ως μέλος αυτών των συστημάτων και συγκεκριμένα του πλησιέστερου σε αυτόν/ην που είναι το οικογενειακό. Εφόσον ο 'πυρήνας της παθολογίας' εδράζει στο άτομο μέλος ενός συνόλου, στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι η αλλαγή στις δυσλειτουργικές ακολουθίες που συνδέουν το άτομο με το πλαίσιο αναφοράς του και διαιωνίζουν το σύμπτωμα (Minuchin, 1978). Ο 'ασθενής' όσο και τα 'υγιά' μέλη της οικογένειας συμβάλλουν εξίσου στην ανάπτυξη και συντήρηση της δυσλειτουργίας όσο και στην υπέρβαση της.

Η οικογενειακή θεραπεία ασχολείται κυρίως με το 'εδώ και τώρα' της οικογενειακής συνδιαλλαγής και της επίδρασης που αυτή έχει στο διατροφικό σύμπτωμα. Ωστόσο, έμμεσα παρεμβαίνει και στο παρελθόν των οικογενειακών συναλλαγών, όπως αυτές εμπερικλείονται στο 'εδώ και τώρα'. Σύμφωνα με τον Minuchin, ο θεραπευτής καλείται να εκπονήσει σε στενή συνεργασία με την οικογένεια βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους αλλαγής, να διαμορφώσει από κοινού το θεραπευτικό σύστημα και να αμφισβητήσει μέσω της αναπλαισίωσης, οικογενειακά θέσφατα (π.χ. η ανορεξική κόρη είναι άρρωστη, οι γονείς είναι αβοήθητοι κ.α.).

Άλλες σημαντικές δομικές παρεμβάσεις, από μέρους του θεραπευτή, είναι η αμφισβήτηση των συμβιωτικών σχέσεων που χαρακτηρίζουν τις οικογένειες ατόμων με διατροφικά προβλήματα, η υποστήριξη του ατομικού χώρου, των υποσυστημάτων και της οικογενειακής ιεραρχίας και η ενθάρρυνση των ανοικτών συγκρούσεων και της ευκαμψίας στις σχέσεις.

Στόχος της θεραπείας είναι η βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας του ατόμου ταυτόχρονα με τη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας στο σύνολο της. Η εστίαση της θεραπείας στις οικογενειακές δομές, υπερβαίνει το 'φαινόμενο' των οικογενειών και παρεμβαίνει σε βάθος σε ζητήματα ακαμψίας και δυσλειτουργικότητας, τα οποία, με διαφορετικούς τρόπους, υφίστανται στις οικογένειες ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Αν και η δομική θεραπεία εφαρμόστηκε αρχικά σε οικογένειες ανορεξικών, οι οποίες μορφολογικά διαφέρουν από τις οικογένειες ατόμων με άλλες διατροφικές διαταραχές, είναι εξίσου αποτελεσματική σε όλο το οικογενειακό φάσμα αφού παρεμβαίνει στις βαθύτερες κοινές παραμέτρους που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία της οικογένειας. Για την δομική θεραπεία, οι διαφορές μεταξύ των οικογενειών έγκειται περισσότερο σε επίπεδο φαινομενολογίας και όχι ποιότητας επικοινωνίας και σχέσεων. Για παράδειγμα, οι οικογένειες των

βουλιμικών μπορεί να 'φαίνονται' περισσότερο 'ανοικτές' ή συγκρουσιακές από τις οικογένειες των ανορεξικών, αλλά κατ' ουσία, είναι εξίσου άκαμπτες και δυσλειτουργικές.

Το θεραπευτικό μοντέλο της σχολής του Μιλάνου (Milan school) στηρίζεται στην αντίληψη ότι η οικογένεια αντικατοπτρίζει συγκεκριμένες μορφές διάδρασης μεταξύ των μελών. Οι συνεχείς διαδραστικές διαδικασίες διαμορφώνουν μέσα από δοκιμές και λάθη (trial and error), εμφανείς και μη κανονιστικές συμπεριφορές που διέπουν την οικογενειακή λειτουργία και διασφαλίζουν την οικογενειακή συνοχή. Το σύμπτωμα αποτελεί μια συμπλοκή συμπεριφορών, με στόχο την αποφυγή της κατάρρευσης ανελαστικών ομοιοστατικών συστημάτων. Προσπαθώντας να κατανικήσει τη δυσλειτουργία, το σύμπτωμα αποκτά κανονιστική λειτουργία (Palazzoli, 1988).

Για τη σχολή του Μιλάνου, όλα τα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας, συμπεριλαμβανόμενων των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, επιτελούν ακριβώς τον ίδιο σκοπό. Συνεπώς, οι θεραπευτικές τεχνικές για την απάλειψη αυτών των συμπτωμάτων του και την αύξηση της λειτουργικότητας της οικογένειας, έχουν κοινές συνιστώσες και εφαρμογές.

Η άκριτη αποδοχή ή 'θετική σηματοδότηση' (positive connotation) από τον θεραπευτή, των διαδραστικών προτύπων στην οικογένεια όσο δυσλειτουργικά και αν φαίνονται (συμπεριλαμβανόμενης της διατροφικής διαταραχής) και η διόρθωση του 'επιστημολογικού σφάλματος' ότι το άτομο που φέρει το σύμπτωμα είναι ο θύτης ενώ η υπόλοιπη οικογένεια τα θύματα, αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους της θεραπείας. Η αποδοχή και θετικοποίηση του διατροφικού συμπτώματος ως σημαντικού παράγοντα διασφάλισης της οικογενειακής συνοχής λειτουργεί εξισορροπητικά. Το κέντρο βάρους μετατίθεται από το σύμπτωμα και τον φορέα του σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα με αποτέλεσμα να αποκαθίσταται η συλλογική ευθύνη για την διατήρηση/ διάσωση του οικογενειακού συστήματος. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία παίζει η αποκατάσταση των παραδοσιακών ιεραρχιών στην οικογένεια, οι οποίες έχουν ατονήσει. Το συγκεκριμένο μοντέλο οικογενειακής θεραπείας, αντίθετα με το δομικό μοντέλο χρησιμοποιεί, μέσα από τεχνικές του 'παραδόξου' (paradox), το σύμπτωμα προς όφελος της οικογένειας. Υπό αυτή την έννοια παρεμβαίνει λιγότερο δραστικά στο οικογενειακό σύστημα φαινομενικά ενισχύοντας το σύμπτωμα μέχρι του σημείου απόρριψής του από τον/την ασθενή, ως πράξη 'επανάστασης' απέναντι στον θεραπευτή. Παράλληλα με την ενίσχυση του συμπτώματος, υποβοηθείται η κατάρτιση οικογενειακών 'ιεροτελεστιών' για την ανάπτυξη συλλογικών κινήτρων και εισάγονται νέοι εξισορροπητικοί παράγοντες, οι οποίοι θα υποκαταστήσουν το σύμπτωμα στη συντήρηση του συστήματος.

Αντίθετα από τις παραδοσιακές οικογενειακές θεραπείες, οι τεχνικές παρέμβασης στην οικογένεια που αναπτύχθηκαν αργότερα, έχουν μικρότερη διάρκεια (περίπου 20 συνεδρίες) και το βάρος της παρέμβασης έχει μετακινηθεί από την παρέμβαση στο οικογενειακό δυναμικό στην στήριξη των γονέων να μειώσουν τον έλεγχο που ασκεί η διατροφική διαταραχή στη ζωή του παιδιού τους. Γενικότερος στόχος της παρέμβασης στην οικογένεια είναι να ανασταλεί η πορεία συντήρησης της διαταραχής, και να ενισχυθεί η υγιής ψυχοσωματική ανάπτυξη του ατόμου που έχει διακοπεί με την εμφάνιση της διαταραχής (Guarda, 2007).

Στην πρώτη από τις δυο συνολικά φάσεις της σύντομης αυτής μορφή οικογενειακής θεραπείας στόχος είναι η ανάκτηση του βάρους, η 'κανονικοποίηση' της διατροφικής συμπεριφοράς και η πρόληψη υποτροπής. Έχει βρεθεί ότι η οικογενειακή θεραπεία βοηθά στην ανάκτηση βάρους ιδιαίτερα σε εφήβους με πρόβλημα ανορεξίας (όπως παραπάνω). Αυτή η παράμετρος είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι η ανάκτηση βάρους μειώνει δραστικά την περίπτωση υποτροπής.

Στην περίπτωση βουλιμικού προβλήματος κατά την πρώτη φάση επιχειρείτε έλεγχο της καθαρτικής συμπεριφοράς και καθορισμός συγκεκριμένου χρόνου φαγητού. Αφού υποχωρήσουν τα έντονα συμπτώματα, ο έλεγχος της σίτισης επιστρέφει σταδιακά από τους γονείς στο παιδί. Σε αυτή τη δεύτερη φάση της θεραπείας, ζητήματα που αφορούν τις οικογενειακές σχέσεις, τους ρόλους κ.α., μπορούν πλέον να γίνουν αντικείμενο αξιολόγησης και διαπραγμάτευσης. Στο τέλος αυτής της φάσης ενισχύεται η αυτονόμηση του έφηβου και γίνεται προσπάθεια αλλαγής στα επικοινωνιακά σχήματα που εμποδίζουν την υγιή σχέση του με τους γονείς.

Στην ανάπτυξη της βραχυπρόθεσμης οικογενειακής θεραπείας, συνέβαλλαν σημαντικά μελέτες που διενεργήθηκαν, τη δεκαετία του '80, στο νοσοκομείο Maudsley του Λονδίνου (Lock και συν, 2006a,b).

Μια άλλη μορφή οικογενειακής θεραπείας είναι η θεραπεία με πολλαπλές οικογένειες (multi – family group). Η προσέγγιση αυτή, έχει χαρακτηριστεί ελπιδοφόρα για τους ασθενείς και εποικοδομητική για τους ειδικούς (Colahan & Robinson, 2002).

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες σημαντική υπήρξε η εισαγωγή κονστρουκτιβιστικών και αφηγηματικών τεχνικών στην κλασική οικογενειακή θεραπεία. Οι τεχνικές αυτές αποσκοπούν στην αποδόμηση και ανακατασκευή δυσλειτουργικών συστημάτων νοσηματοδότησης στην οικογένεια και στην 'εκ νέου γραφή' των προσωπικών και οικογενειακών ιστοριών. Οι μέθοδοι αυτοί εστιάζουν στο 'νόημα' που έχει η διατροφική διαταραχή για το άτομο και την οικογένεια και υποστηρίζουν την δημιουργία μιας απόστασης μεταξύ της 'παθολογικής ταυτότητας' και της ελευθερίας του ατόμου και της οικογένειας να προσδιορίσουν με λειτουργικότερους όρους την ταυτότητα και την υποκειμενικότητα τους (Gergen, 2000).

1. Οικογενειακή Θεραπεία και Ανορεξία: Αποτελεσματικότητα

Οι οικογένειες των ανορεξικών αποτέλεσαν το πρώτο πεδίο πρώτης εφαρμογής του οικογενειακού μοντέλου θεραπείας (Minuchin, 1978; Palazzoli, 1974; Dickerson & Coyne, 1987; Russell και συν, 1987).

Η οικογενειακή θεραπεία σε ανορεξικούς εφήβους, έχει να επιδείξει μακροχρόνια και θετικά αποτελέσματα (Russell και συν, 1987; le Grange και συν, 1992; Eisler και συν, 2000; Rhodes και συν, 2005). Μελέτες που διεξήχθησαν στο νοσοκομείο Maudsley, γνωστές ως Maudsley Studies I-IV (Eisler και συν, 2000), ανέδειξαν την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας σε ανορεξικούς εφήβους. Συγκρίνοντας την οικογενειακή θεραπεία με την ατομική ενισχυτική θεραπεία, την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και την συμβουλευτική γονέων, βρήκαν γενικά ικανοποιητικά επίπεδα αποτελεσματικότητας της οικογενειακής θεραπείας. Ιδιαίτερα αποτελεσματική, συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεθόδους, αποδείχτηκε η οικογενειακή θεραπεία σε άτομα με ηλικία έναρξης της διαταραχής μικρότερη των 19 ετών και σε οικογένειες με μεγάλη αντίσταση στην αλλαγή (Squire – Dehouk, 1993).

Η οικογενειακή θεραπεία σε ανορεξικά αγόρια και κορίτσια, έχει βρεθεί ότι συμβάλλει πολύ θετικά στην αύξηση του δείκτη μάζας σώματος και στην επαναφορά των εμμηνών στα κορίτσια και ότι έχει ισότιμα αποτελέσματα με άλλες μορφές θεραπείας στις διατροφικές συνήθειες, στην ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος και στις οικογενειακές συγκρούσεις που οφείλονται στα διατροφικά προβλήματα (Roberts και συν, 2003; Carr, 2009). Σημαντικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας είναι η διατήρηση από μέρους

του θεραπευτή μιας ευέλικτης κατανόησης και αντιμετώπισης των διαφορετικών οικογενειακών προφίλ και επιπέδων λειτουργικότητας παρά η προσκόλληση σε προκατασκευασμένες απόψεις σχετικά με τα υποτιθέμενα παθογενετικά χαρακτηριστικά αυτών των οικογενειών (Cook – Darzens και συν, 2008). Αυτή, άλλωστε, είναι και η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των παλαιότερων μοντέλων οικογενειακής θεραπείας και των νεώτερων κonstrουκτιβιστικών και αφηγηματικών προσεγγίσεων, οι οποίες προάγουν μια ευέλικτη, ‘συν – κατασκευαστική’ θεραπευτική σχέση.

2. Οικογενειακή Θεραπεία και Ψυχογενής Βουλιμία: Αποτελεσματικότητα

Η οικογενειακή θεραπεία σε οικογένειες βουλιμικών ασθενών έχει ερευνηθεί λιγότερο. Έχει παρατηρηθεί, ότι οι μέθοδοι οικογενειακής θεραπείας που εφαρμόζονται με επιτυχία στις οικογένειες ανορεξικών, χρειάζονται ορισμένες διαφοροποιήσεις για να εφαρμοστούν στις οικογένειες των βουλιμικών. Αυτό αφορά κυρίως στις σύγχρονες μεθόδους βραχύχρονης οικογενειακής θεραπείας που εστιάζουν στην αλλαγή συμπεριφορών που συντηρούν το σύμπτωμα παρά σε καταλυτικές αλλαγές στη δομή του οικογενειακού συστήματος (Shaw & Steiner, 1997).

Οι le Grange και συν (2003) προσάρμοσαν την οικογενειακή προσέγγιση που εκπονήθηκε στο νοσοκομείο Maudsley, για ανορεξικούς εφήβους, στη θεραπεία βουλιμικών εφήβων. Προσδιόρισαν τρία θεραπευτικά στάδια. Στο πρώτο στάδιο, οι γονείς κινητοποιούνται να βοηθήσουν τον έφηβο να ρυθμίσει την τροφή του και να σταματήσει τους εμετούς ή/και τις υπόλοιπες καθαρτικές συμπεριφορές. Στο δεύτερο στάδιο, επιχειρείται η διαπραγμάτευση νέων τρόπων σχέσης μέσα στην οικογένεια ενώ στο τρίτο στάδιο η οικογένεια διαχειρίζεται αναπτυξιακά θέματα (διαφοροποίηση, αποχωρισμός, σεξουαλικότητα). Τα κλινικά αποτελέσματα που αναφέρουν οι leGrange και συν (2003), σε βουλιμικούς εφήβους ήταν συμβατά με εκείνα των Eisler και συν (2000) σε εφήβους με ανορεξία. Ωστόσο ανέφεραν ότι σε σύγκριση με τους ανορεξικούς καθαρτικού τύπου οι βουλιμικοί έφηβοι είναι πιο ανεξάρτητοι, έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των διαφορών και συγκρούσεων με τους γονείς και είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν πειραματιστεί με αλκοόλ και ναρκωτικά. Η θεραπευτική προσέγγιση χρειάζεται να προσαρμοστεί σε αυτά τα δεδομένα.

Παλαιότερα ευρήματα των Dodge και συν (1995), στα πλαίσια των μελετών Maudsley, ήταν ενθαρρυντικά προς την κατεύθυνση εφαρμογής της θεραπείας οικογένειας σε βουλιμικούς. Η μελέτη αφορούσε την παρατήρηση μικρού αριθμού ασθενών, με follow up, ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η εμπλοκή των γονέων στην προσπάθεια τερματισμού του κύκλου της υπερφαγίας/πρόκλησης εμετού είχε καλά αποτελέσματα όπως επίσης και η εισαγωγή πληροφοριών εκπαιδευτικού χαρακτήρα σχετικά με τη διαταραχή και τις συνέπειες της.

Οι μελέτες Maudsley, επίσης, έδειξαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας σε σχέση με την ατομική θεραπεία σε ενήλικους βουλιμικούς με κάτω του μετρίου σωματικό βάρος.

Αναφορικά στη θεραπευτική συμμαχία και την αποδοχή της θεραπείας, οι έφηβοι διαμορφώνουν εξίσου ισχυρή συμμαχία με τον θεραπευτή στη θεραπεία οικογένειας όπως στην ατομική υποστηρικτική θεραπεία (Zaitsoff και συν, 2009).

Αναφέρεται επίσης ότι, συγκριτικά με άλλες ψυχοθεραπείες, η οικογενειακή θεραπεία σε εφήβους με ψυχογενή ανορεξία είχε καλύτερα αποτελέσματα από την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (le Grange και συν, 2007; le Grange και συν, 2008).

Γ. Φεμινιστική θεραπεία(feminist therapy)

Η φεμινιστική θεραπεία αναπτύχθηκε μέσα από τη διαπλοκή της φεμινιστικής φιλοσοφίας, της ψυχολογίας και της πολιτικής θεωρίας. Η σύγχρονη φεμινιστική θεραπεία έχει επηρεαστεί από τον κονστρουκτιβισμό και την αφηγηματική θεραπευτική προσέγγιση (Russell, 2004) ενώ παλαιότερα υπήρξε έκδηλη η επίδραση της ψυχανάλυσης.

Η θεραπευτική πρακτική στηρίχτηκε σε ερευνητικά πορίσματα που απέρριπταν την ύπαρξη βιολογικών διαφυλικών διαφορών στην προσωπικότητα και στις γνωστικές λειτουργίες (Feingold, 1999), επιβεβαίωναν την κοινωνική κατασκευή της έννοιας του φύλου, και αναδείκνυαν τη σημασία των πολιτισμικών και κοινωνικών ανισοτήτων (φύλου, χρώματος, κοινωνικής τάξης, σεξουαλικού προσανατολισμού κ.α.) στη διαμόρφωση της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας (Ridgeway & Erickson, 2000; Singh, 2006).

Βασικοί στόχοι των φεμινιστικών θεραπειών είναι η αποδοχή και εξέταση των πολλαπλών γυναικείων ταυτοτήτων, η αποκωδικοποίηση των σεξιστικών, ρατσιστικών και ομοφοβικών κοινωνικών και πολιτισμικών μηνυμάτων σε σχέση με τη ζωή των γυναικών και η κατανόηση της σχέσης μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας και της κοινωνικής απαξίωσης ή/και κοινωνικής περιθωριοποίησης.

Στον τομέα των διατροφικών προβλημάτων η φεμινιστική θεραπεία εστιάζει στην ενίσχυση των προσωπικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων, στη βελτίωση της γυναικείας αυτοεικόνας, στην ενίσχυση της ταυτότητας της, στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των πιέσεων και συγκρούσεων στη καθημερινότητα και στην αντιμετώπιση τραυμάτων που προήλθαν από την σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση των γυναικών (Black, 2003) .

1. Αποτελεσματικότητα

Η εφαρμογή φεμινιστικών θεραπευτικών πρακτικών στα προβλήματα διατροφής δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς.

Δ. Νοσηλεία

1. Ψυχογενής Ανορεξία

Ιστορικά η ανορεξία αντιμετωπιζόταν με τη μετακίνηση των ασθενών σε νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου εφαρμοζόταν αναγκαστική σίτιση μακριά από άτομα που μπορούσαν να ασκήσουν 'ηθικό έλεγχο' στους ασθενείς, όπως η οικογένεια και οι φίλοι (Gull, 1874; Charcot, 1889).

Το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, χορηγούνταν στους ανορεξικούς ινσουλίνη και ορμόνες, για να αναστρέψουν τις βλάβες στο ενδοκρινικό σύστημα, ενώ έχει αναφερθεί και η χρήση ηλεκτροθεραπείας. Στη Γερμανία, ήταν διαδεδομένη η ακούσια σίτιση, η κατάκλιση και η χορήγηση φαινοδιαζεπινών (Steinhausen και συν, 1991).

Σήμερα η νοσηλεία κρίνεται απαραίτητη όταν το άτομο παρουσιάζει σοβαρή οργανική κατάπτωση, είναι πολύ νέο σε ηλικία, έχει μεγάλη απώλεια βάρους και συνυπάρχουν άλλες ψυχιατρικές ή οργανικές παθήσεις που επιτείνουν τη σοβαρότητα της κατάστασης και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του (π.χ. αυτοκτονικές τάσεις, σακχαρώδης διαβήτης).

Κατά τη νοσηλεία αντιμετωπίζονται τα οργανικά ή/και ψυχιατρικά προβλήματα και ρυθμίζεται το σωματικό βάρος έτσι ώστε να μην υπολείπεται πολύ του φυσιολογικού. Επίσης συχνά προσφέρονται ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες σε ατομική ή ομαδική βάση καθώς και οικογενειακή θεραπεία.

Εναλλακτική, σε κάποιες χώρες, είναι η προσφορά ψυχοθεραπευτικών θεραπειών που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών, προβλημάτων στις οικογενειακές σχέσεις κ.α. σε ιατρεία ημέρας.

Ωστόσο η νοσοκομειακή φροντίδα λόγω του σύντομου σχετικά χαρακτήρα της δεν επαρκεί για τη θεραπεία της ανορεξίας. Η νοσηλεία, αν δεν συνοδεύεται από άλλη θεραπεία, π.χ. ψυχοθεραπεία, είναι υπαίτια μεγάλου ποσοστού υποτροπών (McKenzie & Joyce, 1990).

Έρευνα των Crisp και συν (1992), κατέδειξε ότι η εισαγωγή στο νοσοκομείο μειώνει άμεσα τον κίνδυνο θανάτου ενώ ο συνδυασμός ψυχοθεραπευτικής και ιατρικής θεραπείας μειώνει μακροχρόνια τη θνησιμότητα.

Γενικότερα η νοσοκομειακή φροντίδα προσφέρεται ως παρέμβαση σε περίοδο κρίσης και στοχεύει στην πρόσληψη και σταθεροποίηση του βάρους και στην εκπαίδευση του ατόμου σε λειτουργικούς τρόπους θρέψης. Ο αρχικός έλεγχος και η σταδιακή αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, εναπόκειται στο εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Το ανορεξικό άτομο εκπαιδεύεται να τρώει παρουσία άλλων ανορεξικών ασθενών και αξιοποιείται το δυναμικό της ομάδας ως μέσο αμοιβαίου ελέγχου, εμπάθειας και ταύτισης με μοντέλα φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς (Vandereyken, 2003).

Πρόσφατες έρευνες έχουν βρει καλύτερα αποτελέσματα από τον συνδυασμό νοσοκομειακής περίθαλψης και ομαδικής θεραπείας ενίσχυσης κινήτρου για θεραπευτική αλλαγή (Group motivational enhancement therapy) (Dean και συν, 2008) ενώ αντίθετα με τους ενηλίκους δεν

παρατηρήθηκε μείωση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε εφήβους ανορεξικούς που νοσηλεύτηκαν ακούσια (Ayton και συν, 2009).

2. Ψυχογενής Βουλιμία

Στην ψυχογενή βουλιμία, η νοσηλεία είναι λιγότερο συχνή και αφορά συνήθως σε περιπτώσεις κρίσης ή σε συνοδούς καταστάσεις όπως κατάχρηση ουσιών, διαβήτη, κατάθλιψη.

Όπως στην περίπτωση της ανορεξίας, για τη σταθεροποίηση και γενίκευση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, η θεραπευτική υποστήριξη χρειάζεται να συνεχιστεί μετά την έξοδο του ατόμου από το νοσοκομείο.

Η βοήθεια που προσφέρει η νοσηλεία, στον βουλιμικό ασθενή, είναι η εκμάθηση υγιών τρόπων σίτισης, η εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών ελέγχου των εμετών και διακοπή της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών.

Βοηθητική στην περίπτωση της βουλιμίας όπως και των υπόλοιπων διατροφικών διαταραχών είναι η λειτουργία νοσοκομείων ημέρας (Zipfel και συν, 2002).

Ε. Ψυχαναλυτικές/ψυχοδυναμικές θεραπείες

Αυτού του τύπου οι θεραπείες, είναι συνήθως ‘ανοικτού χρόνου’. Αναλόγως της σχολής την οποία εκπροσωπούν, απευθύνονται άμεσα στα διατροφικά συμπτώματα ή εστιάζουν σε ασύνειδες συγκρούσεις που υποθάλπουν τη διαταραχή, ασχολούνται με τις ενδοβλημένες σχέσεις με σημαντικούς άλλους ή με πρώιμες αντικειμενόμενες σχέσεις (Dare & Crowther, 1995). Αν και υπάρχει πλειάδα θεωρητικών αφετηριών στην ψυχοδυναμική πρακτική, που καθορίζει τη στάση του θεραπευτή και τις θεραπευτικές τεχνικές που εκείνος θα επιστρατεύει, η έννοια της ‘μεταβίβασης’, παραμένει αδιαμφισβήτητα στο κέντρο της θεραπευτικής σχέσης.

Η μεταβίβαση από τον θεραπευόμενο στο θεραπευτή, ασύνειδων συναισθημάτων που αφορούν στη σχέση του με τα γονικά πρόσωπα και η ακόλουθη ερμηνεία τους από τον θεραπευτή συμβάλλει στην αποκατάσταση δυσλειτουργικών ενδοβολών που σχετίζονται με την ανάπτυξη, εν προκειμένω, των διατροφικών προβλημάτων.

Πέραν της θεραπευτικής αξιοποίησης της μεταβίβασης/ αντιμεταβίβασης σημαντική στις ψυχοδυναμικές θεραπείες είναι και η κατανόηση της λειτουργικότητας του συμπτώματος για το άτομο με διατροφικές διαταραχές (Farrel, 2000; van Egmond, 2005). Τα συμπτώματα ενσωματώνονται στους ασύνειδους μηχανισμούς που ελέγχουν και διαμορφώνουν τις σχέσεις με τους άλλους, βοηθούν στη ‘διαχείριση’ δύσκολων συναισθημάτων και προστατεύουν το εγώ από τον ‘κίνδυνο’ της εγγύτητας. Ο θεραπευτής συνήθως εργάζεται στη βάση μιας κεντρικής υπόθεσης η οποία περιλαμβάνει όλα τα παραπάνω δεδομένα.

1. Αποτελεσματικότητα

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία κυρίως λόγω μακρού χρόνου και υψηλού κόστους είναι λιγότερο διαδεδομένη από άλλες μεθόδους. Ωστόσο στις ΗΠΑ είναι περισσότερο διαδεδομένη ως θεραπευτική μέθοδος, από ότι στην. Λόγω δυσκολίας συγκέντρωσης εμπειρικού υλικού παραμένει λιγότερο διερευνημένη από άλλες μεθόδους. Παλαιότερη έρευνα είχε βρει ότι ήταν αποτελεσματική σε ασθενείς όπου βραχείες μορφές θεραπείες είχαν αποδειχτεί ατελέσφορες ή με μέτρια αποτελέσματα (Fairburn και συν, 1995).

Το μεγάλο κόστος διεξαγωγής έρευνας και οι λειτουργικές δυσκολίες στην εκπόνηση έχουν εμποδίσει την ενδελεχή μελέτη των ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων συγκριτικά με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Ωστόσο, στο πλαίσιο των μελετών Maudsley, η εφαρμογή ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ανορεξικούς ασθενείς, ήταν αρκετά αποτελεσματική (Dare & Eisler, 1995).

ΣΤ. Διαπροσωπική Θεραπεία (Interpersonal therapy)

Η μορφή αυτή θεραπείας είναι βραχείας διάρκειας, υποστηρικτική, και εστιάζει στη σχέση μεταξύ των διαπροσωπικών σχέσεων και την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε στον ευρύτερο χώρο της ψυχοδυναμικής/ψυχαναλυτικής θεωρίας και πρακτικής με τον οποίο διατηρεί δεσμούς συγγένειας.

Αν και η διαπροσωπική θεραπεία υπογραμμίζει τη σημασία των βαθύτερων, ανεπίλυτων χαρακτηριστικών προβλημάτων ή προβλημάτων προσωπικότητας που συνειδητά ή ασύνειδα υποδαυλίζουν την ανάπτυξη του διατροφικού συμπτώματος, ωστόσο απευθύνεται περισσότερο στην επίδραση των τρεχουσών παρά των πρώιμων σχέσεων, συγκρούσεων και τραυματικών βιωμάτων, στην ανάπτυξη και διαίωνιση της διαταραχής.

Στόχος της διαπροσωπικής θεραπείας είναι η άμεση μείωση του συμπτώματος και η βελτίωση της σχέσης του ατόμου με τον περίγυρο του (McIntosh και συν, 2005). Το σύμπτωμα, σε αντίθεση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν αντιμετωπίζεται άμεσα αλλά το άτομο υποβοηθείται να αναγνωρίσει τα προβλήματα που έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη του.

Συγκρινόμενη με άλλες μεθόδους θεραπείας για τις διατροφικές διαταραχές η διαπροσωπική θεραπεία είχε καλές επιδόσεις στη σταδιακή μείωση συμπτωμάτων και την ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων (Agras, 2000b; Wilfley, 2002)

1. Αποτελεσματικότητα

Η διαπροσωπική θεραπεία διαμορφώθηκε, αρχικά, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης ενηλίκων και εφήβων (Mufson και συν, 1999). Κατόπιν εφαρμόστηκε στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, της κατάχρησης ουσιών, της διπολικής διαταραχής και της δυσθυμίας (Apple, 1999, McIntosh, 2000).

Ερευνητικά, η μέθοδος αυτή, έχει βρεθεί αποτελεσματική για όλο το φάσμα των διατροφικών διαταραχών.

Στην ψυχογενή βουλιμία, η αντιμετώπιση των διαπροσωπικών προβλημάτων που αφορούν στην αποφυγή συγκρούσεων, η μείωση του κοινωνικού άγχους και της δυσκολίας επίλυσης προβλημάτων, η αντιμετώπιση του φόβου εγγύτητας ή/και της απόρριψης, που χαρακτηρίζουν τους βουλιμικούς, μειώνει τα βουλιμικά συμπτώματα και ρυθμίζει τα συναισθήματα που τα συντηρούν (Apple, 1999).

Στην ψυχογενή ανορεξία, η αντιμετώπιση του ανεπίλυτου πένθους και των διαπροσωπικών συγκρούσεων και οι αλλαγές ρόλων, ενισχύει τις διαπροσωπικές δεξιότητες και μειώνει την ανορεξική συμπτωματολογία (McIntosh, 2000; McIntosh και συν, 2006).

Z. Αφηγηματική Θεραπεία(narrative therapy)

Η αφηγηματική θεραπεία (narrative therapy), αναπτύχθηκε στις δεκαετίες του '80 και '90, από τους Michael White και David Epsom (White 1991,2007; Freedman & Combs, 1996). Σε θεωρητικό επίπεδο, η αφηγηματική μέθοδος δέχτηκε επιρροές από τα κείμενα του Foucault, τον μεταδομισμό και τη σημειολογία.

Κεντρική στη δομική και μεταδομική σκέψη είναι η έννοια του 'λόγου' (discourse). Σε μια ανεπτυγμένη κοινωνική δομή, υπάρχουν πολλοί 'λόγοι', οι οποίοι ποικίλουν σε ισχύ. Οι λόγοι (discourses), υπερβαίνουν την απλή γλωσσική επικοινωνία και στο βαθμό που μπορούν να λειτουργήσουν ως αυτόνομες δηλώσεις, αποτελούν ομάδες ακολουθιών σημάτων (Foucault, 1971). Οι διαλογικές (discursive) διαδικασίες έχουν ιστορικό χαρακτήρα, αντανακλούν τις σχέσεις εξουσίας σε συγκεκριμένα κοινωνικά πλαίσια και ιστορικές στιγμές ενώ ταυτόχρονα διαμορφώνουν τις κοινωνικές πρακτικές, την έννοια της ταυτότητας και τις υποκειμενικότητας και τα νοηματικά συστήματα μιας κοινωνίας.

Η αφηγηματική θεωρία και η θεραπευτική της εφαρμογή, 'δανείστηκαν' την μεταδομική έννοια του 'εαυτού' που διαμορφώνεται και αναδιαμορφώνεται μέσα από τις γλωσσικές συναλλαγές, την ανταλλαγή και ανακατασκευή νοημάτων μέσα από τη σχέση του με τους άλλους. Ο θεραπευόμενος μέσα από τη θεραπευτική διαλογική συναλλαγή μπορεί συνεπώς να 'ξαναγράψει' τις προσωπικές του ιστορίες αποδίδοντας διαφορετικά και περισσότερο λειτουργικά νοήματα στα ρευστά σενάρια που απαρτίζουν την υποκειμενικότητα του.

Οι αφηγηματικές τεχνικές εφαρμόζονται από μόνες τους ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η οικογενειακή θεραπεία με επιτυχή αποτελέσματα (Hoffman, 1992).

Η αφηγηματική μέθοδος έχει εφαρμοστεί στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Σημαντικό κομμάτι της θεραπείας αποτελεί, η αποκωδικοποίηση του νοήματος της ανορεξίας ως μιας ακραίας μορφής αστυνόμευσης του σώματος και καθυπόταξης του στις νόρμες του κυρίαρχου κοινωνικού-πολιτισμικού λόγου (discourse)για το γυναικείο σώμα (Madigan & Goldner, 1998). Μέλημα της θεραπείας είναι η 'εξωτερίκευση' του προβλήματος ώστε οι ανορεξικές να σταματήσουν να το θεωρούν τμήμα της ταυτότητας του και να πάρουν αποστάσεις από αυτό. Σύμφωνα με τον White (1991), στο 'χώρο' που δημιουργείται ανάμεσα στο άτομο και το πρόβλημα

« τα άτομα είναι ελεύθερα να εξερευνήσουν εναλλακτικές και προτιμώμενες γνώσεις αυτού που μπορεί να είναι; εναλλακτικές και προτιμώμενες γνώσεις μέσα στις οποίες μπορούν να εισάγουν τις ζωές τους» (White, 1991).

Με λίγα λόγια, ο εντοπισμός του προβλήματος μέσα στο ατομικό και συλλογικό ιστορικό (χωρόχρονο, πολιτισμό κ.λ.π.), διευκολύνει στην ανακατασκευή της ατομικής ταυτότητα εκτός παθολογίας. Σε αυτό βοηθά η ανάκληση από το άτομο, εκείνων των περιπτώσεων στο παρελθόν, που κατάφερε να αντισταθεί στο πρόβλημα.

Η. Ροτζεριανή θεραπεία (Rogerian therapy)

Η ανθρωποκεντρική ψυχοθεραπεία του Carl Rogers (1951) έχει ευρεία εφαρμογή σε διάφορους τομείς συμπεριλαμβανόμενων των διατροφικών διαταραχών (Bryant-Jefferies, 2005, 2006). Οι βασικές αρχές και τεχνικές της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης περιλαμβάνουν την επίδειξη εμπάθειας από τον θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Η εμπάθεια, κατά τον Rogers, σημαίνει ότι ο θεραπευτής, « εισέρχεται στον ιδιωτικό αντιληπτικό κόσμο του άλλου...ότι είναι ευαίσθητος, κάθε στιγμή, στα εναλλασσόμενα συναισθηματικά νοήματα που ρέουν προς τον άλλο... Σημαίνει ότι αντιλαμβάνεται νοήματα των οποίων ο άλλος έχει λίγη επίγνωση, αλλά δεν προσπαθεί να αποκαλύψει τελείως ασύνειδα νοήματα» (Rogers, 1961) Η ανατροφοδότηση της εμπειρίας των εσωτερικών πλαισίων αναφοράς πίσω στον θεραπευόμενο από τον θεραπευτή, αποτελεί το κλειδί της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο θεραπευτής 'καθρεφτίζει' τις σκέψεις και τα συναισθήματα του θεραπευόμενου χωρίς να επικρίνει. Η, άνευ όρων, αποδοχή του θεραπευόμενου, επιτρέπει την θεραπευτική αλλαγή.

Η 'αυθεντικότητα' ή 'διαφάνεια', εκ μέρους του θεραπευτή, που αφορά στη συνέπεια προς τα συναισθήματα που βιώνει ο θεραπευτής σε σχέση με τον θεραπευόμενο, ενισχύει την θεραπευτική σχέση και την εμπιστοσύνη του πελάτη στη θεραπευτική διαδικασία (Mearns & Thome, 1998).

Στόχος της θεραπείας είναι η υποβοήθηση του ατόμου να αναγνωρίσει και να πραγματώσει τις ατομικές του δυνατότητες. Η θεραπευτική σχέση ή το 'υποστηρικτικό ψυχολογικό κλίμα' – όπως το ονόμαζε ο Rogers, απελευθερώνει το άτομο ώστε να επιλύσει τα προβλήματα του (Bozarth, 1998).

Για τον ανθρωποκεντρικό θεραπευτή κάθε άτομο έχει διαμορφώσει μέσα από τις εμπειρίες της ζωής του ορισμένες εσωτερικές απεικονίσεις (configurations) ή συναισθήματα και συμπεριφορές (Mearns & Thome, 1998) που άλλοτε οδεύουν στην προσωπική ανάπτυξη και στην πραγμάτωση του ατομικού δυναμικού και άλλοτε λειτουργούν συντηρητικά ή ανασταλτικά. Με λίγα λόγια οι απεικονίσεις αυτές αποτελούν τα νήματα που συνθέτουν τον καμβά της ζωής τους ενώνοντας την εμπειρία με την μελλοντική πράξη.

Στους ανθρώπους με διατροφικά προβλήματα, οι συμπεριφορές που συνδέονται με την πρόσληψη τροφής ή με το σχήμα και το βάρος του σώματος σχετίζονται με κάποιες συγκεκριμένες απεικονίσεις που έχουν προκύψει στη διάρκεια της ζωής τους και της δόμησης του εαυτού τους. Το

φαγητό, για παράδειγμα, μπορεί να έχει συνδεθεί με προσωπικό έλεγχο ή με την αντίδραση στον έλεγχο από τους άλλους. Αντίστοιχα, η υπερφαγία, μπορεί να εκφράζει την κρυφή ανάγκη να είναι κάποιος μόνος και ταυτόχρονα να γίνεται αντιληπτός και αποδεκτός από τους άλλους κ.ο.κ.

Σε αυτή τη μορφή προσέγγισης των διατροφικών διαταραχών, είναι προφανές ότι δεν προϋπάρχουν προσδοκίες εκ μέρους του θεραπευτή και κάθε περίπτωση θεωρείται ότι εμπεριέχει το δικό της δυναμικό. Η αλλαγή συντελείται μέσα από την επίγνωση της προσωπικής εμπειρίας και της ανακάλυψης, από το άτομο, της ικανότητας του να πραγματώσει το προσωπικό του δυναμικό.

Θ. Φαρμακοθεραπεία

1. Ψυχογενής Ανορεξία

Τα ψυχοδραστικά φάρμακα, χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ανορεξίας, για να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπειών (π.χ. ψυχοθεραπείας), για την θεραπεία συγκεκριμένων συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής και για την καταπολέμηση εκλυτικών, για τη διαταραχή, παραγόντων.

Μέχρι τη δεκαετία του 70 ή και του 80, σε ορισμένες χώρες οι φαινοδιαζεπίνες (συγκεκριμένα η chlorpromazine) αυτόνομα ή σε συνδυασμό με ινσουλίνη (Dally & Sargant, 1960) χορηγούνταν, για τη θεραπεία της ανορεξίας, σε συνδυασμό με κατάκλιση και θερμιδικά πλούσια δίαιτα. Η μέθοδος αυτή σταδιακά εγκαταλείφθηκε, λόγω παρενεργειών του φαρμάκου και αντίθετων αποτελεσμάτων με την απότομη αύξηση βάρους (Russell, 1977).

Σήμερα χρησιμοποιούνται ήπια αγχολυτικά, στις περιπτώσεις που παρατηρείται έντονο άγχος στο πρώτο διάστημα της νοσηλείας ή στη συντηρητική φάση της θεραπείας όταν οι ασθενείς εκτίθενται σε καταστάσεις που προηγούμενα τους ωθούσαν στην ανορεξική συμπεριφορά (Cooke & Chambers, 1995; Wakeling, 1995). Αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις που συνυπάρχει κατάθλιψη με την διατροφική διαταραχή ή για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που παρατηρούνται κατά τη φάση έξαρσης της διατροφικής διαταραχής και οφείλονται στην ασιτία..

Ιδιαίτερα για την ψυχογενή ανορεξία η αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας θεωρείται περιορισμένη. Ωστόσο έχουν αναφερθεί περιορισμοί στην έρευνα (Kruger & Kennedy, 2002). Ωστόσο η ψυχοφαρμακοθεραπεία δεν έχει αποτελέσματα ως μονοθεραπεία, ενώ για τη χορήγηση της είναι αναγκαία η αποτίμηση της φυσικής κατάστασης του ατόμου ιδιαίτερα όταν πρόκειται για έντονα υποσιτισμένα άτομα (Becker και συν, 2008).

2. Ψυχογενής Βουλιμία

Για τη θεραπεία της βουλιμίας ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν συναισθηματικές διαταραχές στους ασθενείς και στις οικογένειες τους. Υποστηρίζεται ότι η θεραπεία με μοντέρνα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι βοηθητική σε άτομα που δεν ανταποκρίνονται στη ψυχοθεραπεία, που έχουν πολύ έντονα συμπτώματα ή έντονα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Becker και συν, 2008).

Γενικώς θεωρείται ότι η φαρμακοθεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία και την υπερφαγική διαταραχή έχει αρκετά καλά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στη μείωση των συμπτωμάτων και την βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης (Kluger & Kennedy, 2002).

I. Ψυχοεκπαιδευτική Θεραπεία/Συμβουλευτική Διατροφής

Αυτή η θεραπευτική τεχνική συνήθως περιλαμβάνεται στις περισσότερες μορφές θεραπείας για άτομα με διατροφικές διαταραχές. Περιλαμβάνει την πληροφόρηση για τη μορφή και τα αποτελέσματα της διαταραχής και τους λόγους που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την πορεία της. Το άτομο ενημερώνεται για διατροφικά, ιατρικά και πολιτισμικά θέματα, που αφορούν στις διατροφικές διαταραχές.

Αυτής της μορφής η συμβουλευτική, βοηθά στη ρύθμιση της διατροφής σε φυσιολογικά πλαίσια, στη σταδιακή εισαγωγή απαγορευμένων τροφών και στην αντιμετώπιση κρίσεων υπερφαγίας και καθαρτικών συμπεριφορών. Εστιάζουν, επίσης, στην αντίφαση που υφίσταται μεταξύ των πολιτισμικών προτύπων περί λεπτότητας και των βιολογικών αναγκών του σώματος.

Η μέθοδος αυτή έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ήπιες μορφές διατροφικής διαταραχής. Στις ήπιες μορφές, δεν υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα την γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία (Davis και συν, 1997; Ciano και συν, 2002).

K. Αυτοβοήθεια

Η αυτοβοήθεια μπορεί να είναι χρήσιμη στην αρχική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών ή στην πρόληψη τους.

Για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών, υπάρχουν προγράμματα στο διαδύκτιο. Για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, κυκλοφορούν εγχειρίδια αυτοβοήθειας, λειτουργούν ομάδες αυτοβοήθειας ή διαδικτυακά chat rooms.

Στόχος της αυτοβοήθειας είναι η πληροφόρηση και η στήριξη των ατόμων και η δυνατότητα επικοινωνίας τους με άλλα άτομα με τα ίδια προβλήματα. Λειτουργούν συνήθως σε εθελοντική βάση και οι αρχηγοί των ομάδων είναι 'πρώην' (Bara-Carril και συν, 2004).

Έρευνα των Bailer και συν (2004) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας και ανέφερε θετικά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην

θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Στο δείγμα που περιλάμβανε 81 διαγνωσμένους βουλιμικούς ανατέθηκε με τυχαία επιλογή να συμβουλευτούν εγχειρίδιο αυτοβοήθειας ή να συμμετέχουν σε 18 σύντομες εβδομαδιαίες συνεδρίες γνωσιακής – συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας. Οι βασικές παράμετροι αξιολόγησης ήταν η μηνιαία συχνότητα υπερφαγικών και καθαρτικών επεισοδίων. Δευτερεύουσες παράμετροι ήταν η συνοδός ψυχοπαθολογία και η κατάθλιψη.

Όλα τα άτομα έδειξαν βελτίωση των συμπτωμάτων τους μετά το τέλος της θεραπείας και ένα χρόνο μετά. Μάλιστα σε αυτή την έρευνα τα άτομα που είχαν λάβει αυτοβοήθεια έδειξαν μεγαλύτερη ύφεση συμπτωμάτων κατά την επαναξιολόγηση.

Ποιο πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι οι παρεμβάσεις αυτοβοήθειας μπορεί να είναι βοηθητικές στην βουλιμία και την υπερφαγία, ωστόσο υπάρχει ανεπάρκεια συγκριτικών στοιχείων με άλλες θεραπευτικές μεθόδους (Sysko & Walsh, 2008).

Λ. Άλλες Θεραπείες

Τεχνικές όπως η θεραπεία μέσω της τέχνης (χορός, θέατρο, ζωγραφική), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), γιόγκα, συχνά επιστρατεύονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής.

Υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα τους στις διατροφικές διαταραχές.

Υποθετικά, τεχνικές που προάγουν την εκφραστικότητα και τη διαχείριση του στρες μπορεί να έχουν κάποια θετικά αποτελέσματα. Η σοβαρότητα και η πολυπλοκότητα, ωστόσο, των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών αποκλείει την αποτελεσματικότητα τους ως μονοθεραπείες. Ειδικά για την EMDR έχει αναφερθεί ότι μπορεί να καθυστερήσει την χρήση άλλων περισσότερο αποτελεσματικών θεραπειών (Hudson και συν, 1998).

VIII. ΣΚΟΠΟΣ - ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. Σκοπός - Στόχοι

Τα προβλήματα στη λήψη τροφής, κλινικά αλλά και άτυπα, αποτελούν μείζον πρόβλημα, ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία. Όπως γνωρίζουμε συχνά συνυπάρχουν με άλλες ψυχικές διαταραχές π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.α. και συνοδεύονται από γενικευμένη έλλειψη αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Έναυσμα για την διεξαγωγή της παρούσης έρευνας πεδίου, είναι πέραν του ειδικού ενδιαφέροντος της ερευνήτριας κυρίως λόγω της αρκετά εκτεταμένης θεραπευτικής της εμπειρίας με άτομα με διατροφικές διαταραχές, η συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, περιορισμένη διερεύνηση του φαινομένου των κλινικών και ιδιαίτερα άτυπων μορφών διατροφικών διαταραχών στους έλληνες εφήβους.

Η ηλικιακή ομάδα από την οποία θα επιλεγθεί να αντληθεί το δείγμα είναι μαθητές/μαθήτριες, των τριών τάξεων του Λυκείου. Ως φυσικοί χώροι διεξαγωγής της έρευνας, θα επιλεγούν λύκεια τεσσάρων περιοχών της Αθήνας (Αχαρναί/ Αγία Βαρβάρα και Αμαρούσιο/ Κηφισιά), που κατά κοινή ομολογία διαφέρουν ως προς το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την πληθυσμιακή σύσταση (παλιννοστούντες, οικονομικοί μετανάστες, Roma).

Πρωτεύων στόχος της παρούσης έρευνας είναι η ανίχνευση κλινικών και άτυπων μορφών διατροφικής διαταραχής, στους μαθητές του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο Q-EDD (Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis), το οποίο στηρίζεται στην ταξινόμηση των διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, θεωρήθηκε ότι προσφέρει τη δυνατότητα ανίχνευσης όλου του φάσματος των διατροφικών διαταραχών (συμπεριλαμβανόμενων και των Διατροφικών Διαταραχών μη Προσδιοριζόμενων Αλλιώς) αλλά και άτυπων μορφών που ελάχιστα έχουν διερευνηθεί στον ελλαδικό χώρο. Παράλληλα το παραπάνω ερωτηματολόγιο δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης δευτερευόντων παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (π.χ. αυστηρή δίαιτα, φόβο αύξησης σωματικού βάρους, δυσαρέσκεια με το σώμα κ.λ.π.) .

Τα ευρήματα, αναφορικά στις διατροφικές διαταραχές, προβλέπεται να συσχετιστούν με κοινωνικο-δημογραφικούς (φύλο, μεταναστευτική προέλευση, παλιννοστούντες, καταγωγή Roma, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κ.α.) αλλά και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (κατάθλιψη, οικογενειακά ερείσματα, εσωτερική συγκρότηση. Οι παραπάνω συσχετίσεις αποτελούν τον δεύτερο στόχο της έρευνας.

B. Υποθέσεις

Κατά την επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας διαμορφώσαμε μια σειρά υποθέσεων που αφορούν κυρίως αλλά όχι αποκλειστικά στη σχέση μεταξύ των διαταραχών διατροφής (κλινικού και μη κλινικού τύπου(άτυπες)) και των παραμέτρων που αναφέρθηκαν και οι οποίες ελπίζουμε να δικαιωθούν από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας. Είναι οι εξής:

1. Οι επιλεγμένες περιοχές από τις οποίες θα αντληθεί το δείγμα προβλέπεται να διαφέρουν ως προς το κοινωνικοοικονομικό στάτους των γονέων των μαθητών όπως αυτό εκφράζεται κυρίως από το επάγγελμα των γονέων συνεπικουρούμενο από το μορφωτικό τους επίπεδο, την ιδιοκτησία της κατοικίας τους και τον αριθμό δωματίων της κατοικίας τους.
2. Οι περιοχές με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αναμένεται να συγκεντρώνουν περισσότερους αλλοδαπούς μαθητές (κυρίως από τα Βαλκάνια και την Αν. Ευρώπη) και παλιννοστούντες. Η περιοχή της Αγίας Βαρβάρας αναμένεται να συγκεντρώνει οικογένειες Roma, ωστόσο είναι αμφισβητούμενο αν αρκετοί έφηβοι Roma φοιτούν στο Λύκειο. Εάν συγκεντρωθεί αρκετός αριθμός μαθητών από τις παραπάνω κατηγορίες θα μπορέσουν να ελεγχθούν για τυχόν διαφοροποιήσεις στην μεταβλητή “διαταραχές διατροφής”, σε σύγκριση με τους μαθητές της πλειοψηφίας (Chamorro & Flores – Ortiz, 2000; Warren και συν, 2005; Perez και συν, 2002; Becker και συν, 2007)
3. Οι κλινικές μορφές προβλημάτων στη λήψη τροφής προβλέπεται να βρεθούν σε όλο τους το φάσμα.
4. Οι τιμές για τις Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS), προβλέπεται να βρεθούν σημαντικά υψηλότερες των άλλων, όπως άλλωστε αναφέρεται σε διεθνείς μελέτες (Machado και συν, 2007; Fairburn, & Cooper, 2007).
5. Άτυπα διατροφικά προβλήματα προβλέπεται να παρουσιάσει - όπως είναι αναμενόμενο από τη διεθνή βιβλιογραφία – ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό μαθητών και μαθητριών (Patton και συν, 2008).
6. Τα κορίτσια αναμένεται να υπερέχουν τον αγοριών στις τιμές κλινικών και άτυπων διαταραχών διατροφής. Παρόμοια υπεροχή τιμών αναμένεται και στις κάτωθι συμπεριφορές/αντιλήψεις:
 - ^{6α}. Μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των κοριτσιών έναντι των αγοριών στην κατηγορία ‘χαμηλού βάρους’ και στην υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων στη λήψη τροφής, κατηγορία ‘υπερβολικά χαμηλού βάρους’ .
 - ^{6β}. Τα κορίτσια αναμένεται να φοβούνται περισσότερο από τα αγόρια μήπως γίνουν παχύσαρκα ή/και μήπως πάρουν βάρος ενώ αναμένεται να επηρεάζονται περισσότερο από το

βάρος και το σχήμα του σώματός τους και να είναι συχνότερα δυσαρεστημένα συγκριτικά με τα αγόρια με ένα μέρος του σώματος ή ολόκληρο το σώμα τους.

6^γ. Κατά τη διαφυλική σύγκριση του δηλωθέντος με το εκτιμώμενο βάρος σώματος, τα κορίτσια αναμένεται να τοποθετήσουν συχνότερα τον εαυτό τους σε μεγαλύτερη ομάδα βάρους και σπανιότερα σε μικρότερη.

6^δ. Τα κορίτσια αναμένεται να δηλώσουν σε σύγκριση με τα αγόρια περισσότερες φορές επεισόδια υπερφαγίας και απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκειά τους

6^ε. Αναμένονται περισσότερες αντισταθμιστικές συμπεριφορές μεταξύ των κοριτσιών.

6στ. Αναμένονται μεγάλα ποσοστά στα κορίτσια, στην υποκατηγορία ‘χρόνια διαιτητική συμπεριφορά’ (chronic dieter).

Ανδρικά πολιτισμικά πρότυπα εκφράζουν οι παρακάτω δυο υπο-υποθέσεις:

6^ζ. Τα αγόρια ενδέχεται να εμφανίσουν συμπτώματα κυρίως υπερφαγικού τύπου που πιθανότατα συγκροτούν το νοσηρό άκρο της πολιτισμικής πίεσης για αύξηση του σωματικού όγκου.

6^η. Η σωματική άσκηση ενδέχεται για πολιτισμικούς λόγους να αποτελεί για τα αγόρια, το προτιμώμενο μέσον ελέγχου του σωματικού βάρους.

7. Προβλέπεται πιθανή ανεξαρτησία μεταξύ του ΚΟΕ και των διατροφικών διαταραχών. Ανεξαρτησία σε σχέση με το επάγγελμα γονέων (α), τη μόρφωση γονέων (β) και την περιοχή κατοικίας (γ). Σύγχρονες έρευνες στον ευρύτερο πληθυσμό έδειξαν μια τάση ‘εκδημοκρατισμού’ των διατροφικών διαταραχών και διασπορά τους σε όλα τα κοινωνικομορφωτικά στρώματα (Chamorro & Flores – Ortiz, 2000; Mumford & Choudry, 2000; Perez & Thomas, 2003; Stiegel – Moore και συν, 2003a).

8. Η σωματική άσκηση ως μέσο καταπολέμησης του πάχους ή των αποτελεσμάτων των υπερφαγικών κρίσεων είναι α) πιθανότερο να χρησιμοποιείται με αύξουσα τάση από την ελεύθερη συμπτωμάτων προς την κλινική ομάδα και β) και να χρησιμοποιείται περισσότερο από τις γυναίκες.

9. Προβλέπεται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και του φύλου.

10. Προβλέπεται σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της διατροφικής διαταραχής, με την δήλωση καταθλιπτικών επεισοδίων να αυξάνει αναλογικά με τη σοβαρότητα του προβλήματος στη λήψη τροφής.

11. Ενδεχόμενα οι μορφές διαταραχών διατροφής που παρουσιάζουν υπερφαγική συμπτωματολογία να σχετίζονται περισσότερο με την κατάθλιψη. Το παρόν έχει παρατηρηθεί σε κάποιες έρευνες (Sproog και συν, 2006) και τελεί υπό ευρύτερη διερεύνηση

12. Η εσωτερική συγκρότηση συνολικά αλλά και στις επιμέρους κλίμακες, αναμένεται να είναι αντιστρόφως ανάλογη με την παρουσία διατροφικών διαταραχών. Συνεπώς όσο αυξάνεται η εσωτερική συγκρότηση, τόσο αναμένεται να μειώνεται η σοβαρότητα του προβλήματος στη λήψη τροφής.

13. Προβλέπεται να βρεθεί αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ εσωτερικής συγκρότησης και κατάθλιψης. Η εσωτερική συγκρότηση αποτελεί δείκτη κατεύθυνσης προς τον πόλο της υγείας και είναι a priori αδύνατον να συμπορεύεται με σοβαρή ψυχοπαθολογία.

14. Γνωρίζοντας ότι οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με δυσλειτουργικά οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως υπερβολικό ή ανύπαρκτο έλεγχο, ακαμψία και αντίσταση του οικογενειακού συστήματος στην αλλαγή, συγχωνευτικές σχέσεις κ.α. (Murray και συν, 2000; Tozzi και συν, 2003; Blodgett Salafia και συν, 2009), αναμένουμε τα άτομα με προβλήματα διατροφικής διαταραχής να δώσουν λιγότερα θετικά σχόλια και περισσότερα αρνητικά σχόλια για την οικογένεια τους, σε σύγκριση με τα άτομα ελεύθερα συμπτωμάτων.

ΜΕΡΟΣ Β

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

X. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Για να υπολογιστεί ο μέσος απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης των δοκιμασιών και να σταθμιστεί ο βαθμός σαφήνειας των ερωτήσεων και κατανόησης των οδηγιών για την απάντησή τους, διενεργήθηκε πιλοτική έρευνα στους μαθητές και μαθήτριες φροντιστηριακής τάξης. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων ήταν σε πλήρη αντιστοίχιση με το προβλεπόμενο για το κυρίως δείγμα, ηλικιακό φάσμα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα ερωτηματολόγια ήταν κατανοητά και ο χρόνος συμπλήρωσής τους από τους εφήβους αντιστοιχούσε στα χρονικά όρια που δίνουν οι συγγραφείς τους.

Στο αποδοσμένο στα ελληνικά, Ερωτηματολόγιο Διάγνωσης Διατροφικής Διαταραχής (Q-EDD), χρειάστηκε να ξαναδιατυπωθεί, με απλούστερο τρόπο, μια οδηγία συμπλήρωσης στα ελληνικά καθώς και ορισμένες οδηγίες να γραφούν με έντονους χαρακτήρες ώστε να μη διαφεύγουν της προσοχής των ερωτούμενων.

B. Δείγμα και Δειγματοληψία

Η παρούσα έρευνα είχε επιτόπιο δειγματοληπτικό χαρακτήρα και διενεργήθηκε σε μαθητές και μαθήτριες των τριών τάξεων του λυκείου. Τα λύκεια που επιλέγηκαν βρίσκονταν στις περιοχές Κηφισιάς, Αμαρουσίου, Αγ. Βαρβάρας και Αχαρνών (Μενιδίου).

Οι παραπάνω περιοχές επιλέγηκαν, διότι κατά κοινή ομολογία, συγκέντρωναν δημογραφικά χαρακτηριστικά που εξυπηρετούσαν τον σκοπό της παρούσης έρευνας.

Τα δημογραφικά αυτά χαρακτηριστικά αφορούσαν, α) το κοινωνικό – οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των κατοίκων και, β) την αυξημένη παρουσία σε κάποιες από αυτές τις περιοχές, πληθυσμού μειονοτικής καταγωγής (Rom), παλιννοστούντων και οικονομικών μεταναστών.

Συγκεκριμένα, οι περιοχές της Κηφισιάς και του Αμαρουσίου, συγκεντρώνουν, κατά κοινή ομολογία, πληθυσμό με συγκριτικά ‘υψηλό’ ‘κοινωνικό – οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο’ ενώ οι περιοχές της Αγίας Βαρβάρας και των Αχαρνών συγκεντρώνουν, κατά κοινή ομολογία, πληθυσμό με συγκριτικά ‘χαμηλό’ ‘κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο. Οι σκοποί της παρούσας έρευνας, οι οποίοι περιλάμβαναν την συσχέτιση της διατροφικής συμπεριφοράς των μαθητών και άλλων παραμέτρων με την μεταβλητή ‘κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων’, υπαγόρευαν την επιλογή περιοχών με αναμενόμενη μεγάλη απόκλιση όσον αφορά αυτή τη μεταβλητή.

Παράλληλα οι περιοχές της Αγίας Βαρβάρας και των Αχαρνών, εμφανίζουν συγκριτικά με τις περιοχές της Κηφισιάς και του Αμαρουσίου, μεγαλύτερη συγκέντρωση οικογενειών Roma, παλιννοστούντων και οικονομικών μεταναστών. Με την επιλογή των παραπάνω περιοχών, επιχειρήσαμε να συμπεριλάβουμε στο δείγμα μας μαθητές με αυτά τα χαρακτηριστικά, με απώτερο στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της διατροφικής συμπεριφοράς και άλλων μεταβλητών, με την παλιννόστηση την μετανάστευση και την προέλευση Roma..

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος, κρίθηκε εφικτό για τους σκοπούς της έρευνας ένα δείγμα περίπου 250 ατόμων. Ως μέθοδος για την επιλογή του, αποφασίστηκε η **τυχαία κατά στρώματα δειγματοληψία** (Παρασκευόπουλος, 1984).

Για διευκόλυνση της δειγματοληπτικής διαδικασίας και αποφυγή αποκλεισμού περιοχών, κάθε περιοχή κρίθηκε σκόπιμο να αποτελέσει στρώμα.

Η στρωματοποίηση διαμορφώθηκε ως εξής:

Στρώμα Α: Κηφισιά (4 Λύκεια)

Στρώμα Β: Αμαρούσιο (8 Λύκεια)

Στρώμα Γ: Αγ. Βαρβάρα (2 Λύκεια)

Στρώμα Δ: Αχαρνάι (4 Λύκεια)

Ως ενδεδειγμένος τρόπος δειγματοληψίας, κρίθηκε η **κλήρωση σχολείων κατά στρώμα**, εφόσον η μόνη πληροφορία που σε εκείνο το στάδιο είχαμε στη διάθεση μας, ήταν ο αριθμός των λυκείων σε κάθε μια από τις τέσσερες περιοχές.

Κληρώθηκε ένα κυρίως λύκειο ανά στρώμα και ένα αναπληρωματικό, στην περίπτωση που το κυρίως λύκειο αρνιόταν συνεργασία.

Από την κλήρωση προέκυψαν τα παρακάτω σχολεία:

- 1^ο Λύκειο Κηφισιάς
- 2^ο Λύκειο Αμαρουσίου
- 1^ο Λύκειο Αγ. Βαρβάρας
- 3^ο Λύκειο Αχαρνών

Ως αναπληρωματικά κληρώθηκαν τα εξής λύκεια: 3^ο Λύκειο Κηφισιάς, 5^ο Λύκειο Αμαρουσίου και το 2^ο Λύκειο Αχαρνών. Το 2^ο Λύκειο Αγ. Βαρβάρας ορίστηκε αναπληρωματικό, χωρίς κλήρωση, διότι η περιοχή διέθετε δυο μόνο λύκεια.

Σύμφωνα με τον αρχικό μεθοδολογικό σχεδιασμό το τμήμα κάθε τάξης το οποίο θα συμμετείχε στην έρευνα θα επιλεγόταν εκ νέου **με κλήρωση**, όταν πλέον θα μας ήταν διαθέσιμα τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των τμημάτων σε κάθε τάξη. Το σχέδιο αυτό τροποποιήθηκε εν μέρει στην πράξη (ανειλημμένες υποχρεώσεις κάποιων τμημάτων, υπό διαμόρφωση σχολικό πρόγραμμα) αλλά δεν αλλοιώθηκε ο τυχαίος χαρακτήρας επιλογής τμημάτων.

Τα τμήματα που τελικώς επιλέχθηκαν ανά Λύκειο ήταν :

- Αχαρνών (Α2, Β1, Γ1)
- Αγ. Βαρβάρας (Α1, Β2, Γ3)
- Κηφισιά (Α2, Β1, Γ1)
- Αμαρούσιο (Α3, Β1, Γ3)

Στην έρευνα συμμετείχε το σύνολο των μαθητών των επιλεγμένων τμημάτων, οι οποίοι ήταν παρόντες στις προγραμματισμένες ημερομηνίες χορήγησης των δοκιμασιών.

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ανήλθε στους 249 (N= 249) μαθητές.

Η επιλογή του δείγματος (N=249) έγινε τυχαία ανά στρώμα, ανά λύκειο και ανά τμήμα. Ως βασική μέθοδος τυχαίας δειγματοληπτικής μεθόδου επιλέχτηκε η κλήρωση. Κατόπιν τυχαίας κληρώσεως λυκείων ανά στρώμα ακολούθησε κλήρωση τμημάτων ανά σχολείο. Αυτό όπως προαναφέρθηκε ήταν εφικτό στην πλειοψηφία των σχολείων αλλά όχι στο σύνολο τους, λόγω συνθηκών εκτός ελέγχου της ερευνήτριας.

Γ. Κυρίως Έρευνα

Η έρευνα διενεργήθηκε κατά τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του έτους 2005. Είχε προηγηθεί γραπτή άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο για τη διενέργεια της. Οι διευθυντές των λυκείων ενημερώθηκαν τηλεφωνικά και κατόπιν της συναίνεσης τους να λάβουν μέρος οι μαθητές τους στην έρευνα τους χορηγήθηκαν έγγραφα συναίνεσης των γονέων και καθορίστηκαν τα ραντεβού για κάθε τάξη/τμήμα. Οι μαθητές γνώριζαν εκ των πραγμάτων την ημέρα και ώρα που θα τους χορηγούνταν τα ερωτηματολόγια και είχαν προσκομίσει μαζί τους το συμπληρωμένο έντυπο συναίνεσης γονέα.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν παρουσία της γράφουσας και συναδέλφου της που λειτούργησε ως βοηθός. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διατέθηκε μια διδακτική ώρα. Προ της συμπλήρωσης και κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους μαθητές απαντήθηκαν διευκρινιστικά ερωτήματα σχετικά με τη συμπλήρωσή τους.

Από τα συμπληρωθέντα ερωτηματολόγια έγκυρα βρέθηκαν 245 και άκυρα 3.

Δ. Κλίμακες Συλλογής του Υλικού

1. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Σκοπός

Επρόκειτο για αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο με σκοπό τη συγκέντρωση στοιχείων αναφορικά στο ατομικό, το κοινωνικοοικονομικό και το μορφωτικό προφίλ του δείγματος. Δεδομένου ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν συχνά συσχετιστεί με την ηλικία, το φύλο, τη σχολική επίδοση κ.α., ατομικούς παράγοντες. Στο παρόν ερωτηματολόγιο προβλέφθηκε η συλλογή στοιχείων, για τις ατομικές δημογραφικές μεταβλητές που αφορούν στους στόχους της παρούσας έρευνας.

1. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως παράγοντας υπό διερεύνηση, σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές (Berkman, 2007). Για την συγκρότηση της κλίμακας του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των οικογενειών των μαθητών/μαθητριών του δείγματος μας αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε, ως αντιπροσωπευτικό δείκτη, το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας (Γκότοβος, 1996). Για τη διευκόλυνση της κατάταξης των επαγγελματιών της μητέρας και του πατέρα σε ένα ιεραρχημένο σχήμα επαγγελματικών κατηγοριών, προβλέφθηκαν: α. ξεχωριστές ερωτήσεις για το επάγγελμα του πατέρα και το επάγγελμα της μητέρας, β. περιγραφή και όχι απλή δήλωση του επαγγέλματος των γονέων, όπως αυτό ισχύει κατά τον παρόντα χρόνο. Και για τους δυο γονείς ίσχυσαν οι εναλλακτικές κατηγορίες: άνεργος, συνταξιούχος. Για τις μητέρες ίσχυσε, επιπλέον, η κατηγορία νοικοκυρά. Το σχήμα επαγγελματικής ταξινόμησης που εφαρμόστηκε στην παρούσα έρευνα, έχει ήδη εφαρμοστεί σε ελληνικές έρευνες (Γκότοβος, 1996). Σύμφωνα με αυτό, τα επαγγέλματα ιεραρχούνται βάσει των παρακάτω κριτηρίων: α. παρουσία ή απουσία σωματικού μόχθου στη διάρκεια της εργασίας και β. 'βαθμός ελευθερίας' κατά την άσκηση τους.

Από αυτή την ιεράρχηση, προέκυψαν τρεις επαγγελματικές βαθμίδες : κατώτερα επαγγέλματα, μεσαία επαγγέλματα, και ανώτερα επαγγέλματα.

Στα κατώτερα επαγγέλματα, περιλήφθηκαν, οι ανειδίκευτοι εργάτες, οι τεχνίτες σε εξαρτημένη εργασία, το υπηρετικό – βοηθητικό προσωπικό στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Στα μεσαία επαγγέλματα, περιλήφθηκαν, οι αυτόνομοι μικροεπαγγελματίες/μικρέμποροι, οι ανεξάρτητοι τεχνίτες, οι κατώτεροι δημόσιοι υπάλληλοι και οι εμποροϋπάλληλοι. Στα ανώτερα επαγγέλματα περιλήφθηκαν, οι ανώτεροι δημόσιοι υπάλληλοι, οι εκπαιδευτικοί, τα μεσαία και ανώτερα στελέχη οργανισμών/επιχειρήσεων, οι ελεύθεροι επαγγελματίες με επιστημονική κατάρτιση.

2. Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων έχει συσχετιστεί με διατροφικές διαταραχές στους εφήβους σε διεθνείς έρευνες και σε ελληνική έρευνα (Μωρόγιαννης, 2000). Η συχνή ανακολούθια μεταξύ μόρφωσης και επαγγέλματος μας απέτρεψε να υπολογίσουμε ισοβαρώς με το επάγγελμα τη μεταβλητή αυτή στην κατάρτιση της κλίμακας του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου αλλά μόνον επικουρικά. Για την καταγραφή του μορφωτικού επιπέδου των γονέων τους, ζητήθηκε από το μαθητικό δείγμα να δηλώσουν το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους σε μια κλίμακα 6 βαθμίδων.

3. Η εθνική/μειονοτική καταγωγή (ethnic/minority status), έχει συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές, ως παράγοντες προστασίας ή επικινδυνότητας για την ανάπτυξη τους, σε κοινωνίες με ευρεία αντιπροσώπευση διαφόρων πολιτισμικών ομάδων, όπως π.χ. οι ΗΠΑ (Caraballo και συν, 2006; Alegria και συν, 2007). Παράλληλα έχουν αναφερθεί διαφορές στη διαμόρφωση των διατροφικών διαταραχών, μεταξύ διαφορετικών εθνοτήτων και φυλών (Manwaring και συν, 2006). Στο παρόν ερωτηματολόγιο έχουν προβλεφθεί ερωτήσεις προσαρμοσμένες στα δεδομένα της Ελλάδας αναφορικά με την παρουσία μαθητών μη ελληνικής καταγωγής, παλιννοστούντων και Roma, στο δείγμα μας. Προβλέφθηκε επιπρόσθετα ερώτηση αν κάποιος μαθητής ή μαθήτρια ανήκει στην ελληνική μουσουλμανική κοινότητα.

Περιγραφή

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Από τους συμμετέχοντες, ζητείται, να συμπληρώσουν στοιχεία και να σημειώσουν με χ ή να κυκλώσουν την πρόταση που τους εκπροσωπεί.

Η ερώτηση (1), ζητά να δηλωθεί το φύλο, η ηλικία και η περιοχή μόνιμης κατοικίας.

Η ερώτηση (2), ρωτά την εθνικότητα.

Η ερώτηση (3), ζητά να διευκρινιστεί εάν ο ερωτώμενος/η είναι Ελληνας/ίδα από την πρώην ΕΣΣΔ/ανατολικές χώρες ή από την Αλβανία ή είναι Ελληνας/ίδα Rom ή Μουσουλμάνος/α.

Στην ερώτηση (4), ζητείται να σημειωθεί με (χ), αν οι γονείς των ερωτώμενων είναι παντρεμένοι ή χωρισμένοι/σε διάσταση. Στη δεύτερη περίπτωση ζητείται να αναφερθεί πόσο διάστημα ισχύει αυτό και με ποιόν γονέα ζει ο μαθητής/ια.

Στην ίδια ερώτηση ζητείται να αναφερθεί αν κάποιος γονέας έχει πεθάνει και ποιος.

Η ερώτηση (5), ρωτά τον αριθμό παιδιών στην οικογένεια και τη θέση του ερωτώμενου ανάμεσα τους.

Στην ερώτηση (6), σημειώνεται με (χ) αν ο μαθητής/ια ζει με τους γονείς/γονέα ή ζει με άλλα άτομα που έχουν αναλάβει την κηδεμονία/ανατροφή του.

Στην ερώτηση (7), σημειώνεται με (χ) το μορφωτικό επίπεδο κάθε γονέα χωριστά, στην παρακάτω κλίμακα:

-Μέχρι το δημοτικό σχολείο

- Μέχρι τη Γ' Γυμνασίου
- Μέχρι τα έξι χρόνια Γυμνασίου/Λυκείου
- Τεχνική-Ανώτερη Εκπαίδευση
- Πανεπιστήμιο/Πολυτεχνείο
- Μεταπτυχιακές Σπουδές

Στην ερώτηση (8), ζητείται να οριστεί επακριβώς το επάγγελμα του πατέρα ή να σημειωθεί με (χ), σε ειδικό κουτάκι, αν ο πατέρας είναι άνεργος ή συνταξιούχος.

Στην ερώτηση (9) ζητείται με τον ίδιο τρόπο να οριστεί το επάγγελμα της μητέρας ή να σημειωθεί με (χ) σε ειδικό κουτάκι αν η μητέρα είναι άνεργη, συνταξιούχος ή νοικοκυρά.

Στην ερώτηση (10), δηλώνεται αν η οικογένεια ζει σε δικό της σπίτι ή ενοικιάζει.

Η ερώτηση (11), αφορά στον αριθμό των κύριων δωματίων της κατοικίας του ερωτώμενου.

Στην ερώτηση (12), ζητείται να αναφερθεί ο γενικός βαθμός του μαθητή/ιας για την προηγούμενη σχολική χρονιά.

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis - Q-EDD)

Σκοπός

Το ερωτηματολόγιο συνέγραψαν, το 1997, οι Mintz, O'Halloran, Mulholland & Schneider. Το Q-EDD προήλθε από την αναβάθμιση και τροποποίηση ενός προϋπάρχοντος εργαλείου, του Weight Management Questionnaire, το οποίο βασιζόταν στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM (DSM-III και DSM-III-R) και προσδιόριζε με επαρκή αξιοπιστία διάφορες διατροφικές ομάδες (π.χ. βουλιμικούς, υπερφαγικούς, καθαρτικούς, με φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες).

Προσδοκία των δημιουργών του Q-EDD, ήταν η διαμόρφωση ενός εργαλείου απαλλαγμένου από ελλείψεις που εντόπιζαν σε άλλα διαδεδομένα ερωτηματολόγια ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών, όπως το Eating Attitudes Test (EAT) των Garner & Garfinkel (1979), το αναθεωρημένο Bulimia Test (Bulit-R) των Thelen και συν (1991), το Eating Disorder Inventory (EDI) των Garner, Olmstead, & Polivy (1983) και το EDI – 2 του Garner (1986).

Στόχευαν σε ένα εργαλείο το οποίο θα αξιοποιούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της 4^{ης} έκδοσης του DSM, θα κάλυπτε ολόκληρο το φάσμα των διατροφικών διαταραχών και θα διέκρινε εντός της ομάδας ελεύθερης κλινικών συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, μεταξύ των άνευ συμπτωμάτων και των υποκλινικών.

Σκοπός του ήταν να αποτελέσει εργαλείο ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό και σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου καθώς και ένα αρκετά έγκυρο διαγνωστικό εργαλείο σε πληθυσμούς με κλινικά συμπτώματα.

Περιγραφή

Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 50 ερωτήσεις.

Για τη συμπλήρωση του, απαιτούνται περίπου 5 έως 10 λεπτά. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν καταφατικά (NAI) ή αρνητικά (OXI) σε ορισμένες προτάσεις, να περιγράψουν μια συμπεριφορά σε μια πρόταση και να επιλέξουν βαθμίδα σε μια κλίμακα από 1-5 και από 1-6 αντίστοιχα, σε κάποιες άλλες προτάσεις. Όπου ζητείται να προσδιοριστεί η συχνότητα και ο χρόνος εφαρμογής μιας συμπεριφοράς, ο ερωτώμενος καλείται να βάλει κύκλο, στην απάντηση που τον εκπροσωπεί. Με τον τρόπο αυτό συγκεντρώνονται δεδομένα συχνότητας για ατομικές συμπεριφορές (π.χ. χρήση καθαρτικών) και δεδομένα κατάταξης (π.χ. με διαταραχή διατροφής – άνευ διαταραχή διατροφής).

Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στα κριτήρια κατάταξης για τις διατροφικές διαταραχές, της 4^{ης} έκδοσης του DSM (American Psychiatric Association, 2000). Επιχειρεί την διάκριση μεταξύ α) των ατόμων με διάγνωση διατροφικής διαταραχής και των ατόμων χωρίς διάγνωση, μεταξύ, β) των ατόμων με κλινική διατροφική διαταραχή (που πληρούν τα κλινικά κριτήρια του DSM-IV), των ατόμων με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής (που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV) και των ατόμων ελεύθερων συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, και μεταξύ γ) των ατόμων με διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, των ατόμων με διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας και των ατόμων με διάγνωση διατροφικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς (EDNOS). Η τελευταία ομάδα περιλαμβάνει την ανορεξία με έμμηνο ρύση, την υπό του κατωφλίου βουλιμία, τη βουλιμία χωρίς υπερφαγικά επεισόδια και την, υπό διερεύνηση, διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας.

- **Κανόνες αξιολόγησης:**

Το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από εγχειρίδιο αξιολόγησης/ βαθμολόγησης (scoring manual), το οποίο εξυπηρετεί την κατηγοριοποίηση, βάσει κριτηρίων, που αντιστοιχούν σε γενικές γραμμές με αυτά του DSM-IV.

Βάσει των κανόνων αξιολόγησης, αρχικά αξιολογείται, σε ναι/όχι, κατά πόσον δεδομένα ή συνδυασμοί δεδομένων πληρούν τα ατομικά κριτήρια του DSM-IV. Κατόπιν, τα ατομικά κριτήρια συνδυάζονται με επιπρόσθετους κανόνες κατάταξης ώστε να αξιολογηθεί κατά πόσον πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις ένταξης, του ερωτώμενου, σε συγκεκριμένη διάγνωση ή κατηγορία.

Για την ένταξη σε κάποια από τις έξι ‘κλινικές’ διαγνωστικές κατηγορίες είναι απαραίτητο να εκπληρώνονται όλα τα διαγνωστικά κριτήρια. Όπως έχει αναφερθεί, για την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία, τα κριτήρια του Q-EDD, αντιστοιχούν πλήρως στα κριτήρια του DSM-IV. Στις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (EDNOS), υπεισέρχεται, για πρακτικούς λόγους, ένας βαθμός «υποκειμενικότητας» στον ορισμό (το DSM-IV δεν ορίζει επακριβώς την ‘συχνή χρήση’), καθώς και αυστηρότεροι κανόνες κατάταξης.

Για την ένταξη στην ‘κατηγορία άνευ συμπτωμάτων’, την κατηγορία, δηλαδή, ελεύθερη κλινικών και άτυπων συμπτωμάτων, προϋποτίθεται, επιπλέον, της αρνητικής απάντησης σε όλες τις συμπεριφορές που εμπεριέχονται στα κριτήρια του DSM-IV, αρνητική απάντηση στην αυστηρή δίαιτα και στη χρήση χαπιών ελέγχου της όρεξης. Ο λόγος είναι, ότι οι παραπάνω συμπεριφορές στοιχειοθετούν επικινδυνότητα για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Για τον ίδιο λόγο ορίζεται και κατηγορία επικινδυνότητας ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (red flag), που αφορά στα άτομα άνευ συμπτωμάτων, που ωστόσο, είναι υπερβολικά αδύνατα ή υπερβολικά παχύσαρκα.

Τέλος, στην ‘υποκλινική ή συμπτωματική κατηγορία’, εντάσσονται όσοι δεν πληρούν το σύνολο των διαγνωστικών κριτηρίων για κάποια από τις έξι κατηγορίες διατροφικών διαταραχών αλλά παρουσιάζουν άτυπα κλινικά συμπτώματα. **Τα ερευνητικά αποτελέσματα των συγγραφέων**

του ερωτηματολογίου, συνηγορούν στην υπόθεση ότι οι συμπτωματικές υποκατηγορίες εμπεριέχονται σε ένα συνεχές. Το ένα άκρο αυτού του συνεχούς προσεγγίζει τις κλινικές κατηγορίες και το άλλο την α-συμπτωματική κατηγορία.

Σε έρευνα τους στη διαδικασία στάθμισης του ερωτηματολογίου βρήκαν ότι η υποκατηγορία 'μη φυσιολογικού βάρους βουλιμία χωρίς υπερφαγικά επεισόδια', μπορεί να ενταχθεί στις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (EDNOS), εφόσον η διαφορά βάρους είναι αυτή που την διακρίνει από την βουλιμία χωρίς υπερφαγικά επεισόδια. Το ίδιο, υποστηρίζουν, ότι ισχύει για την συμπεριφορική βουλιμία (behavioral bulimia). Οι Mintz και συν (1997), ήταν οι πρώτοι που εντόπισαν τη συγκεκριμένη υποκατηγορία. Επίσης πιθανολογούν, ότι η κατηγορία βουλιμία άνευ υπερφαγικών επεισοδίων, δεν αποτελεί άτυπη ομάδα αλλά αναφέρεται σε βουλιμικούς, σε κατάσταση άρνησης.

Ωστόσο, η ανεπάρκεια ψυχομετρικών δεδομένων, συστήνει προσοχή και επιφυλακτικότητα, στη χρήση του Q-EDD, για την διαφοροποίηση μεταξύ των παραπάνω υποκατηγοριών.

Οι κλινικοί τύποι, βουλιμία με έντονη σωματική άσκηση και διαταραχή μάσησης/απόπτωσης, ενώ αναφέρονται στο εγχειρίδιο αξιολόγησης, δεν περιλαμβάνονται στις τελικές διαγνωστικές κατηγορίες λόγω σπανιότητας. Οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου προτείνουν τον αποκλεισμό αυτών των κατηγοριών από την έρευνα ή την ένταξη της πρώτης κατηγορίας στον περιοριστικό τύπο βουλιμίας και τον δεύτερο στην α – συμπτωματική κατηγορία.

- **Διαγνωστικές κατηγορίες**

Οι προβλεπόμενες διαγνωστικές κατηγορίες είναι : Άτομα με Διατροφικές Διαταραχές (Eating Disordered) και Άτομα χωρίς Διατροφικές Διαταραχές (Non – Eating Disordered).

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και τις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (EDNOS): υπό του κατωφλίου βουλιμία, ανορεξία με έμμηνο ρύση, βουλιμία χωρίς επεισόδια υπερφαγίας και την, υπό διερεύνηση, διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω κατηγορίες EDNOS – εκτός της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας – στο DSM-IV περιγράφονται απλώς χωρίς να τιτλοφορούνται. Οι ονομασίες έχουν δοθεί από τους δημιουργούς του Q-EDD, χάριν ευχρηστίας.

Η δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνει τις υποκατηγορίες: συμπτωματικοί (symptomatic) και α –συμπτωματικοί (asymptomatic). Η πρώτη υποκατηγορία (συμπτωματικοί), περιλαμβάνει τις περιπτώσεις όπου ενυπάρχουν κάποια συμπτώματα διατροφικής διαταραχής αλλά όχι επαρκή για διάγνωση, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV. Η δεύτερη υποκατηγορία (α –συμπτωματικοί), περιλαμβάνει τα άτομα ελεύθερα συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής.

Στη συμπτωματική υποκατηγορία, περιλαμβάνονται 9 τύποι, οι οποίοι προσδιορίζονται ονομαστικά. Αυτοί περιλαμβάνουν: (1) χαμηλού βάρους ανορεξία, (2) μη φυσιολογικού βάρους βουλιμία χωρίς υπερφαγικά επεισόδια, (3) υπό του κατωφλίου βουλιμία χωρίς υπερφαγικά επεισόδια, (4) υπό του κατωφλίου διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, (5) δίαιτα με επεισόδια υπερφαγίας, (6) συμπεριφορική βουλιμία, (7) υπό του κατωφλίου συμπεριφορική βουλιμία, (8) χρόνια δίαιτα, (9) άλλο.

- **Περιγραφή Αξιολόγησης**

Το εγχειρίδιο ξεκινά, με την μετατροπή του βάρους και του ύψους του ερωτώμενου σε δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ).

Βάσει του Δ.Μ.Σ., το άτομο κατατάσσεται σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες βάρους:

Δ.Μ.Σ ίσος ή μικρότερος από 18 = Υπερβολικά Χαμηλού Βάρους

18.1-20 = Χαμηλού Βάρους

20.1-25 = Φυσιολογικού Βάρους

25.1-30 = Υπέρβαρος

30.1-40 = Μέτρια Παχύσαρκος

Δ.Μ.Σ άνω του 40.1 = Υπερβολικά Παχύσαρκος

Ακολουθεί η κατάταξη του ατόμου σε κάποια από τις τρεις κατηγορίες: κλινικά διατροφικά διαταραγμένοι, συμπτωματικοί και ασυμπτωματικοί.

ο **Κανόνες κατάταξης στην κατηγορία διατροφικών διαταραχών**

1. Κανόνες κατάταξης για την ψυχογενή ανορεξία (anorexia nervosa)

Σύμφωνα με τους κανόνες αξιολόγησης του εγχειριδίου αξιολόγησης και κατάταξης του Q-EDD, καθοριστικά δεδομένα για τη διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας είναι:

Α. η χαμηλή σχέση σωματικού βάρους και ύψους ή διαφορετικά ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος ($\leq 17,5$)

Β. η επιλογή του κλιμακίου 4, (*Πάρα πολύ*) ή 5, (*Υπερβολικά ή απόλυτα*) στην ερώτηση 7, (*Πόσο φοβάσαι μήπως γίνεις παχύς/ιά*) ή στην 8, (*Πόσο φοβάσαι μήπως πάρεις βάρος*)

Γ. να ισχύει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- καταφατική απάντηση στην ερώτηση 10, (*Κάποια μέρη του σώματος μου –π.χ. η κοιλιά μου, οι γλουτοί/περιφέρεια μου, οι μηροί μου- είναι πάρα πολύ παχιά*) ή στην ερώτηση 11 (*Αισθάνομαι παχύς/ιά σε όλο μου το σώμα*)

ή

- ενώ το πραγματικό βάρος σώματος είναι χαμηλό ή υπερβολικά χαμηλό στην ερώτηση 9, (*Θεωρείς ότι είσαι α) Υπερβολικά παχύσαρκος/η, β) Μέτρια παχύσαρκος/η, γ) Υπέρβαρος/η, δ) Μετρίου βάρους, ε) Χαμηλού βάρους, στ) Υπερβολικά χαμηλού βάρους*) να απαντά υπερβολικά παχύσαρκος, μέτρια παχύσαρκος ή υπέρβαρος.
- επιλογή του κλιμακίου 4, (*Πάρα πολύ*) ή 5, (*Υπερβολικά ή απόλυτα*) στην ερώτηση 6, (*Το βάρος σου και/ή το σχήμα του σώματος σου επηρεάζει το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου*)
- αρνητική απάντηση στην ερώτηση 12, (*Πιστεύω πως είναι σοβαρό πρόβλημα να έχω χαμηλό σωματικό βάρος*)

Δ. Καταφατική απάντηση στην ερώτηση 13, (*Αν είσαι κορίτσι, μήπως δεν είχες περίοδο για τρεις τουλάχιστον φορές συνεχόμενα*),

Για τον προσδιορισμό του ανορεξικού τύπου, ακολουθείται η παρακάτω διαδικασία. Για την ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου, απαντάται θετικά η ερώτηση 1 και απαντώνται θετικά στην ερώτηση 4, τα αντικείμενα: πρόκληση εμετού ή/και χρήση καθαρτικών ή/και χρήση διουρητικών ή/και υποκλυσμός. Αντίθετα, η ανορεξία περιοριστικού τύπου, προϋποθέτει αρνητική απάντηση σε όλα τα παραπάνω.

2. Κανόνες κατάταξης για την ψυχογενή βουλιμία (bulimia nervosa)

Καθοριστικά δεδομένα για τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας είναι:

A. Καταφατική απάντηση στην ερώτηση 1, (*Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα*) και στην ερώτηση 2, (*Έχεις την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας – δηλαδή έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως και πόσο πολύ τρως*). Τα υπερφαγικά επεισόδια, να συμβαίνουν 2-6 φορές την εβδομάδα, για περίοδο ίση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών.

B. Δήλωση τουλάχιστον μιας από τις παρακάτω ενέργειες που αναφέρονται στην ερώτηση 4 και στοχεύουν στην αποφυγή πρόσληψης βάρους (πρόκληση εμετού, κατάποση διουρητικών χαπιών, χρήση καθαρτικών, υποκλυσμό ή νηστεία) με συχνότητα καθημερινή ή δυο φορές την εβδομάδα και για περίοδο ίση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών.

Γ. Η επιλογή του κλιμακίου 4, (Πάρα πολύ) ή 5, (Υπερβολικά ή απόλυτα) στην ερώτηση 6, (*Το βάρος σου και/ή το σχήμα του σώματος σου επηρεάζει το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου*)

Για τη διάγνωση βουλιμίας με υπερβολική άσκηση, απαιτείται καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 1, (*Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα*) και 2, (*Έχεις την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας – δηλαδή έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως και πόσο πολύ τρως*). Η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων και η διάρκεια εμφάνισης αυτής της συμπεριφοράς να είναι ίση με αυτή που ισχύει για την ψυχογενή βουλιμία. Επίσης, να υπάρχει κατάφαση στην ερώτηση 4θ, (*Ασκείσαι πολύ*) και στην ερώτηση, 5β (*Μερικές φορές το ότι ασκείσαι σου παίρνει χρόνο από άλλες σημαντικές ασχολίες*) ή στην ερώτηση 5γ, (*Ασκείσαι ακόμη και όταν είσαι τραυματίας και/ή άρρωστος*) και στην ερώτηση 5δ, (*Ο πρωταρχικός λόγος που ασκείσαι είναι για να καταπολεμήσεις τα αποτελέσματα της υπερφαγίας ή να αποφύγεις αύξηση βάρους*).

Για τον προσδιορισμό του βουλιμικού τύπου, ακολουθείται η παρακάτω διαδικασία. Αν ο ερωτώμενος καταφάσκει στην καταφυγή σε εμετούς ή στην κατάχρηση διουρητικών ή στην κατάχρηση καθαρτικών ή στην εφαρμογή υποκλυσμών, ανήκει στον καθαρτικό τύπο.

Εάν δεν καταφάσκει σε κανένα από τα παραπάνω και καταφεύγει σε νηστεία τότε ανήκει στον μη καθαρτικό τύπο.

3. Κανόνες κατάταξης για τις Διατροφικές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS)

- Για τη διάγνωση της ανορεξίας με έμμηνο ρύση (menstruating anorexia), ισχύουν όλα τα κριτήρια για την διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, εκτός του Δ.
- Για τη διάγνωση της υπό του κατωφλίου βουλιμίας (subthreshold bulimia), απαιτείται καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 1, (*Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα*) και 2, (*Έχεις*

την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας – δηλαδή έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως και πόσο πολύ τρως) και δήλωση τουλάχιστον μιας από τις παρακάτω ενέργειες για την αποφυγή πρόσληψης βάρους (πρόκληση εμετού, κατάποση διουρητικών χαπιών, χρήση καθαρτικών, υποκλυσμό ή νηστεία). Η διάρκεια και η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων και της αντισταθμιστικής συμπεριφοράς είναι μικρότεροι των προβλεπόμενων για τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας. Στην ερώτηση 6, επιλέγονται τα κλιμάκια 4 και 5.

- Για τη διάγνωση της βουλιμίας άνευ επεισοδίων υπερφαγίας (non binging bulimia) προβλέπεται φυσιολογικό σωματικό βάρος (ΔΜΣ 20.1-25), αρνητική απάντηση στην ερώτηση 1, (Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα), καταφατική απάντηση στην καταφυγή σε εμετούς ή διουρητικά ή καθαρτικά ή υποκλυσμούς για απώλεια βάρους με συχνότητα καθημερινά ή δυο φορές την εβδομάδα για χρονικό διάστημα από 3 μήνες μέχρι πάνω από ένα χρόνο.
- Για τη διάγνωση της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας (binge eating disorder), προβλέπεται καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 1, (Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα) και 2, (Έχεις την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας – δηλαδή έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως και πόσο πολύ τρως). Όσον αφορά στη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων, 2 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα για περίοδο 6-12 μήνες ή περισσότερο από ένα χρόνο. Επίσης αρνητικές απαντήσεις: α) στην καταφυγή σε καθαρτικές/ αντισταθμιστικές συμπεριφορές στην ερώτηση 4, β) στην ερώτηση 5β, (Μερικές φορές το ότι ασκείσαι σου παίρνει πολύ χρόνο από άλλες σημαντικές ασχολίες) και 5γ, (Ασκείσαι ακόμη και όταν είσαι τραυματίας και /ή άρρωστος), ώστε να γίνει διαφορική διάγνωση από τη βουλιμία με υπερβολική άσκηση.
- Για τη διάγνωση της διαταραχής μάσησης/απόπτυσσης (chew/spitters), προβλέπεται θετική απάντηση μόνον στην ερώτηση 4 ε, (Μασάς το φαγητό αλλά το φτύνεις για να αποφύγεις αύξηση βάρους).

ο **Κανόνες κατάταξης στην συμπτωματική κατηγορία διατροφικών προβλημάτων**

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο αξιολόγησης, για την κατάταξη σε αυτή τη κατηγορία, απαιτείται να μην έχει διαγνωστεί διατροφική διαταραχή αλλά να έχει δοθεί καταφατική απάντηση σε κάποια από τα ερωτήματα που συνυπολογίζονται για τη διάγνωση διατροφικής διαταραχής. Αναλόγως, το άτομο εμπίπτει συνήθως σε μια συμπτωματική υποκατηγορία και σπανίως σε περισσότερες. Επικάλυψη μπορεί να παρατηρηθεί μεταξύ των υποκατηγοριών: χαμηλού βάρους ανορεξία και χαμηλού βάρους βουλιμία χωρίς υπερφαγικά επεισόδια.

Το ερωτηματολόγιο ορίζει 9 συμπτωματικές υποκατηγορίες :

- **Ανορεξία με χαμηλό βάρος (low weight anorexia):** Πληρούνται όλα τα κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία, αλλά ο Δ.Μ.Σ. = 17,6 – 19,0.
- **βουλιμία χωρίς υπερφαγία και βάρος σώματος άλλο του κανονικού (non normal weight non bingeing bulimia):** Πληρούνται όλα τα κριτήρια της βουλιμίας άνευ επεισοδίων υπερφαγίας εκτός από το βάρος.
- **υπό του κατωφλίου βουλιμία χωρίς υπερφαγία (subthreshold non bingeing bulimia):** Οποιαδήποτε κατηγορία βάρους σώματος, απουσία υπερφαγικών επεισοδίων, αντισταθμιστικές συμπεριφορές (εμετός, καθαρτικά κ.α.) αλλά με μικρότερη συχνότητα από ότι συμβαίνει στη βουλιμία άνευ επεισοδίων υπερφαγίας .
- **υπό του κατωφλίου διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας (subthreshold binge eating disorder):** Πληρούνται όλα τα κριτήρια για διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας αλλά δεν συμβαίνουν με την απαιτούμενη συχνότητα.
- **δίαιτα με επεισόδια υπερφαγίας (binge dieter):** Υπερφαγικά επεισόδια που αντισταθμίζονται με αυστηρή δίαιτα (όχι άλλα αντισταθμιστικά μέτρα όπως εμετός, νηστεία κ.α.)
- **συμπεριφορική βουλιμία (behavioral bulimia):** Πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας συμπεριλαμβανόμενης της συχνότητας, αλλά αναφέρεται αίσθηση ελέγχου στη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων/ή η αυτοεκτίμηση δεν επηρεάζεται υπέρμετρα από το βάρος ή το σχήμα του σώματος.
- **υπό του κατωφλίου συμπεριφορική βουλιμία (subthreshold behavioral bulimia):** Ισχύουν ότι και για την προηγούμενη κατηγορία εκτός από την συχνότητα.
- **χρόνια δίαιτα (chronic dieter):** Δεν παρατηρείται υπερφαγία, γίνεται δίαιτα και/ή λαμβάνονται χάπια ελέγχου της όρεξης. Δεν χρησιμοποιούνται αντισταθμιστικές συμπεριφορές (π.χ. εμετός, διουρητικά, νηστεία κ.α.)
- **άλλο (other):** Περιγράφονται και τιτλοφορούνται συμπεριφορές οι οποίες δεν εμπίπτουν στις παραπάνω κατηγορίες.

ο **Κανόνες κατάταξης στην ασυμπτωματική κατηγορία διατροφικών διαταραχών**

Αρνητική απάντηση στην ερώτηση 1, (Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα) και σε όλες τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές που αναφέρονται στην ερώτηση 4, εκτός από την πολλή άσκηση.

- Τα άτομα χωρίς συμπτώματα τοποθετούνται σε κατηγορία σωματικού βάρους, όπου οι ακραίες κατηγορίες του φάσματος – υπερβολικά χαμηλού βάρους και υπερβολικά παχύσαρκοι – τιτλοφορούνται RED FLAG (υψηλού κινδύνου).

Αναλογία μεταξύ των διαγνωστικών κριτηρίων του Διαγνωστικού Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV) και της βαθμολόγησης του Q-EDD

Το DSM-IV ορίζει ως διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία τα εξής:

- Κριτήριο Α (Criterion A): Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).
- Κριτήριο Β (Criterion B): Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Κριτήριο Γ (Criterion C): Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος σώματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους. Επεξηγηματικά στην πρώτη ενότητα αναφέρεται ότι ορισμένα άτομα ενδεχομένως να αισθάνονται παχιά σε όλο τους το σώμα ενώ άλλα να αντιλαμβάνονται ότι έχουν χαμηλό σωματικό βάρος, αλλά να ανησυχούν ότι συγκεκριμένα μέρη του σώματος τους, ιδιαιτέρως η κοιλιά, γλουτοί, μηροί, είναι «πάρα πολύ παχιά».
- Κριτήριο Δ (Criterion D): Σε γυναίκες μετά την εμμηνарχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων.

Το DSM-IV περιγράφει δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας: τον περιοριστικό τύπο (restrictive type) όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτό-προκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση διουρητικών, καθαρτικών ή υποκλυσμών) και τον υπερφαγικό/καθαρήριο τύπο (binge – eating/purging type) όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτό-προκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Το Κριτήριο Α του DSM-IV, που αφορά στο πολύ χαμηλό σωματικό βάρος, αποτελεί και το βασικό κριτήριο διάγνωσης ψυχογενούς ανορεξίας, στο ερωτηματολόγιο Q-EDD. Η ουσία, ωστόσο, που θέτει, η οποία αντιστοιχεί σε Δ.Μ.Σ. ίσο ή μικρότερο του 17.5 kg/m², προέρχεται από τα διαγνωστικά κριτήρια ICD-10, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, και είναι αυστηρότερη εκείνης που περιγράφεται στο DSM-IV.

Το Κριτήριο Β του DSM-IV, έχει ενσωματωθεί, στο Q-EDD, ως εξής: το Q-EDD περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις με 5 τιμές της κλίμακας Likert οι οποίες υπολογίζουν τον φόβο πρόσληψης βάρους. Για την διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, απαιτείται Δ.Μ.Σ. 20 ή λιγότερο **και** τιμή 4, (Πάρα πολύ) ή τιμή 5, (Υπερβολικά ή απόλυτα) στις ερωτήσεις, «*Πόσο φοβάσαι μήπως γίνεις παχύς/ιά/πάρεις βάρος*».

Το Κριτήριο Γ του DSM-IV, έχει ενσωματωθεί ως εξής: για την διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, προβλέπεται ο εντοπισμός κάποιου από τα ορισμένα στο DSM-IV εναλλακτικά κριτήρια Γ1, Γ2, Γ3. Συνεπώς, θα πρέπει να υπάρχει θετική απάντηση στην πρόταση, «*Κάποια μέρη του σώματος μου (π.χ. η κοιλιά μου, οι γλουτοί/περιφέρεια, οι μηροί μου) είναι πολύ παχιά*» ή κατηγορία βάρους= Υπερβολικά Χαμηλού Βάρους ή Χαμηλού Βάρους **και** απάντηση =Υπέρβαρος, Μέτρια παχύσαρκος, Υπερβολικά Παχύσαρκος σε ερώτηση αυτοαξιολόγησης όσον αφορά στο σωματικό βάρος.

ή

Επιλογή των τιμών 4, (Πάρα πολύ) ή 5, (Υπερβολικά ή απόλυτα) στην ερώτηση, «*Το βάρος σου και/ή το σχήμα του σώματος σου επηρεάζει το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου*»

ή

Αρνητική απάντηση στην ερώτηση, «*Πιστεύω ότι είναι σοβαρό πρόβλημα το να έχω χαμηλό σωματικό βάρος*».

Αναφορικά στο Κριτήριο Δ του DSM-IV, για τη διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, σύμφωνα με το Q-EDD, προβλέπεται θετική απάντηση στην ερώτηση, «*Αν είσαι κορίτσι, μήπως δεν είχες περίοδο για τρεις τουλάχιστον φορές συνεχόμενα (δεν ισχύει για τη διακοπή περιόδου κατά την εγκυμοσύνη)*».

Το Q-EED διακρίνει, σε πλήρη συμφωνία με τα ταξινομικά κριτήρια του DSM-IV, τους δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας.

Το DSM-IV ορίζει τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Βουλιμία ως εξής:

- Κριτήριο Α: Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας έχει τα ακόλουθα δυο χαρακτηριστικά:
 3. κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δυο ώρες), μια ποσότητα τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.
 4. αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. το αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).
- Κριτήριο Β: Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, ή υπερβολική σωματική άσκηση.
- Κριτήριο Γ: Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών.
- Κριτήριο Δ: Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- Κριτήριο Ε: Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στα πλαίσια περιστατικού ψυχογενούς ανορεξίας.

Το DSM-IV αναφέρει δυο τύπους ψυχογενούς βουλιμίας, τον καθαρτικό τύπο (purging type) όπου κατά το τρέχον επεισόδιο ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών και τον μη καθαρτικό τύπο (non-purging type) όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Το κριτήριο Α του DSM-IV για τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας, έχει ενσωματωθεί στο Q-EDD, ως εξής:

Καταφατική απάντηση στην ερώτηση 1, «Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα(π.χ. μέσα σε 2 ώρες) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα» και στην ερώτηση 2, «Έχεις την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας (δηλαδή, έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως και πόσο πολύ τρως)».

Το κριτήριο Β του DSM-IV έχει ενσωματωθεί ως εξής: Θετική απάντηση σε τουλάχιστον μια από τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές: αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, χρήση καθαρτικών, χρήση διουρητικών, υποκλυσμός ή νηστεία.

Το κριτήριο Γ του DSM-IV, έχει ενσωματωθεί ακόλουθα: Αναφορά από 2-6 επεισόδια υπερφαγίας την εβδομάδα για περίοδο 3 μηνών ή παραπάνω. Αναφορά τουλάχιστον μιας συμπεριφοράς (εμετός, διουρητικά, καθαρτικά, υποκλυσμός ή νηστεία) καθημερινά ή δυο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες και άνω ή δυο από τις παραπάνω αντισταθμιστικές συμπεριφορές μια φορά την εβδομάδα τρεις μήνες και άνω.

Το κριτήριο Δ του DSM-IV, έχει ενσωματωθεί ακόλουθα: Επιλογή των τιμών 4, (Πάρα πολύ) ή 5, (Υπερβολικά ή απόλυτα) στην ερώτηση «Το βάρος σου και/ή το σχήμα του σώματος σου επηρεάζει το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου»

Το κριτήριο Ε του DSM-IV καλύπτεται εφόσον κάθε εξεταζόμενη ατομική περίπτωση λαμβάνει μια και μόνο διάγνωση βάσει του εγχειριδίου αξιολόγησης του Q-EDD.

Στο Q-EDD προβλέπεται σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης του DSM-IV, η διάκριση των βουλιμικών σε καθαρτικού τύπου και μη καθαρτικού τύπου.

Ενώ στο DSM-IV αναφέρεται η υπερβολική σωματική άσκηση εναλλακτική της νηστείας ως αντισταθμιστικής συμπεριφοράς των μη καθαρτικών βουλιμικών, στο εγχειρίδιο αξιολόγησης του Q-EDD περιγράφεται ως ξεχωριστή υποκατηγορία η βουλιμία με έντονη σωματική άσκηση (exercise bulimia). Πληρούνται όλα τα κριτήρια του DSM-IV, για τη διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας, εκτός του Β, το οποίο αντικαθίσταται με το ακόλουθο: Κατάφαση στην ερώτηση «Ασκείσαι πολύ», κατάφαση στην ερώτηση «Μερικές φορές το ότι ασκείσαι σου παίρνει χρόνο από άλλες σημαντικές ασχολίες» ή «Ασκείσαι ακόμη και όταν είσαι τραυματίας ή άρρωστος» και κατάφαση στην ερώτηση «Ο πρωταρχικός λόγος που ασκείσαι είναι για να καταπολεμήσεις τα αποτελέσματα της υπερφαγίας ή να αποφύγεις αύξηση βάρους».

Το DSM-IV ορίζει τα κριτήρια για τη Διατροφική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (EDNOS) ως εξής:

- Κριτήριο Α: Στις γυναίκες πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά το άτομο έχει κανονικούς κύκλους εμμήνου ρύσης.
- Κριτήριο Β: Πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά το άτομο, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, διατηρείται εντός των φυσιολογικών πλαισίων.
- Κριτήριο Γ: Πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας αλλά τα επεισόδια υπερφαγίας και οι απρόσφοροι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται με συχνότητα μικρότερη από δυο φορές την εβδομάδα ή για διάρκεια μικρότερη των τριών μηνών.
- Κριτήριο Δ: Η τακτική υιοθέτηση απρόσφορης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς από ένα άτομο φυσιολογικού βάρους μετά την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί μετά από την κατανάλωση δυο γλυκών).

- Κριτήριο E: Κατ' επανάληψη μάσηση και απόπτωση, αλλά χωρίς κατάποση, μεγάλων ποσοτήτων τροφής

Το κριτήριο A του εγχειριδίου αντιστοιχεί στην κατηγορία ανορεξία με έμμηνο ρύση (menstruating anorexia), στο ερωτηματολόγιο Q-EDD. Για την διάγνωση της απαιτείται να πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά δεν απαιτείται καταφατική απάντηση στην ερώτηση 13, *(Αν είσαι κορίτσι, μήπως δεν είχες περίοδο για τρεις τουλάχιστον φορές συνεχόμενα)*.

Το κριτήριο B, στο οποίο οι εμπνευστές του ερωτηματολογίου αναφέρονται με τον τίτλο ανορεξία με φυσιολογικό βάρος (normal weight anorexia), δεν έχει ενσωματωθεί στο ερωτηματολόγιο, λόγω δυσκολιών στη στάθμιση της «σημαντικής απώλειας βάρους», σε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (Mintz και συν, 1997).

Το κριτήριο Γ, έχει ενσωματωθεί στο ερωτηματολόγιο ως υπό του κατωφλίου βουλιμία (subthreshold bulimia). Για τη διάγνωση της, απαιτείται, να πληρούνται όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας αλλά τα υπερφαγικά επεισόδια να είναι λιγότερα από 2 την εβδομάδα και να συμβαίνουν για διάστημα μικρότερο των 3 μηνών ή οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές να συμβαίνουν λιγότερο από ότι προβλέπεται για την ψυχογενή βουλιμία (λιγότερο από δυο φορές την εβδομάδα και για διάστημα λιγότερο από 3 μήνες, αν πρόκειται για μια συμπεριφορά ή λιγότερο από άπαξ εβδομαδιαίως και για διάστημα λιγότερο από 3 μήνες, αν πρόκειται για δυο συμπεριφορές).

Το κριτήριο Δ έχει ενσωματωθεί, με ορισμένες διαφοροποιήσεις, υπό τον τίτλο βουλιμία άνευ υπερφαγικών επεισοδίων (non binging bulimia). Τα κριτήρια είναι: φυσιολογικό βάρος σώματος, αρνητική απάντηση στην ερώτηση 1, *«Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα(π.χ. μέσα σε 2 ώρες) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα»* και καταφατική απάντηση στην επίδοση σε μια αντισταθμιστική συμπεριφορά όχι λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες και παραπάνω ή σε δυο αντισταθμιστικές συμπεριφορές λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα για διάστημα 3 μήνες και παραπάνω.

Το κριτήριο E, ενσωματώθηκε ως μάσηση – απόπτωση (chew/spitters). Το μόνο διαγνωστικό κριτήριο είναι η θετική απάντηση στην ερώτηση 4^ε: *«Μασάς το φαγητό αλλά μετά το φτύνεις για να αποφύγεις αύξηση βάρους;»*. Η κατηγορία αυτή αν και περιλαμβάνεται στο εγχειρίδιο βαθμολόγησης δεν συγκαταλέγεται στις τελικές κατηγορίες διατροφικών διαταραχών, όπως ορίζονται στο εγχειρίδιο. Οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου απέφυγαν να το περιλάβουν διότι στις προκαταρκτικές συνεντεύξεις όσα άτομα απάντησαν θετικά στο ερώτημα αυτό, δικαιολόγησαν ότι δεν τους άρεσε η γεύση του φαγητού (L.B Mintz και συν, 1997).

Το DSM-IV, διατύπωσε τα παρακάτω 'ερευνητικά' διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας την οποία αποκαλεί 'διαταραχή υπό διερεύνηση':

- Κριτήριο A: Επανεπιλημμένα επεισόδια υπερφαγίας (binge eating). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε 2 ώρες), ποσότητα τροφής, η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσα να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις και,

αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει πόσο τρώει).

- Κριτήριο Β: Τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τρία τουλάχιστον από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Το άτομο τρώει πιο γρήγορα από το συνηθισμένο ρυθμό κατανάλωσης γεύματος.

Το άτομο τρώει μέχρι να νιώσει δυσφορία.

Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να πεινάει.

Το άτομο τρώει μόνο του διότι νιώθει αμήχανα ως προς την ποσότητα φαγητού που καταναλώνει.

Το άτομο νιώθει αηδία για τον εαυτό του, κατάθλιψη ή μεγάλες ενοχές μετά την υπερφαγία.

- Κριτήριο Γ: Υπάρχει έντονη δυσφορία μετά το επεισόδιο υπερφαγίας.
- Κριτήριο Δ: Τα επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 6 μήνες.

Το ερωτηματολόγιο Q-EDD, έχει συμπεριλάβει την διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας στις ‘διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς’ (EDNOS).

Το Κριτήριο Α του DSM-IV έχει ενσωματωθεί σχεδόν αυτούσιο στην ερώτηση 1, (*Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα- π.χ. μέσα σε 2 ώρες- μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα*) και την ερώτηση 2 (*Έχεις την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας – δηλαδή έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως και πόσο πολύ τρως*).

Τα Κριτήρια Β, Γ, που αφορούν περισσότερο στην διάθεση του ατόμου κατά τη διάρκεια και μετά το επεισόδιο υπερφαγίας δεν έχουν ενσωματωθεί. Εφόσον, το ερωτηματολόγιο δεν είναι εργαλείο κλινικής διάγνωσης, παρά μόνο αν συνοδεύεται από κλινική συνέντευξη, κρίθηκε ότι τα συναισθήματα που συνοδεύουν ή/και έπονται του υπερφαγικού επεισοδίου μπορούν να διαπιστωθούν κατά τη συνέντευξη.

Το Κριτήριο Δ, έχει μεν ενσωματωθεί, αλλά η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων ορίζεται ως 2-6 εβδομαδιαία, για περίοδο ίση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών.

Τα κριτήρια του ερωτηματολογίου Q-EDD, όσον αφορά στην κατάταξη στην α – συμπτωματική κατηγορία, περιλαμβάνουν άρνηση των συμπεριφορών που συνάδουν με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για διατροφικές διαταραχές, απουσία αυστηρής δίαιτας και χρήσης χαπιών αδυνατίσματος/ελέγχου της όρεξης. Οι δυο τελευταίες συμπεριφορές δεν περιλαμβάνονται στο DSM-IV, αλλά σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, επιδεικνύονται από άτομα με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής ή άτομα εν δυνάμει διατροφικά διαταραγμένα (Lachenmeyer & Muni-Brander, 1988; Moreno & Thelen 1993 – Αναφέρονται στο άρθρο των Mintz και συν, 1979 που περιλαμβάνεται στη βιβλιογραφία).

Σε γενικές γραμμές, όσον αφορά τη διάγνωση των κύριων διατροφικών διαταραχών, της ψυχογενούς Ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, υπάρχει απόλυτη εναρμόνιση μεταξύ των κριτηρίων του DSM-IV και των κανόνων αξιολόγησης του παρόντος ερευνητικού εργαλείου. Τα κριτήρια του ερωτηματολογίου για κάποιες διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς, είναι σαφέστερα, ως προς τις χρονικές παραμέτρους, του DSM-IV. Για παράδειγμα, στη βουλιμίας άνευ υπερφαγικών επεισοδίων, στο Q-EDD, ορίζεται σαφής αριθμός και διάρκεια των

αντισταθμιστικών συμπεριφορών, ενώ στο DSM-IV, αναφέρεται ‘τακτική υιοθέτηση απρόσφορης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς’, αφήνοντας έτσι περιθώρια υποκειμενικής, και ίσως ελαστικότερης, αντίληψης της συχνότητας. Στο Q-EDD, ορίζεται, επίσης, το βάρος σώματος του ατόμου έτσι ώστε να αποκλειστούν άτομα υπέρβαρα με καταναγκαστικά πρότυπα διατροφής ή άτομα με μικρό σωματικό βάρος που ενδεχομένως να εμφανίζουν εναλλάξ ανορεξικά και βουλιμικά συμπτώματα.

Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά

Μετά την ολοκλήρωση του σχεδιασμού του εργαλείου, διενεργήθηκαν τρεις μελέτες, για την εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του. Οι δυο πρώτες μελέτες διενεργήθηκαν σε υγιές δείγμα, ηλικίας 18 – 51 ετών και η τρίτη σε γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, ηλικίας 15 – 44 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν λευκές Καυκάσιες. Στο δείγμα χορηγήθηκαν σε πρώτη φάση τα έγκριτα ερωτηματολόγια διερεύνησης βουλιμίας και ανορεξίας, BULIT-R και EAT και το ερωτηματολόγιο Q-EDD. Επακολούθησε δεύτερη φάση κλινικών συνεντεύξεων.

- **Συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity):**

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα εξετάστηκε με t test και ανάλυση διακύμανσης (AVONA). Βρέθηκε ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) συγκρίνοντας την βαθμολόγηση στις δοκιμασίες EAT και BULIT-R με τις κατηγορίες του Q-EDD βουλιμικών, μη υπερφαγικών βουλιμικών, ανορεξικών με έμμηνο ρύση και μη συμπτωματικών φοιτητριών. Η βαθμολόγηση στη δοκιμασία BULIT-R των διαγνωσμένων σύμφωνα με το Q-EDD βουλιμικών ($M=108.67$) και μη βουλιμικών ($M=53.89$) διέφεραν σημαντικά, $t(133)=6.67, p < .0001$, με τη μέση τιμή των βουλιμικών σύμφωνα με το Q-EDD να βρίσκεται εντός του βουλιμικού φάσματος (περισσότερο από 104) και τη μέση τιμή των μη βουλιμικών σύμφωνα με το Q-EDD να εμπίπτει στο μη βουλιμικό φάσμα. Ανάλογη βρέθηκε και η σύγκλιση μεταξύ ευρημάτων EAT και Q-EDD. Η βαθμολόγηση του EAT για τους διαγνωσμένους από τις Q-EDD ανορεξικές (και ανορεξικές με έμμηνο ρύση), ($M=30.50$) και τις μη ανορεξικές ($M=13.20$) διέφερε σημαντικά, $t(104)=3.65, p < .001$ με διαγνωσμένους ανορεξικούς. Μια δοκιμασία διακύμανσης AVONA με την κατάταξη του Q-EDD (διατροφικά διαταραγμένοι, συμπτωματικοί, α-συμπτωματικοί) ως ανεξάρτητη μεταβλητή και την βαθμολόγηση του EAT ως εξαρτημένη προέκυψε στατιστικά σημαντική, $F(2,158)=24.13, p < .0001$.

- **Εγκυρότητα κριτηρίου(criterion validity):**

Εξετάστηκε η συμφωνία μεταξύ των κατηγοριών του Q-EDD και των κατηγοριών που προκύπτουν από την κλινική συνέντευξη και η ικανότητα του εργαλείου να εντάσσει τα άτομα σε ακριβείς διαγνωστικές κατηγορίες. Για το επίπεδο συμφωνίας εφαρμόστηκε η στατιστική δοκιμασία kappa. Χρησιμοποιήθηκαν μετρήσεις ακριβείας –οι οποίες ανταποκρίνεται στο ποσοστό των περιπτώσεων που ένα εργαλείο παράγει ακριβή διάγνωση (Kaplan & Saccuzzo, 1993) – ώστε να εκτιμηθεί με πόση επιτυχία το Q-EED κατατάσσει τους συμμετέχοντες σε ακριβείς διαγνωστικές κατηγορίες. Πέραν των παραπάνω, υπολογίστηκαν, για διχοτομική διαφοροποίηση διάγνωσης: ψευδείς – θετικές τιμές, ψευδείς – αρνητικές τιμές, ευαισθησία, ικανότητα διασάφησης (specificity), ικανότητα θετικής πρόγνωσης και ικανότητα αρνητικής πρόγνωσης. Αυτό συνηθίζεται για την εκτίμηση της προγνωστικής ικανότητας ενός ερωτηματολογίου που παράγει αντιθετικά-θετικά/αρνητικά – δεδομένα (π.χ. διαταραχή-μη διαταραχή). Η ακρίβεια του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε να ανέρχεται σε 98%. Η ευαισθησία –η ικανότητα δηλαδή του εργαλείου να αναγνωρίζει τα άτομα που σύμφωνα με τα κριτήρια που έχει θέσει έχουν διατροφική διαταραχή- υπολογίστηκε σε .97 και kappa= .94. αποτελέσματα. Η ικανότητα αποκλεισμού τον μη διατροφικά διαταραγμένων- υπολογίστηκε να ανέρχεται σε .98, η θετική προγνωστική αξία .94, η αρνητική προγνωστική αξία .99, η ψευδής-αρνητική τιμή, .03 και η ψευδής-θετική τιμή, .02.

Σε γενικές γραμμές η εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity) υποστηρίχτηκε από την υψηλή συσχέτιση μεταξύ των κατηγοριοποιήσεων που προέκυψαν από την χορήγηση του Q-EDD και συνεντεύξεων ή κλινικών διαγνώσεων. Όπως αναφέρθηκε για την κατάταξη με τα κριτήρια του DSM-IV στις ομάδες διατροφικά διαταραγμένων και μη διατροφικά διαταραγμένων, οι μετρήσεις ακριβείας (accuracy rates) ήταν 98% στην Μελέτη 1 (χορηγήθηκε κλινική συνέντευξη) και 78% στη Μελέτη 3 (κλινική εξέταση) που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με διάγνωση διατροφικής διαταραχής. Οι τιμές για την ακρίβεια διάκρισης μεταξύ διατροφικά διαταραγμένων, συμπτωματικών και μη συμπτωματικών ομάδων ήταν 90% για τη Μελέτη 1 και 78% για τη Μελέτη 3, ενώ για τη διάκριση ανορεξίας και βουλιμίας ήταν 100%.

Κατόπιν των ευρημάτων, εικάστηκε, ότι το Q-EDD διαθέτει μεγαλύτερη ακρίβεια από το EAT στη διάγνωση ανορεξίας λόγω της ερευνητικά αποδεδειγμένης (Μελέτη 3) υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας του πρώτου και των ξεπερασμένων διαγνωστικών κριτηρίων του δεύτερου. Συγκριτικά με το Bulit-R, αποδείχτηκε ισάξιο (Μελέτη 2) στην διαγνωστική διάκριση βουλιμικών και μη βουλιμικών ωστόσο υπερέτρησε στον εντοπισμό διατροφικών διαταραχών, στην ομάδα των βουλιμικών, κάτι που το Bulit-R δεν προβλέπεται να κάνει.

Οι μελέτες κατέδειξαν ότι πρόκειται για ευαίσθητο, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο ενώ τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ των βαθμολογητών πιστοποίησαν ότι η διαδικασία βαθμολόγησης είναι σαφούς. Σε γενικές γραμμές τα υπάρχοντα ψυχομετρικά δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτού για την επίτευξη των ακόλουθων διαγνωστικών διαφοροποιήσεων (Mintz και συν, 1997):

1. Μεταξύ διατροφικά διαταραγμένων και μη διατροφικά διαταραγμένων,
2. μεταξύ διατροφικά διαταραγμένων, συμπτωματικών και α – συμπτωματικών,
3. μεταξύ ανορεξικών και βουλιμικών.

- **Συμπληρωματική εγκυρότητα (incremental validity):**

Η συμπληρωματική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, αφορά στην ικανότητα αύξησης της ακρίβειας διάγνωσης σε σχέση με προϋπάρχοντα εργαλεία, όπως το BULIT-R και το EAT.

Από τη σύγκριση μεταξύ του Q-EDD και του BULIT-R, όσον αφορά στην ικανότητα διαφοροποίησης βουλιμικών από μη βουλιμικούς, προέκυψαν τα παρακάτω (η πρώτη τιμή αφορά στο Q-EDD): τιμή βαθμού ακρίβειας, .98 και .94, ψευδής-αρνητική τιμή, .22 και .22, ψευδής-θετική τιμή, .02 και .05, ευαισθησία, .78 και .78, διασαφήνιση, .98 και .95, θετική προγνωστική ικανότητα, .78 και .54, αρνητική προγνωστική ικανότητα, .98 και .98 και kappa= .76 και .61. Τα δυο ερωτηματολόγια αποδείχτηκαν σε γενικές γραμμές ισάξια εκτός της θετικής προγνωστικής ικανότητας η οποία έχει θεωρηθεί σημαντική (Widiger και συν., 1984). Στην πρόγνωση βουλιμίας το Q-EDD ήταν σωστό σε ποσοστό 78% και το BULIT-R 54%. Η έλλειψη επαρκούς αριθμού ανορεξικών δεν επέτρεψε τη σύγκριση με το EAT. Εικάζεται ότι το Q-EDD διαθέτει μεγαλύτερη ακρίβεια από το EAT στη διάγνωση ανορεξίας λόγω της ερευνητικά αποδεδειγμένης (Μελέτη 3) υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας του Q-EDD. Συγκριτικά με το Bulit-R παρουσιάζεται ισάξιο (Μελέτη 2) στην διαγνωστική διάκριση βουλιμικών και μη βουλιμικών ωστόσο υπερτερεί στο ότι εντοπίζει διατροφικές διαταραχές στην ομάδα των μη βουλιμικών κάτι που το Bulit-R δεν προβλέπεται να κάνει. Οι μελέτες κατέδειξαν ότι πρόκειται για ευαίσθητο, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο ενώ τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας μεταξύ των βαθμολογητών πιστοποίησαν ότι η διαδικασία βαθμολόγησης έχει την ικανότητα αποκλεισμού. Υπάρχοντα ψυχομετρικά δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτού για την επίτευξη των ακόλουθων διαγνωστικών διαφοροποιήσεων (Mintz και συν, 1997): 1. μεταξύ διατροφικά διαταραγμένων και μη διατροφικά διαταραγμένων, 2. μεταξύ διατροφικά διαταραγμένων, συμπτωματικών και α – συμπτωματικών και, 3. μεταξύ ανορεξικών και βουλιμικών.

- **Αξιοπιστία:**

Αναφέρθηκαν ικανοποιητικές τιμές αξιοπιστίας. Οι τιμές kappa στην πρώτη μελέτη ήταν για τις ομάδες με διατροφική διαταραχή/ χωρίς διατροφική διαταραχή κ=.64 και για τις ομάδες με διατροφική διαταραχή/ με συμπτώματα και χωρίς συμπτώματα κ=.54. Τα αντίστοιχα ποσοστά στη δεύτερη μελέτη ήταν κ= .94 και κ= .85.

- **Διαβαθμολογική συμφωνία:**

Υπήρξε 100% συμφωνία (κ=1.00) μεταξύ ανεξάρτητων βαθμολογητών στην διάκριση περιστατικών με διατροφική διαταραχή και περιστατικών χωρίς διατροφική διαταραχή καθώς και περιστατικών με διατροφική διαταραχή, περιστατικών με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής και περιστατικά α-συμπτωματικά.

- **Διερευνητική ανάλυση διάκρισης μεταξύ ομάδων με διατροφική διαταραχή (Exploratory analyses differentiation among eating disorder groups):**

Το ποσοστό ακριβούς διάκρισης μεταξύ των βουλιμικών, υπό του κατωφλίου βουλιμικών, ανορεξικών, ανορεξικών με έμμηνο ρύση, υπερφαγικών και βουλιμικών χωρίς υπερφαγικά επεισόδια, ήταν 88% (κ=.84). Όταν εξετάστηκαν μαζί, η βουλιμία και η υπό του κατωφλίου βουλιμία, το ποσοστό ακριβείας ανέβηκε στο 94% (κ=.89). Σε τυχαία επιλογή οι

βαθμολογητές του ερωτηματολογίου συμφώνησαν 100% στην διάκριση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών. Η test – retest, τιμή kappa, ήταν .46.

Από τη συνεξέταση της βουλιμίας με την υπό του κατωφλίου βουλιμία η τιμή kappa ανέβηκε στο .75. Συγκεκριμένα, αν και τα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής δεν είναι χρονικά σταθερά φαινόμενα, τα αποτελέσματα test – retest, κατέδειξαν τις διαγνώσεις του Q-EDD σταθερές για μια περίοδο 2 εβδομάδων και λιγότερο σταθερές για περίοδο 1 – 3 μήνες.

- **Χορήγηση**

Το Q-EDD, έχει χρησιμοποιηθεί τα τελευταία χρόνια σε αμερικανικές και ευρωπαϊκές έρευνες ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών (Petrie, 2001; Cohen & Petrie, 2005; Hinton & Beck, 2005; Green και συν, 2006). Από όσο γνωρίζει η γράφουσα το παραπάνω ερωτηματολόγιο δεν έχει ως τώρα χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα για την ανίχνευση διατροφικών διαταραχών.

3. ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D)

Σκοπός

Η κλίμακα CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) δημιουργήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ.

Σκοπός της κλίμακας CES-D, είναι να βαθμολογήσει συμπτώματα κατάθλιψης, βάσει 20 προτάσεων. Η υψηλότερη βαθμολογία είναι ενδεικτική βαρύτερης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Περιγραφή

Παρόμοια με ανάλογες κλίμακες, όπως την Beck Depression Inventory και την Zung Depression Rating Scale, η CES-D, αποτελεί εργαλείο ελέγχου καταθλιπτικών συμπτωμάτων (screening tool) χωρίς σε καμία περίπτωση να υποκαθιστά την συνέντευξη, σε βάθος. Συνεπώς χωρίς να μπορεί να οδηγήσει αξιόπιστα σε διαγνωστική κατάταξη αν δεν συνοδεύεται από κλινική, ωστόσο, «παρουσιάζει την ψυχική κατάσταση(του ατόμου), σε τέτοιο επίπεδο που να θεωρείται ως ψυχιατρική περίπτωση» (Μαδιανός, 2000, σ. 180).

Η κλίμακα, έχει βρεθεί ότι μπορεί να διακρίνει με αξιοπιστία μεταξύ υγιών και καταθλιπτικών ατόμων

Σκοπός της κλίμακας είναι η βαθμολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης που ενδεχομένως βίωσε το άτομο στο εγγύς παρελθόν. Οι ερωτώμενοι, καλούνται να βαθμολογήσουν σε μια κλίμακα 0-3, τη συχνότητα που αισθάνθηκαν ή συμπεριφέρθηκαν την προηγούμενη εβδομάδα σύμφωνα με τις 20 προτάσεις του ερωτηματολογίου. Το 0 ισοδυναμεί με ‘Σπάνια ή καθόλου’ και αντιστοιχεί σε συχνότητα λιγότερο από μια ημέρα την εβδομάδα, το 1 με ‘Μερικές φορές’ και συχνότητα μια ή δυο ημέρες την εβδομάδα, το 2 με ‘Αρκετές φορές’ και συχνότητα τρεις ή τέσσερις ημέρες την εβδομάδα και το 3 με ‘τον περισσότερο καιρό’ και συχνότητα πέντε έως επτά ημέρες την εβδομάδα.

Περιλαμβάνει 4 υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα είναι ‘καταθλιπτικό συναίσθημα/ ευερεθιστικότητα’ και περιλαμβάνει τις προτάσεις, 1:Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με

ενοχλούν, 3: Ένοιωθα ότι δεν μπορώ να απαλλαγώ από την κακοκεφιά μου, ακόμη και αν οι φίλοι μου ή η οικογένεια μου με βοηθούσαν 5: Δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ σε αυτό που κάνω, 6: Ένοιωθα μελαγχολικός/ή, 7: Ένοιωθα πως ότι έκανα, το έκανα με μεγάλη προσπάθεια, πίεση, 9: Σκεφτόμουν ότι η μέχρι τώρα ζωή μου ήταν αποτυχία, 10: Ένοιωθα φοβισμένος/η, 12: Ένοιωθα μοναξιά, 17: Έκλαιγα με λυγμούς, 18: Ένοιωθα λυπημένος/η.

Η δεύτερη υποκλίμακα είναι 'θετικό συναίσθημα' και περιλαμβάνει τις προτάσεις, 4: Ένοιωθα ότι ήμουν καλός/ή όπως οι άλλοι άνθρωποι, 8: Ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον, 14: Ήμουν ευτυχισμένος/η, 16: Ευχαριστιόμουν (χαιρόμουν τη ζωή).

Η τρίτη υποκλίμακα είναι 'σωματικά συμπτώματα' και περιλαμβάνει τις προτάσεις, 2: Δεν ήθελα να φάω, η όρεξη μου ήταν κακή, 11: Είχα ανήσυχο ύπνο, 20: Δεν μπορούσα να κάνω τις δουλειές μου (σπίτι, σχολείο).

Και η τέταρτη υποκλίμακα είναι 'διαπροσωπικές δυσκολίες' και περιλαμβάνει τις προτάσεις, 13: Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο, 15: Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικόι μαζί μου, 19: Ένοιωθα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν, 20: Δεν μπορούσα να κάνω τις δουλειές μου (σπίτι, σχολείο).

Οι υποκλίμακες αυτές μπορεί να αποτελέσουν ένδειξη των επιπέδων στα οποία αντιμετωπίζει περισσότερο προβλήματα το άτομο.

- **Κανόνες Βαθμολόγησης**

1. Για τον υπολογισμό του βαθμού επικράτησης των καταθλιπτικών στοιχείων αθροίζονται οι αριθμοί που σημείωσαν οι ερωτηθέντες και για τις 20 προτάσεις της κλίμακας.

2. Πρώτα, αντιστρέφονται οι αριθμοί των ερωτήσεων 4, 8, 12 και 16 γιατί αναφέρονται σε θετικά και όχι αρνητικά βιώματα. Το άθροισμα είναι μια τιμή μεταξύ 0 και 60.

Εάν το άθροισμα είναι 16 ή μεγαλύτερο, το άτομο, κατά πιθανότητα, βίωσε ένα επεισόδιο κατάθλιψης την προηγούμενη εβδομάδα (Radloff, LS, National Institute of Mental Health).

Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά

Το ερωτηματολόγιο CES-D, έχει σταθμιστεί στον ελληνικό χώρο (Μαδιανός, 1989), και έχει χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα σε επιδημιολογικές έρευνες στην Ελλάδα και διεθνώς. Οι Fountoulakis και συν (2001) στάθμισαν εκ νέου την αξιοπιστία, εγκυρότητα και ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της ελληνικής μετάφρασης του CES-D, σε 40 καταθλιπτικούς ασθενείς και 120 υγιή άτομα, ως ομάδα ελέγχου. Βρήκαν ότι η ευαισθησία και η ευκρίνεια του ερωτηματολογίου υπερέβαιναν τα 90.00 στα 23/24, και το Cronbach alpha για το σύνολο της κλίμακας ήταν ίσο με 0.95. Η παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε τρεις παράγοντες (θετικό συναίσθημα, ευερεθιστικότητα και διαπροσωπικές σχέσεις και σωματικές ενοχλήσεις). Η test – retest αξιοπιστία ήταν ικανοποιητική (Pearson's R 0.71). Το ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε αξιόπιστο και έγκυρο.

Νεώτερη έρευνα απέδειξε γενική εγκυρότητα και διαπολιτισμική ισχύ της κλίμακας (Foley και συν, 2002).

4. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ (Sense of Coherence Scale - SOC)

Σκοπός

Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε από τον κοινωνιολόγο, ειδικό σε θέματα υγείας, Aaron Antonovsky. Μεταφράστηκε για πρώτη φορά στα ελληνικά από την Χ. Κατάκη και προσαρμόστηκε από τους Τ. Αναγνωστοπούλου, Γ. Κιοσέογλου (Σταλίκας και συν, 2002).

Η Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης, παρουσιάστηκε με τη σημερινή της μορφή των 29 προτάσεων, το 1983. Αρχικά προτάθηκαν 81 προτάσεις, οι οποίες σταδιακά και κατόπιν ελέγχου σε διαφορετικά δείγματα, περιορίστηκαν στις 36 και τελικά στις 29. Υπάρχει επίσης και συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου, αποτελούμενη από 13 θέματα.

Το ερωτηματολόγιο αποτέλεσε οργανική συνέχεια του κοινωνικο – φιλοσοφικού μοντέλου του συνεχούς υγείας – ασθένειας, που πρότεινε το 1979, ο Aaron Antonovsky. Το μοντέλο αυτό ονομάστηκε, υγειογενετικό (salutogenic), από τη σύζευξη της λατινικής λέξης salus που σημαίνει υγεία και της ελληνικής λέξης γένεση και προέκυψε μετά από ενδελεχή έρευνα των παραγόντων εκείνων, οι οποίοι, παρά την εντροπία ή/και το στρες, τείνουν προς τον υγιή πόλο του προαναφερόμενου συνεχούς. Σε αντίθεση με την κλασική ιατρική, η υγειογενετική, κατανοεί την υγεία και την ασθένεια ως διαβαθμίσεις και όχι ως διχοτομημένες έννοιες. Ενδιαφέρεται για το συνολικό ιστορικό του ατόμου, για το υποκειμενικό νόημα της ασθένειας και για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ωθούν το άτομο προς την υγεία. Για την υγειογενετική, ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τη ζωή του, είναι καθοριστικός για την υγεία του.

Ο Antonovsky κατέληξε σε αυτή τη θεωρητική σχηματοποίηση, ερευνώντας τη προσαρμογή στην κλιμακτήριο ισραηλινών γυναικών. Οι γυναίκες αυτές, κατάγονταν από διάφορα μέρη της Ευρώπης και πολλές από αυτές, είχαν επιζήσει από τα ναζιστικά στρατόπεδα συγκέντρωσης. Τα πορίσματα σχετικά με την ικανότητα, ενός ποσοστού αυτών των γυναικών, να διατηρήσουν ένα υψηλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, συγκρότησαν την έννοια της υγειογενετικής και της εσωτερικής συγκρότησης.

Η εσωτερική συγκρότηση αφορά σε έναν ολιστικό προσανατολισμό, « ... ο οποίος, εκφράζει το βαθμό που το άτομο έχει τη μόνιμη, σταθερή και δυναμική αίσθηση ότι το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον είναι προβλέψιμα και ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα τα πράγματα στη ζωή του να εξελιχθούν τόσο καλά όσο είναι λογικά αναμενόμενο» (Antonovsky 1979).

Τρεις παράμετροι συνθέτουν την εσωτερική συγκρότηση (Antonovsky, 1987). Η ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας (comprehensibility), η ικανότητα χειρισμού (manageability) και η ικανότητα συναισθηματικής επένδυσης (meaningfulness).

Η ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας, αφορά στην επένδυση των ερεθισμάτων του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος με νόημα, δομή και τάξη. Μέσω αυτής της διαδικασίας, το άτομο, βιώνει «μια απαρέγκλιτη ικανότητα ανασκόπησης της πραγματικότητας» (Antonovsky, 1987 σ.16).

Η ικανότητα χειρισμού, του εσωτερικού και του εξωτερικού κόσμου, αφορά στην ευχέρεια αξιοποίησης των ατομικών εφοδίων και της επιτυχούς ανταπόκρισης στις απαιτήσεις.

Τέλος η ικανότητα συναισθηματικής επένδυσης, αποτελεί για τον Antonovsky, περισσότερο μια συναισθηματική παρά γνωσιακή κατάσταση. Όπως γράφει, «...η ζωή γίνεται κατανοησίμη συναισθηματικά (όταν) καταστροφικές εμπειρίες βιώνονται (από το άτομο) ως προκλήσεις να αναζητήσει νόημα και να τις ξεπεράσει με αξιοπρέπεια» (Antonovsky, 1987 σ.18).

Η εσωτερική συγκρότηση, αποτελεί χαρακτηριστικό προσανατολισμό, ο οποίος διαμορφώνεται από εμπειρίες του ατόμου στον μικρόκοσμο και στον μεγάλο κοσμο, επηρεάζεται από γενετικούς και τυχαίους παράγοντες και οι τρεις διαστάσεις που τον συνθέτουν, παρουσιάζουν ετεροβαρή ανάπτυξη, ανάλογα με τις εμπειρίες ζωής του ατόμου.

Συνήθως, η υψηλή εσωτερική συγκρότηση προ της ενηλικίωσης, αποτελεί ισχυρό όπλο έναντι της εντροπίας και τείνει να παραμένει σε σταθερά επίπεδα σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Το μέσο επίπεδο εσωτερικής συγκρότησης έχει πρόβλεψη μελλοντικής μείωσης. Το χαμηλό επίπεδο εσωτερικής συγκρότησης, προβλέπει αύξηση της αίσθησης εντροπίας, ανασφάλειας και αδυναμίας ελέγχου στα γεγονότα της ζωής.

Ορισμένοι παράγοντες, τους οποίους ο Antonovsky ονόμασε «εφόδια γενικής αντίστασης» (general resistance resources), ενισχύουν την αίσθηση εσωτερικής συγκρότησης και είναι ευθέως ανάλογοι προς αυτήν. Περιλαμβάνουν, την ευμάρεια, τη γνώση, την ταυτότητα, την ευφυΐα, την εμπειρία σύνδεσης και αλληλεπίδρασης με τους γονείς, την κοινωνική στήριξη, την συμμετοχή στα κοινά, τη θρησκεία/φιλοσοφική θέση, την πρόληψη στην υγεία κ.α.

Στόχος του εργαλείου, είναι η μέτρηση της ατομικής εσωτερικής συγκρότησης. Κατά τον Antonovsky, η εσωτερική συγκρότηση, έχει διαπολιτισμική ισχύ.

Περιγραφή

Η Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης, είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και αποτελείται από 29 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές αντιστοιχούν στις τρεις διαστάσεις της εσωτερικής συγκρότησης (ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας, ικανότητα χειρισμού, ικανότητα συναισθηματικής επένδυσης), τις οποίες και μετρούν. Οι ερωτώμενοι απαντούν βάσει μιας κλίμακας από το 1 έως το 7. Η θετική απάντηση παίρνει γενικώς τον αριθμό 7 και η αρνητική απάντηση τον αριθμό 1. Κάποιες ερωτήσεις διατίθενται με ανάποδη σειρά και χρειάζεται να γίνει αντιστροφή της κλίμακας.

Οι ερωτήσεις αυτές είναι η 1, (Όταν μιλάς σε άλλους ανθρώπους έχεις την αίσθηση ότι δεν σε καταλαβαίνουν) η 4, (Έχεις την αίσθηση ότι στην πραγματικότητα δεν νοιάζεσαι για όσα συμβαίνουν γύρω σου) η 5, (Έχει συμβεί στο παρελθόν να εκπλαγείς από τη συμπεριφορά ανθρώπων που νόμιζες ότι γνώριζες καλά) η 6, (Έχει συμβεί να σε απογοητεύσουν άνθρωποι στους οποίους υπολόγιζες) η 7, (Η ζωή είναι: γεμάτη ενδιαφέροντελείως ρουτίνα) η 11, (Τα περισσότερα πράγματα που θα κάνεις στο μέλλον πιθανόν θα είναι :απολύτως συναρπαστικά.....τελείως βαρετά) η 13, (Ποια φράση περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπεις τη ζωή; Μπορεί πάντα κανείς να βρει λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής.....δεν υπάρχει καμιά λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής) η 14, (Όταν σκέφτεσαι για τη ζωή σου, πολύ συχνά: νοιώθεις πόσο ωραίο είναι να είσαι ζωντανός.....αναρωτιέσαι γιατί υπάρχεις) η 16, (Το να κάνεις τα πράγματα που κάνεις καθημερινά, είναι: πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και απόλαυσης.....πηγή πόνου και ανίας) η 20, (Όταν κάνεις κάτι που σου προκαλεί ευχαρίστηση: είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσεις να αισθάνεσαι ωραία.....είναι βέβαιο ότι θα συμβεί κάτι που θα χαλάσει το συναίσθημα αυτό) η 23, (Πιστεύεις ότι στο μέλλον πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους θα μπορείς να βασίζεσαι;) και η 25, (Πολλοί άνθρωποι-ακόμη και αυτοί με ισχυρό χαρακτήρα- μερικές φορές αισθάνονται σαν χαμένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά ένοιωσες έτσι στο παρελθόν;).

Οι 29 προτάσεις του ερωτηματολογίου, χωρίζονται σε τρεις υποκλίμακες ανάλογα με το περιεχόμενό τους:

Η υποκλίμακα 'Ικανότητα νοηματοδότησης', περιλαμβάνει τις ερωτήσεις:

- 1: Όταν μιλάς σε άλλους ανθρώπους έχεις την αίσθηση ότι δεν σε καταλαβαίνουν; ,
- 3: Σκέψου ανθρώπους με τους οποίους έρχεσαι καθημερινά σε επαφή εκτός από αυτούς με τους οποίους αισθάνεσαι 'πολύ κοντά'. Πόσο καλά γνωρίζεις τους περισσότερους από αυτούς;;
- 5: Έχει συμβεί στο παρελθόν να εκπλαγείς από τη συμπεριφορά ανθρώπων που νόμιζες ότι γνώριζες καλά; ,
- 8: Μέχρι τώρα η ζωή σου: δεν είχε καθόλου ξεκάθαρους στόχους ή σκοπό.....είχε ξεκάθαρους στόχους και σκοπό,
- 10: Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σου ήταν: γεμάτη αλλαγές χωρίς να ξέρεις τι θα επακολουθήσει..... απόλυτα σταθερή και ξεκάθαρη ,
- 12: Έχεις την αίσθηση ότι βρίσκεσαι σε μια κατάσταση 'ξένη' προς εσένα και δεν ξέρεις τι να κάνεις;;
- 19: Έχεις πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;;
- 21: Συμβαίνει να νοιώθεις μέσα σου συναισθήματα που θα προτιμούσες να μην τα ένοιωθες;;
- 24: Συμβαίνει να έχεις την αίσθηση ότι δεν ξέρεις τι ακριβώς πρόκειται να συμβεί;
- 26: Όταν κάτι συνέβαινε έβρισκες ότι σε γενικές γραμμές: υπερεκτιμούσες ή υποτιμούσες τη σημασία του.....έβλεπες τα πράγματα στις σωστές τους διαστάσεις.

Η υποκλίμακα 'Ικανότητα διαχείρισης', περιλαμβάνει τις ερωτήσεις:

- 2: Στο παρελθόν όταν έπρεπε να κάνεις κάτι που εξαρτιόταν από τη συνεργασία σου με άλλους, είχες την αίσθηση ότι: σίγουρα δεν θα γινόταν.....σίγουρα θα γινόταν. ,
- 6: Έχει συμβεί να σε απογοητεύσουν άνθρωποι σουσ οποίους υπολόγιζες; Δεν συνέβη ποτέ.....συνέβαινε πάντα..
- 13: Ποια φράση περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπεις τη ζωή; μπορεί πάντα κανείς να βρει λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής.....δεν υπάρχει καμία λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής.
- 15: Όταν αντιμετωπίζεις ένα δύσκολο πρόβλημα, η επιλογή λύσης: σε μπερδεύει και σε δυσκολεύει.....είναι πολύ ξεκάθαρη.
- 18: Όταν συνέβαινε κάτι δυσάρεστο στο παρελθόν, είχε την τάση να: να νοιώθεις ότι σε 'τρώει' συνέχεια..... να λες 'εντάξει έτσι είναι τα πράγματα, πρέπει να ζήσω με αυτό' και να συνεχίζεις.
- 20: Όταν κάνεις κάτι που σου προκαλεί ευχαρίστηση: είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσεις να αισθάνεσαι ωραία.....είναι βέβαιο ότι θα συμβεί κάτι που θα χαλάσει το συναίσθημα σου.
- 23: Πιστεύεις ότι στο μέλλον πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους θα μπορείς να βασίζεσαι; είσαι βέβαιος/η ότι θα υπάρχουν.....αμφιβάλλεις ότι θα υπάρχουν
- 25: Πολλοί άνθρωποι – ακόμα και αυτοί με ισχυρό χαρακτήρα – μερικές φορές αισθάνονται σαν χαμένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά ένοιωσες έτσι στο παρελθόν; ποτέ.....πολύ συχνά.
- 27: Όταν σκέφτεσαι τις δυσκολίες που πιθανώς θα αντιμετωπίσεις σε σημαντικούς τομείς της ζωής σου, έχεις την αίσθηση ότι: θα καταφέρεις πάντα να υπερνικής τις δυσκολίες.....ότι δεν θα καταφέρεις να υπερνικήσεις τις δυσκολίες.
- 29: Πόσο συχνά έχεις την αίσθηση ότι δεν είσαι σίγουρος/η πως θα μπορέσεις να κρατήσεις τα πράγματα υπό έλεγχο; Πολύ συχνά.....πολύ σπάνια ή ποτέ.

Η υποκλίμακα 'Ικανότητα κατανόησης', περιλαμβάνει τις ερωτήσεις :

- 9: Έχεις την αίσθηση ότι σου συμπεριφέρονται άδικα; Πολύ συχνά.....πολύ σπάνια ή ποτέ.

- 4: Έχεις την αίσθηση ότι στην πραγματικότητα δεν νοιάζεσαι για όσα συμβαίνουν γύρω σου; πολύ σπάνια ή ποτέ.....πολύ συχνά
- 7: Η ζωή είναι: γεμάτη ενδιαφέρον.....τελείως ρουτίνα.
- 11: Τα περισσότερα πράγματα που θα κάνεις στο μέλλον θα είναι: απολύτως συναρπαστικά.....τελείως βαρετά
- 14: Όταν σκέφτεσαι για τη ζωή σου, πολύ συχνά: νοιώθεις πόσο ωραίο είναι να είσαι ζωντανός.....αναρωτιέσαι γιατί υπάρχουν.
- 16: Το να κάνεις τα πράγματα που κάνεις καθημερινά, είναι: πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και απόλαυσης.....πηγή πόνου και ανίας.
- 17: Η ζωή σου στο μέλλον – κατά πάσα πιθανότητα – θα είναι: γεμάτη αλλαγές, χωρίς να ξέρεις τι θα επακολουθήσει.....απόλυτα σταθερή και ξεκάθαρη.
- 22: Προβλέπεις ότι η προσωπική σου ζωή στο μέλλον θα είναι: τελείως χωρίς νόημα ή σκοπό.....γεμάτη νόημα ή σκοπό.
- 28: Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι έχουν πολύ μικρό νόημα τα πράγματα που κάνεις στην καθημερινή σου ζωή; Πολύ συχνά.....πολύ σπάνια ή ποτέ.

- **Κανόνες βαθμολόγησης**

Σύμφωνα με τον Antonovsky, το άθροισμα των βαθμολογιών όλων των προτάσεων για κάθε άτομο θεωρείται στοιχείο για την εσωτερική του συγκρότηση. Ο βαθμός εσωτερικής συγκρότησης είναι ανάλογος του αθροίσματος έτσι ώστε όσο μεγαλύτερο το άθροισμα τόσο μεγαλύτερη και η εσωτερική συγκρότηση.

Κατά τον αρχικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου δεν προβλεπόταν να επιβεβαιωθούν παραγοντικά χωριστά κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις, της εσωτερικής συγκρότησης. Ωστόσο έχουν αναφερθεί περιπτώσεις όπου η παραγοντική ανάλυση δεν επιβεβαίωσε την μονοπαραγοντική πρόταση του Antonovsky (Eriksson & Lindstrom, 2005). Έχει παρατηρηθεί, επίσης, σε κάποιες έρευνες, να αναφέρονται μέσες τιμές για κάθε διάσταση ή να κατανέμονται οι τελικές τιμές σε χαμηλές, μέσες και υψηλές. Δεδομένου ότι ο διαχωρισμός των τιμών δεν προτάθηκε από τον ίδιο τον Antonovsky, είναι αυτοσχέδιος και ποικίλει μεταξύ των ερευνών. Έρευνα σε ελληνικό δείγμα διαπίστωσε σύμπτυξη των τριών υποκλιμάκων σε δυο (Μπαφίτη, 1999).

Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά

Στο άρθρο, ‘ The structure and properties of the sense of coherence scale’, ο Antonovsky (1993), παρουσίασε τα πορίσματα μελετών σε 20 χώρες αναφορικά στην εννοιολογική κατασκευή, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας.

Αναφορικά στην αξιοπιστία της κλίμακας, ο δείκτης Cronbach alpha εσωτερικής συνέπειας/συννοχής (internal consistency), κυμάνθηκε από 0.82 σε 0.95. Οι περιορισμένες σχετικά test – retest συσχετίσεις, έδειξαν αρκετά μεγάλη σταθερότητα, π.χ. 0.54 σε περίοδο 2 ετών. Η συστηματική διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή της κλίμακας και την εξέταση της τελικής μορφής της παρήγαγε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης και εγκυρότητα ομοφωνίας (consensual validity) καθώς και υψηλό επίπεδο εγκυρότητας κατασκευής (construct validity). Η εγκυρότητα κριτηρίου εξετάστηκε συγκριτικά, μεταξύ του ερωτηματολογίου SOC και μετρήσεων σε τέσσερις τομείς : στον οικουμενικό προσανατολισμό ως προς τον εαυτό και το περιβάλλον (19 r's),

στους στρεσογόνους παράγοντες (11 r's), στην υγεία, ασθένεια και ευημερία (32 r's) και στην συμπεριφορά και αντιλήψεις (5 r's). Στην πλειονότητα, οι συσχετίσεις αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Η ανασκόπηση 458 άρθρων και 13 διδακτορικών διατριβών, στην περίοδο 1992 – 2005, από τους Eriksson & Lindstrom (2005), απέφερε θετικά αποτελέσματα, αναφορικά στην εγκυρότητα, στην αξιοπιστία και στη διαπολιτισμική εγκυρότητα της κλίμακας SOC (13 και 29 ερωτήσεων). Συγκεκριμένα οι συγγραφείς ανέφεραν, ν ότι σε 124 μελέτες που χρησιμοποίησαν την κλίμακα των 29 ερωτήσεων, το Cronbach a κυμάνθηκε από 0,70 σε 0,95 ενώ σε 127 έρευνες που χρησιμοποίησαν την κλίμακα των 13 ερωτήσεων η τιμή a κυμάνθηκε από 0,70 σε 0,92. Η συσχέτιση test – retest ήταν σταθερή και κυμάνθηκε μεταξύ 0,64 –0,78 (1 χρόνος), 0,64 (3χρόνια), 0,42-0,64 (4 χρόνια), 0,59-0,67(5 χρόνια) και 0,54 (10 χρόνια). Οι μέσες τιμές της κλίμακας των 29 ερωτήσεων κυμάνθηκε από 100,50 (SD 28,50) σε 164,50 (SD 17,10).

Στη διάρκεια μιας δεκαετίας, τα αποτελέσματα φαίνονται συγκριτικά σταθερά, όχι όμως στο βαθμό, που υπέθετε ο Antonovsky. Η εσωτερική συγκρότηση, φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία ενώ τα ευρήματα καταδεικνύουν μια πολυπαραγοντική δομή. Παρά μεμονωμένες αντίθετες ενδείξεις, σε γενικές γραμμές η εσωτερική συγκρότηση φαίνεται να προσιωνίζει, μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα (Eriksson & Lindstrom, 2005).

Η χρονική σταθερότητα των ευρημάτων καταδεικνύεται και σε άλλες έρευνες (Richardson και συν, 2007).

Η Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης, έχει χρησιμοποιηθεί σε τουλάχιστον 33 γλώσσες σε 32 χώρες (Eriksson & Lindstrom, 2005) και σε πληθυσμούς με ποικίλα δημογραφικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά.

Στην Ελλάδα η κλίμακα SOC, σταθμίστηκε από τους Τ. Αναγνωστοπούλου και Γ. Κιοσέογλου (Σταλίκας και συν, 2002), σε δείγμα 375 ανδρών και γυναικών, με μέσο όρο ηλικίας 31,7 χρόνια, από τους οποίους 175 ήταν φοιτητές και 200 δημόσιοι υπάλληλοι. Ο μέσος όρος για την υποκλίμακα ικανότητα νοηματοδότησης ήταν 19,81, για την υποκλίμακα ικανότητα διαχείρισης 22,81 και για την υποκλίμακα ικανότητα κατανόησης 17,22. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου κρίθηκε ικανοποιητική (δείκτης Cronbach 0,83). Η κλίμακα παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μετάφραση της κλίμακας, όπως περιλαμβάνεται σε διδακτορική διατριβή (Μπαφίτη, 1999).

Λόγω της πρώτης απόπειρας χορήγησης της κλίμακας σε εφηβικό πληθυσμό στην Ελλάδα, έγινε ανεπίσημη τηλεφωνική επαφή με μια από τις ερευνήτριες που προσάρμοσαν το ερωτηματολόγιο στην Ελλάδα, όπου διασαφηνίστηκε η αξιοπιστία στη χορήγηση του εργαλείου σε εφήβους. Εκφράστηκε μια μικρή επιφύλαξη προς την ερώτηση 10, διότι, η εφηβεία αποτελεί a priori μεταβατική περίοδο και ενέχει αλλαγές και ανατροπές.

5. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΕΡΕΙΣΜΑΤΩΝ (FAMILY STRENGTHS QUESTIONNAIRE)

Σκοπός

Το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Ερεισμάτων (Family Strengths Questionnaire), δημιουργήθηκε από τους Olson, Larsen & McCubben (1985). Οι Olson και συν, για να διαμορφώσουν το παρόν ερωτηματολόγιο, στηρίχτηκαν σε προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα για τα χαρακτηριστικά των λειτουργικών οικογενειών. Διεξήγαγαν εκ νέου έρευνα και απομόνωσαν πέντε παράγοντες (ερείσματα) που θεώρησαν ότι συμβάλλουν στην ενίσχυση της εύρυθμης λειτουργίας μιας οικογένειας. Οι παράγοντες αυτοί ήταν, η αγάπη, η θρησκευτική πίστη, ο σεβασμός, η επικοινωνία και η ατομικότητα.

Κατόπιν περαιτέρω ερευνών, οι μελετητές διαμόρφωσαν ένα εργαλείο 25 ερωτήσεων, για τη μέτρηση τριών διαστάσεων: της οικογενειακής υπερηφάνειας (συμπεριλαμβανόμενων των σεβασμό, εμπιστοσύνη, και πιστότητα), των θετικών αξιών και αντιλήψεων και της οικογενειακής ομοφωνίας (το οικογενειακό συναίσθημα αξιοσύνης και επιτυχίας). Μια παραγοντική ανάλυση περιόρισε τις προτάσεις από 25 σε 12.

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι ο προσδιορισμός των στοιχείων εκείνων, που κάνουν μια οικογένεια λειτουργική και ευτυχισμένη

Περιγραφή

Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο, 12 προτάσεων. Επτά από τις προτάσεις μετρούν την οικογενειακή υπερηφάνεια (σεβασμό, εμπιστοσύνη, πιστότητα) και πέντε προτάσεις μετρούν την ομοφωνία (συναίσθημα οικογενειακής αξιοσύνης και επιτυχίας).

- Κανόνες Βαθμολόγησης

Από τις 12 προτάσεις, οι 7 βαθμολογούνται θετικά και μετρούν την οικογενειακή υπερηφάνεια (family pride) και οι 5 βαθμολογούνται αρνητικά και μετρούν την οικογενειακή ομοφωνία (family accord). Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα τύπου Lichert με τιμές από το 1 – 4.

Την οικογενειακή υπερηφάνεια, μετρούν οι προτάσεις: (1) « Στην οικογένεια μας μπορούμε να εκφράσουμε τα συναισθήματα μας»,

(3) «Εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο»,

(5) «Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι συμπληρώνουν το ένα το άλλο»,

(8) «Σαν οικογένεια μοιραζόμαστε κοινές αξίες και πιστεύω»,

(9) « Τα πράγματα πάνε καλά για μας ως οικογένεια»,

(10) «Τα μέλη της οικογένειας σέβονται το ένα το άλλο» ,

(12) «Είμαστε περήφανοι για την οικογένεια μας».

Την οικογενειακή ομοφωνία, μετρούν οι προτάσεις:

(2) « Στενοχωριόμαστε για πολλά πράγματα στην οικογένεια μας»,

(4) « Τα ίδια προβλήματα επαναλαμβάνονται ξανά και ξανά,

(6) « Το να πετύχουμε αυτό που θέλουμε φαίνεται δύσκολο για μας»,

(7) « Κάνουμε κριτική ο ένας στον άλλο»,

(11) « Υπάρχουν πολλές συγκρούσεις στην οικογένεια μας».

Στις προτάσεις που μετρούν την οικογενειακή υπερηφάνεια, οι ακραίες τιμές 1 και 4 ισοδυναμούν αντίστοιχα με «Συμφωνώ Απόλυτα», «Διαφωνώ Απόλυτα», ενώ οι ενδιάμεσες τιμές 2 και 3 ισοδυναμούν αντίστοιχα με «Συμφωνώ Μέτρια», «Διαφωνώ Μέτρια».

Οι παραπάνω αντιστοιχίες αντιστρέφονται στις προτάσεις που μετρούν την οικογενειακή ομοφωνία, ώστε η τιμή 1 να αντιστοιχεί σε «Διαφωνώ Απόλυτα» και η 4 σε «Συμφωνώ Απόλυτα». Ανάλογα η τιμή 2 ισοδυναμεί με «Διαφωνώ Μέτρια» ενώ η τιμή 3 με «Συμφωνώ Μέτρια».

Ψυχομετρικά Χαρακτηριστικά

Η αξιοπιστία του εργαλείου μετρήθηκε σε παναμερικανικό δείγμα 2,582 λευκών Λουθηρανών.

Αξιοπιστία: Οι μετρήσεις εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) για την οικογενειακή υπερηφάνεια ήταν .88, για ομοφωνία, .72, και για την κλίμακα στο σύνολο της, .83.

Σταθερότητα: Κατόπιν τεσσάρων εβδομάδων οι μετρήσεις σταθερότητας είναι .73 για υπερηφάνεια, .79 για ομοφωνία, και .78 για ολόκληρη την κλίμακα.

Εγκυρότητα: Η παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε δυο ανεξάρτητους παράγοντες οι οποίοι επισημαίνουν ο Olson και συν, « ότι πιθανόν είναι άσχετοι με το διαφορετικό τους περιεχόμενο αλλά είναι απλώς το προϊόν του ορισμού επτά προτάσεων θετικά και πέντε αρνητικά. Εκτός αυτού, η μόνη εγκυρότητα που έχει αναφερθεί είναι το λογικό περιεχόμενο των προτάσεων.

Χορήγηση

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο 12 προτάσεων, με κλίμακα βαθμολόγησης πέντε σημείων. Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης είναι δυο με πέντε λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί με μεγάλη επιτυχία σε παιδιά και εφήβους (Kashani, 1999)

Ε. Αναλυτική Παρουσίαση των Σταδίων Επεξεργασίας των Δεδομένων

Η μεθοδολογία της επεξεργασίας των δεδομένων της παρούσας έρευνας γίνεται κατά ενότητες και τα αποτελέσματα αναπτύσσονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο

1. Στην πρώτη ενότητα καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών που αποτελούν το δείγμα μας και συμπεριλαμβάνουν: το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα/παλιννόστηση/προέλευση Roma, την περιοχή κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση γονέων, τον αριθμό αδελφών, το επάγγελμα μητέρας και πατέρα, τη μόρφωση μητέρας και πατέρα, την ιδιοκτησία κατοικίας, τον αριθμό δωματίων κατοικίας και την σχολική απόδοση παρελθούσας χρονιάς. Ακόλουθα γίνονται **συσχετίσεις** μεταξύ της περιοχής κατοικίας και των στοιχείων που συνιστούν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (κυρίως επάγγελμα αλλά και μόρφωση γονέων, ιδιοκτησία σπιτιού, αριθμό δωματίων) όπως και της μεταβλητής περιοχή (ως εκφραστού ΚΟΕ) και της οικογενειακής κατάστασης, και του αριθμού παιδιών στην οικογένεια.
2. Στη δεύτερη ενότητα καταγράφονται: α) τα γενικά δεδομένα που προέρχονται από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου διάγνωσης διατροφικών διαταραχών (Q-EDD): τιμές για την ομάδα των ατόμων ελεύθερων συμπτωμάτων-υποκλινικών-κλινικών και τιμές για όλες τις κλινικές και υποκλινικές μορφές διατροφικού προβλήματος. Εκτιμάται η παρουσία διατροφικών διαταραχών κλινικής ή υποκλινικής μορφής στο δείγμα. Εξετάζεται η σχέση των διατροφικών διαταραχών (κλινικών και υποκλινικών) με το φύλο, το ΚΟΕ (επάγγελμα/μόρφωση γονέων), την ηλικία και την σχολική επίδοση.
β) τα αναλυτικά αποτελέσματα ανά τύπο διάγνωσης ακολουθώντας τη σειρά του εγχειριδίου διάγνωσης του Q-EDD και γίνονται **συσχετίσεις** μεταξύ των απαντήσεων και του φύλου. Συγκεκριμένα στην ενότητα της ανορεξίας (κλινικού τύπου και EDNOS) συγκρίνεται το φύλο με τον Δ.Μ.Σ, το βάρος/σχήμα σώματος και το εκτιμώμενο βάρος. Στην ενότητα της βουλιμίας (κλινικού τύπου και EDNOS), το φύλο συγκρίνεται με την αναφορά υπερφαγικών επεισοδίων, την απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια των επεισοδίων και την αναφορά αντισταθμιστικών συμπεριφορών. Επίσης στα υπόλοιπα EDNOS συγκρίνονται οι αναφορές συχνότητας και διάρκειας των υπερφαγικών επεισοδίων μεταξύ αγοριών και κοριτσιών,
γ) τα αναλυτικά δεδομένα ανά ερώτηση που περιλαμβάνουν συμπεριφορές που δεν έχουν ήδη καταγραφεί και συγκριθεί. Συγκεκριμένα συγκρίνονται με το φύλο η αυστηρή δίαιτα, η άσκηση για τον έλεγχο του βάρους και ο τύπος και χρόνος άθλησης και με τις διατροφικές διαταραχές η άσκηση σε συνθήκες τραυματισμού και η άσκηση για την αντιμετώπιση αποτελεσμάτων υπερφαγίας ή/και την απώλεια βάρους.
3. Στην τρίτη ενότητα καταγράφονται τα δεδομένα που προκύπτουν από τη χορήγηση της κλίμακας μέτρησης στοιχείων κατάθλιψης CES-D και εκτιμάται η παρουσία στοιχείων κατάθλιψης στο δείγμα. Τα δεδομένα κατάθλιψης ακόλουθα **συγκρίνονται** με το φύλο, το ΚΟΕ και τις διατροφικές διαταραχές. Ως προς τις διατροφικές διαταραχές επιχειρείται συσχέτιση κατάθλιψης-φύλου-διατροφικής διαταραχής και συσχέτιση της κατάθλιψης με τους διάφορους τύπους διατροφικής διαταραχής.
4. Στην τέταρτη ενότητα καταγράφονται τα δεδομένα που προκύπτουν από τη χορήγηση της κλίμακας μέτρησης της εσωτερικής συγκρότησης (SOC) και εκτιμάται το ποσοστό εσωτερικής συγκρότησης στο δείγμα. Τα δεδομένα ακόλουθα **συγκρίνονται** με το φύλο,

κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (επάγγελμα πατέρα / μητέρας, μόρφωση πατέρα / μητέρας, τύπος κατοικίας κ.λ.π.), διατροφικές διαταραχές, κατάθλιψη.

5. Στην πέμπτη ενότητα καταγράφονται τα δεδομένα που προκύπτουν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου Family Strengths Questionnaire. Εκτιμώνται τα αποτελέσματα και στις δυο ενότητες (Οικογενειακή Υπερηφάνεια– Οικογενειακή Ομοφωνία) και **συσχετίζονται** χωριστά με τη μεταβλητή διατροφικές διαταραχές και κατόπιν στο σύνολο τους. Εν συνεχεία οι ακραίες απαντήσεις, που ενδεχόμενα να δηλώνουν ακαμψία στο οικογενειακό σύστημα συγκρίνονται με τις μεταβλητές φύλο, ΚΟΕ, διατροφικές διαταραχές και κατάθλιψη.

ΣΤ. Στατιστική Επεξεργασία

Για την καταγραφή και στατιστική επεξεργασία των στοιχείων που προέκυψαν από την εφαρμογή των δοκιμασιών στο μαθητικό πληθυσμό, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPAS.

Στην πορεία επεξεργασίας των στοιχείων και της εξαγωγής των αποτελεσμάτων, εφαρμόστηκαν οι παρακάτω στατιστικές μέθοδοι:

Οι υποθέσεις του μέσου όρου ελέγχθηκαν με την εφαρμογή της ανάλυσης διασποράς (ANOVA) και της δοκιμασίας t.

Η συνάφεια μεταξύ μεταβλητών ελέγχθηκε με την εφαρμογή των δοκιμασιών Pearson Chi Square και Fischers.

Εφαρμόστηκε η δοκιμασία της κανονικής κατανομής κατά Kolmogorov – Smirnov με τη διόρθωση του Lilliefors και η διαδικασία των ομογενών διακυμάνσεων κατά Levene, ώστε να ελεγχθεί η κανονική κατανομή με σταθερή διακύμανση μεταξύ συνδυαστικών διαφορικών ομάδων.

ΧΙ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Α. Δημογραφικά Στοιχεία

1. Περιγραφή

- Επί συνόλου 245 μαθητών οι 148 (60,4%) ήταν κορίτσια και οι 97 (39,6%) αγόρια.
- Όσον αφορά στην κατανομή τους στις τρεις τάξεις του λυκείου, 82 παιδιά ήταν μαθητές της Α' Λυκείου, 88 μαθητές της Β' Λυκείου και 75 μαθητές της Γ' Λυκείου. 3. Οι ηλικίες των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα κυμάνθηκαν από 14 έως 18 ετών με μέση τιμή τα 16 έτη.
- Οι μαθητές / μαθήτριες που εξετάστηκαν φοιτούν σε σχολεία τεσσάρων προαστίων της ευρύτερης πρωτεύουσας: Αγία Βαρβάρα, Αχαρναί, Μαρούσι και Κηφισιά και στην πλειοψηφία τους φοιτούν σε σχολείο του τόπου διαμονής τους. Ως μόνιμο τόπο διαμονής 63 παιδιά δήλωσαν την Αγία Βαρβάρα, 66 την περιοχή Αχαρνών, 53 το Μαρούσι και 63 την Κηφισιά.
- Αναφορικά στην εθνικότητα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, το 95,9% ή 235 άτομα δήλωσαν Έλληνες ή Ελληνίδες, το 1,2% ή 3 άτομα δήλωσαν Αλβανοί ή Αλβανίδες, το 0,4 ή 1 άτομο δήλωσε Ουκρανός ή Ουκρανή και το 0,8% ή 2 άτομα Δυτικοί μη Ευρωπαίοι. Εθνογραφικά στοιχεία εξέλειπαν από τέσσερα άτομα.

Πίνακας (1) – ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

N=245 %		
Έλληνας/ίδα	235	(95,9%)
Αλβανός/ίδα	3	(1,2%)
Ουκρανός/ή	1	(0,4%)
Αυστραλία/ΗΠΑ	2	(0,8%)
ΣΥΝΟΛΟ	241	(98,3%)

- Όπως περιγράφεται στον κάτωθι πίνακα, το 4,5% (10) των μαθητών ήταν παλιννοστούντες και μόνον ένα άτομο ήταν καταγωγής Roma.

Πίνακας (2) – ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΟΥΝΤΕΣ ΚΑΙ ROMA ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Παλινοστούντες πρώην ΕΣΣΔ	6	(2,45%)
Παλινοστούντες Β.Ηπείρου	4	(1,6%)
Roma	1	(0,4%)
ΣΥΝΟΛΟ	11	4,9%

- Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (216 άτομα) βρέθηκε να ζει και με τους δυο γονείς. 20 άτομα είχαν γονείς χωρισμένους ή σε διάσταση και στις 19 από τις περιπτώσεις αυτές, την επιμέλεια των παιδιών είχε η μητέρα και μόνο σε 1 περίπτωση την επιμέλεια την είχε ο πατέρας. 8 άτομα είχαν μόνο τον ένα γονέα λόγω θανάτου του άλλου και ένα άτομο δεν δήλωσε καθόλου την οικογενειακή του κατάσταση. 241 παιδιά δήλωσαν ότι ζουν με τους γονείς / τον γονέα.
- Όσον αφορά στον αριθμό παιδιών στην οικογένεια, βρέθηκε ότι 6,3% των ερωτώμενων δεν είχαν άλλα αδέρφια, 62,2% είχαν 1 αδελφό / αδελφή, 25,6% είχαν 2 αδελφούς / αδελφές, 5,9% είχαν 3 αδελφούς / αδελφές και 1 άτομο ή 0,4% είχε 4 αδελφούς / αδελφές. 7 άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση.
- Η μόρφωση της μητέρας και του πατέρα κωδικοποιήθηκαν, όπως προαναφέρθηκε, με 6 βαθμίδες, από το 1=Δημοτικό έως το 6=Μεταπτυχιακές Σπουδές. 244 παιδιά δήλωσαν το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους και όλα τα παιδιά δήλωσαν το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τους.

Οι επί μέρους τιμές για το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων του δείγματος και για τις 6 βαθμίδες αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας (3) – ΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Δημοτικό	29	(11,9%)
Γυμνάσιο	39	(16,0%)
Λύκειο	55	(22,5%)
ΤΕΙ/Ανώτερη Σχολή	37	(15,2%)
ΑΕΙ/ Πολυτεχνείο	53	(21,7%)
Μεταπτυχιακό	31	(12,7%)

Οι επί μέρους τιμές για το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων του δείγματος και για τις 6 βαθμίδες διαμορφώθηκαν ως εξής:

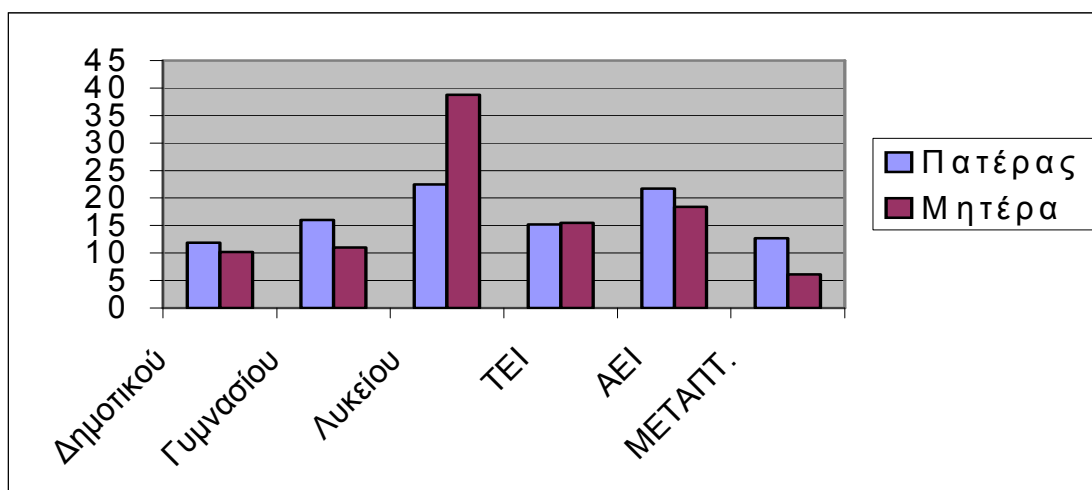
Πίνακας (4) – ΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Δημοτικό	25	(10,2%)
Γυμνάσιο	27	(11,0%)
Λύκειο	95	(38,8%)
ΤΕΙ/Ανώτερη Σχολή	38	(15,5%)
ΑΕΙ/Πολυτεχνείο	45	(18,4%)
Μεταπτυχιακό	15	(6,1%)

Συγκρίνοντας τις τιμές μόρφωσης πατέρων και μητέρων (γραφική παράσταση 1) παρατηρήθηκαν τα παρακάτω: (1) οι πατέρες υπερέτησαν των μητέρων στο κατώτερο και το ανώτερο άκρο του μορφωτικού φάσματος ενώ οι μητέρες υπερέτησαν έναντι των πατέρων, στην κατηγορία 'απόφοιτοι Λυκείου'.

Τα ευρήματα αυτά πιθανώς αντικατοπτρίζουν κοινωνικά πρότυπα φύλου όσον αφορά στις κατά κοινό λόγο άνισες ευκαιρίες μόρφωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα, μεγάλο ποσοστό των μητέρων, δεν είχε προχωρήσει στην ανώτερη εκπαίδευση αντίθετα με τους άντρες που παρουσίαζαν περισσότερο αρμονική κατανομή στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Αντιστρόφως, περισσότεροι πατέρες έναντι των μητέρων είχαν ολοκληρώσει μόνον την δημοτική εκπαίδευση και είχαν ενδεχόμενα εισέλθει σε νεαρή ηλικία στην αγορά εργασίας.

1. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΠΑΤΕΡΩΝ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



- Τα επαγγέλματα πατέρων και μητέρων είχαν τις κοινές κατηγορίες: ΑΝΕΡΓΟΣ /Η, ΚΑΤΩΤΕΡΟ, ΜΕΣΑΙΟ, ΑΝΩΤΕΡΟ, ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ.

Το επάγγελμα της μητέρας είχε την επιπλέον κατηγορία : ΝΟΙΚΟΚΥΡΑ.

Η κατηγοριοποίηση των επαγγελμάτων έγινε όπως έχει προαναφερθεί.

Από τους πατέρες του δείγματος ένας ήταν άνεργος και 8 ήταν συνταξιούχοι. Σε 7 περιπτώσεις έλειπε η δήλωση του επαγγέλματος. Από τις μητέρες 7 ήταν άνεργες, 3 συνταξιούχοι και σε μια περίπτωση έλειπε η δήλωση του επαγγέλματος. **112 μητέρες ή 45,9% ήταν νοικοκυρές. Με βάση τους 238 πατέρες για τους οποίους υπήρχε δήλωση, το 3,8% βρισκόταν εκτός χώρου εργασίας. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις μητέρες ήταν 50%.** Συμπερασματικά αν και ο αριθμός ανέργων μητέρων και πατέρων ήταν αρκετά περιορισμένος διαφάνηκε τάση μεγαλύτερης ανεργίας στις μητέρες του δείγματος από ότι στους πατέρες. Ο συνολικός αριθμός μητέρων εκτός εργασιακού χώρου (κυρίως λόγω ενασχόλησης με τα οικιακά) ήταν συντριπτικός.

Η διασπορά ανάλογα με το φύλο στις τρεις βασικές επαγγελματικές ομάδες φαίνεται γλαφυρά στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας (5) – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΜΗΤΕΡΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ
Κατώτερο	16,8%	11,8%
Μεσαίο	36,1%	47,6%
Ανώτερο	40,6%	45,7%

Οι γονείς του δείγματος εκπροσωπήθηκαν περισσότερο στα ‘μεσαία’ και στα ‘ανώτερα’ κλιμάκια παρά στα ‘κατώτερα’ επαγγέλματα.

Αναφορικά στο φύλο, οι πατέρες φάνηκαν να εκπροσωπούνται, συγκριτικά με τις μητέρες, περισσότερο στο ‘μεσαίο’ και στο ‘ανώτερο’ κλιμάκιο ενώ οι μητέρες υπερισχύουν των πατέρων μόνο στο ‘κατώτερο’ εργασιακό κλιμάκιο. Και πάλι τα αποτελέσματα φάνηκαν να αντικατοπτρίζουν κοινωνικά πρότυπα φύλου όσον αφορά την κατά κοινή ομολογία μικρότερη εκπροσώπηση των γυναικών έναντι των ανδρών στα ανώτερα κυρίως επαγγέλματα.

- Η πλειοψηφία των οικογενειών του δείγματος (83,9%) κατοικούσε σε ιδιόκτητο σπίτι ενώ το 16,1% ενοικίαζε κατοικία.
- Αναφορικά στον αριθμό των κυρίων δωματίων που δηλώθηκε, ο κατώτερος ήταν 2 και ο ανώτερος 6. Οι δυο αυτές κατηγορίες συγκεντρώνουν και τα μικρότερα ποσοστά, 8,2% και 6,9% αντίστοιχα. Το 35,1% και το 36,3% δήλωσαν ότι κατοικούν αντίστοιχα σε σπίτια τριών και τεσσάρων δωματίων ενώ το 13,5% δήλωσε ότι κατοικεί σε σπίτι πέντε δωματίων.
- Από το σύνολο των ερωτηθέντων 94 από τα 97 αγόρια και 146 από τα 148 κορίτσια, δήλωσαν το γενικό βαθμό της προηγούμενης χρονιάς. Ο μέσος βαθμός των αγοριών ήταν 15,02 και των κοριτσιών 14,98.

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

I. ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (ΚΟΕ):

Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν την υπόθεση (1) ότι οι επιλεγμένες περιοχές διέφεραν ως προς το κοινωνικοοικονομικό στάτους των γονέων όπως αυτό εκφράζεται κυρίως από το επάγγελμα, συνεπικουρούμενο από το μορφωτικό επίπεδο, και τον αριθμό δωματίων της κατοικίας. Δεν επιβεβαιώθηκε σχέση μεταξύ της ιδιοκτησίας της κατοικίας και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Παράλληλα, οι περιοχές της Αγ. Βαρβάρας και των Αχαρνών φάνηκε να συγκεντρώνουν μικρότερο ποσοστό γονέων με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο όπως αυτό εκφράζεται κυρίως από την εργασία αλλά και το μορφωτικό επίπεδο σε σύγκριση με το Αμαρούσιο και ακόμη περισσότερο την Κηφισιά. Συνεπώς οι τέσσερες περιοχές να μπορούν να ταξινομηθούν κατά ζεύγη ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο.

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας όλων των σκελών της υπόθεσης (1), εφαρμόστηκε η δοκιμασία Pearson Chi-Square η οποία και επιβεβαίωσε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιοχών, στις μεταβλητές: μόρφωση γονέων, επάγγελμα γονέων και αριθμό δωματίων κατοικίας.

Οι αναλυτικές συσχετίσεις μεταξύ της μεταβλητής 'περιοχή κατοικίας' και των παραμέτρων που συγκροτούν τη μεταβλητή 'κοινωνικοοικονομικό επίπεδο', έχουν ως εξής:

I.1 ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ:

Αναλυτικά, ως προς τη μεταβλητή 'επάγγελμα γονέων', η δοκιμασία Pearson Chi-Square απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παραπάνω περιοχών ως προς την παραπάνω μεταβλητή.

Από τη συσχέτιση μεταξύ του τόπου κατοικίας και της επαγγελματικής βαθμίδας του πατέρα και της μητέρας των μαθητών του δείγματος, προέκυψαν, όπως φαίνεται στους παρακάτω πίνακες (6 και 7), τα εξής: α) αναφορικά στη διασπορά των τριών κατηγοριών επαγγελμάτων (κατώτερα, μεσαία και ανώτερα) στις τέσσερις περιοχές, το μεγαλύτερο ποσοστό γονέων που ασκούν 'ανώτερο' επάγγελμα βρέθηκε στην Κηφισιά και στο Αμαρούσιο σε αντίθεση με τους γονείς των άλλων δυο περιοχών που είχαν συγκριτικά μεγαλύτερη συγκέντρωση γονέων σε 'κατώτερα' επαγγέλματα, και β) το μεγαλύτερο ποσοστό πατέρων και μητέρων που ασκούν 'κατώτερο' επάγγελμα βρέθηκε στην περιοχή των Αχαρνών.

Δεδομένου ότι αρκετοί γονείς στις περιοχές Αχαρνών και Αγ. Βαρβάρας βρέθηκαν να ασκούν 'μεσαία' επαγγέλματα με αποτέλεσμα: **η ειδοποιός διάκριση μεταξύ των περιοχών να τοποθετηθεί στο ποσοστό άσκησης επαγγελμάτων στα 'άκρα' του φάσματος : ανώτερα/κατώτερα.** Παράλληλα αυτό το εύρημα ωθεί στη διαπίστωση ότι οι

παραπάνω περιοχές είναι αρκετά μεικτές ως προς την κοινωνική διαστρωμάτωση και όχι αμιγώς ‘εργατικές’, όπως πιθανόν να ήταν στο παρελθόν.

Επίσης διαφάνηκε μια τάση των μητέρων στις περιοχές Αχαρνών και Αγίας Βαρβάρας, να ασκούν συχνότερα από τους πατέρες των ίδιων περιοχών ‘ανώτερα’ επαγγέλματα. Αντίθετα, μεγαλύτερο ποσοστό μητέρων στην Κηφισιά, συγκριτικά με το Αμαρούσιο, ασκούν ‘κατώτερο’ επάγγελμα.

Πίνακας (6) – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΩΝ ΠΑΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	ΚΑΤΩΤΕΡΟ	ΜΕΣΑΙΟ	ΑΝΩΤΕΡΟ	Σύνολο
Αγία Βαρβάρα	9 15,3%	33 55,9%	17 28,8%	59 100%
Αχαρναί	12 20,0%	33 55,0%	15 25,0%	60 100%
Αμαρούσιο	3 6,0%	25 50,0%	22 44,0%	50 100%
Κηφισιά	3 5,0%	18 30,0%	39 65,0%	60 100%

Πίνακας (7) – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	ΚΑΤΩΤΕΡΟ	ΜΕΣΑΙΟ	ΑΝΩΤΕΡΟ	Σύνολο
Αγία Βαρβάρα	6 20%	15 50%	9 30%	30 100%
Αχαρναί	8 27,6%	11 37,9%	10 34,5%	29 100%
Αμαρούσιο	2 8%	8 32%	15 60%	25 100%
Κηφισιά	4 14,3%	10 35,7%	14 50%	28 100%

Ο αριθμός των ανέργων, δεν παρουσίασε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των περιοχών με τη χαμηλότερη κοινωνική διαστρωμάτωση και των περιοχών με την υψηλότερη κοινωνική διαστρωμάτωση. Παρατηρήθηκε, ωστόσο, μια τάση αυξημένης ανεργίας στις περιοχές με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, συγκριτικά με τις περιοχές με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Επίσης βρέθηκε σχετική ανεξαρτησία της κατηγορίας ‘νοικοκυρά’ από τον τόπο κατοικίας και συνεκδοχικά από το κοινωνικοοικονομικό στάτους (πίνακας 8). Παρότι η περιοχή της Κηφισιάς εμφανίζει τις μικρότερες τιμές μητέρων που ασχολούνται με τα οικιακά και η περιοχή Αχαρνών τις μεγαλύτερες αυτή η αναλογία δεν ισχύει για την περιοχή Αμαρουσίου που παρουσιάζει μεγαλύτερες τιμές από την ασθενέστερη κοινωνικοοικονομικά

περιοχή της Αγ. Βαρβάρας. Επιπλέον οι διαφορές μεταξύ των περιοχών Κηφισιάς και Αχαρνών δεν είναι σημαντικές. Το μέγεθος του δείγματος μας περιορίζει να κάνουμε γενικεύσεις ωστόσο δείχνει μια πολιτισμική τάση των μητέρων ενασχόλησης με τα οικιακά ανεξαρτήτως του κοινωνικού στρώματος στο οποίο ανήκουν.

Πίνακας (8) – ΜΗΤΕΡΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΕΚΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Άνεργη	Νοικοκυρά	Συνταξιούχος	Εργαζόμενη
Αγία Βαρβάρα	4 6,3%	28 44,4%	1 1,6%	30 47,7%
Αχαρνάι		36 54,5%	1 1,5%	29 44,0%
Αμαρούσιο	2 3,8%	25 47,2%	1 1,9%	25 47,1%
Κηφισιά	1 1,6%	23 37,1%		38 61,3%

Ι.2 ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΟΝΕΩΝ:

Ως προς την παράμετρο ‘μορφωτικό επίπεδο’, όπως βλέπουμε στους πίνακες (9) και (10), οι γονείς των περιοχών με υψηλότερο επαγγελματικό επίπεδο (Κηφισιά, Αμαρούσιο) εμφανίζουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους γονείς των περιοχών με χαμηλότερο επαγγελματικό επίπεδο. Φαίνεται ότι το επίπεδο μόρφωσης και η δυνατότητα άσκησης ‘ανώτερου’ επαγγέλματος συμπορεύονται επιβεβαιώνοντας έτσι ότι ορθώς θεωρείται όχι μόνον η εργασία αλλά και το επίπεδο μόρφωσης ως καθοριστικά στοιχεία του κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου.

Ανά φύλο γονέα: α) στους μεν πατέρες (πίνακας 9) το μεγαλύτερο ποσοστό αποφοίτων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης βρέθηκε στην περιοχή των Αχαρνών (42,4%) και το μικρότερο στην Κηφισιά (11,1%), ενώ αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό πατέρων αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης βρέθηκε στην Κηφισιά (76,2%) και το μικρότερο στην Αγία Βαρβάρα (30,2%).

Πίνακας (9) – ΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	Πρωτοβάθμια	Δευτερ/θμια	Τριτο/θμια	Σύνολο
Αγία Βαρβάρα	21 33,3%	23 36,5%	19 30,2%	63 100%
Αχαρναί	28 42,4%	13 19,7%	25 37,9%	66 100%
Αμαρούσιο	12 23,1%	11 21,1%	29 55,8%	52 100%
Κηφισιά	7 11,1%	8 12,7%	48 76,2%	63 100%

β) Στις δε μητέρες, όπως φαίνεται στον πίνακα (10), ομοίως με τους πατέρες, το μεγαλύτερο ποσοστό αποφοίτων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συναντάται στην περιοχή Αχαρνών ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή Κηφισιάς. Οι περιοχές Κηφισιάς και Αγ. Βαρβάρας συγκεντρώνουν όπως και στους πατέρες, τις πιο ‘ακραίες’ τιμές: Η μεν Κηφισιά συγκεντρώνει το μεγαλύτερο αριθμό μητέρων με τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ η Αγ. Βαρβάρα τον μικρότερο. Ωστόσο αρκετές μητέρες στις εύπορες περιοχές δήλωσαν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, γεγονός που ενδεχόμενα αντανάκλα τον μεγαλύτερο, εν γένει, αποκλεισμό των γυναικών από την ανώτατη εκπαίδευση.

Πίνακας (10) – ΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΜΗΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

	Πρωτοβάθμια	Δευτερ/θμια	Τριτ/θμια	Σύνολο
Αγία Βαρβάρα	19 30,2%	29 46,0%	15 23,8%	63 100%
Αχαρναί	20 30,3%	34 51,5%	12 18,2%	66 100%
Αμαρούσιο	8 15,1%	17 32,1%	28 52,8%	53 100%
Κηφισιά	5 7,9%	15 23,8%	43 68,3%	63 100%

1.3 ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Αναλυτικά ως προς τη μεταβλητή ‘ιδιοκτησία της κατοικίας’, παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των Δυτικών Προαστίων (Αχαρναί και Αγία Βαρβάρα) και των Βορείων Προαστίων (Αμαρούσιο και Κηφισιά). Περισσότεροι μαθητές/ μαθήτριες των Δυτικών Προαστίων βρέθηκαν να ζουν σε ιδιόκτητες κατοικίες (93,7% στην Αγία Βαρβάρα και 92,3% στην περιοχή Αχαρνών) σε σχέση με τους ομότιμους τους στα Βόρεια Προάστια (71% στην Κηφισιά και 76,9% στο Μαρούσι). **Η διαφορά μεταξύ των περιοχών βρέθηκε στατιστικά σημαντική (Pearson Chi-Square, $p=0,01$).** Το μικρότερο ποσοστό ιδιοκτησίας

της κατοικίας στις περιοχές με ανώτερο κοινωνικό/ μορφωτικό επίπεδο πιθανόν να αντικατοπτρίζει διαφοροποιήσεις στο 'παραδοσιακό' πολιτισμικό ιδεώδες του ιδιόκτητου σπιτιού ή άλλα δεδομένα όπως π.χ. γεωγραφική κινητικότητα. Το εύρημα αυτό α. δεν επιβεβαιώνει το σκέλος (γ) της υπόθεσης 1, ότι ενδεχόμενα περισσότερα άτομα ζουν σε ιδιόκτητη κατοικία στις ανθηρότερες οικονομικά περιοχές και συνεπώς β. αποτυγχάνει να υποστηρίξει τον συνυπολογισμό της ιδιοκτησίας της κατοικίας στον ορισμό των 'ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων', όπως έχει γίνει σε άλλες έρευνες (Γκότοβος, 1996).

1.4 ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Αντίθετα η μεταβλητή 'αριθμός δωματίων της κατοικίας', αποδείχθηκε επιπλέον δείκτης κοινωνικής-οικονομικής ευμάρειας επιβεβαιώνοντας έτσι το σκέλος (δ) της υπόθεσης 1. Η σχέση μεταξύ του αριθμού δωματίων της κατοικίας και του τύπου διαμονής αποδείχθηκε σύμφωνα με τη δοκιμασία Pearson Chi-Square, στατιστικά σημαντική ($p=0,015$).

Όπως φαίνεται στον πίνακα (11), οι διαφορές διαπιστώθηκαν στα άκρα του φάσματος, δηλαδή στις κατοικίες με τα λιγότερα και τα περισσότερα δωμάτια. Οι μαθητές/μαθήτριες των περιοχών Αμαρουσίου και Κηφισιάς, κατοικούν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σπίτι έξι δωματίων (7,5 % και 14,3% αντίστοιχα) από ότι εκείνοι που ζουν στην Αγία Βαρβάρα (3,2%) και στην περιοχή Αχαρνών (3,0%). Αντίθετα οι μαθητές/μαθήτριες που ζουν στην Αγία Βαρβάρα, κατοικούν σε ποσοστό 12,7% σε σπίτι δυο δωματίων, ενώ οι ομόλογοι τους στην Κηφισιά σε ποσοστό 1,6%.

Πίνακας (11) - ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ

	1	2	3	4	5	6+	Συν.
Αγία Βαρβάρα	1 1,6 %	7 11,1%	26 41,3%	22 34,9%	5 7,9%	2 3,2%	63 100%
Αχαρνάι		6 9,1%	21 31,8%	24 36,4%	13 19,7%	2 3,0%	66 100%
Αμαρούσιο		5 9,4%	22 41,5%	20 37,7%	2 3,8%	4 7,6%	53 100%
Κηφισιά		1 1,6%	17 27,0%	23 36,5%	13 20,6%	9 14,3%	63 100%

II. ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

Διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού στάτους και της οικογενειακής κατάστασης των γονέων. Συγκεκριμένα βρέθηκε αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του χαμηλότερου κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου (μόρφωση/ επάγγελμα) και της λύσης του

γάμου σε αντίθεση με το υψηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όπου η σχέση ήταν ανάλογη. Οι σχέσεις αυτές φαίνονται καθαρά στον παρακάτω ποσοστιαίο πίνακα (12). Για τον έλεγχο των ευρημάτων εφαρμόστηκε η δοκιμασία Pearson Chi-Square η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιοχών με διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γονέων ($p = 0,025$).

Πίνακας (12) – ΔΙΑΣΤΑΣΗ/ΔΙΑΖΥΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Κηφισιά	Αμαρούσιο	Αχαρναί	Αγ. Βαρβάρα
13,3%	13,7%	7,8%	0%

Συμπερασματικά, αν και το μέγεθος του δείγματος δεν επιτρέπει γενικεύσεις μπορεί να υποτεθεί μια σχέση μεταξύ του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της προσήλωσης σε παραδοσιακές κοινωνικές αξίες που στηρίζουν το θεσμό του γάμου και αποτρέπουν τη λύση του. Αντίθετα μπορεί να υποτεθεί ότι τα άτομα υψηλότερου κοινωνικοπολιτισμικού επιπέδου τείνουν να υπερβούν την παράδοση υπερτονίζοντας πιθανόν την αξία της ατομικής ευτυχίας σε βάρος του παραδοσιακού συστήματος αξιών. Οι παραπάνω υποθέσεις δεν θα μπορούσαν να τεκμηριωθούν στα πλαίσια της παρούσας έρευνας και ούτε άλλωστε ανήκουν στους στόχους της. Ωστόσο εγείρουν ενδιαφέροντα ερωτήματα προς διερεύνηση.

Το μονογονεϊκό στάτους δεν συσχετίστηκε με άλλες παραμέτρους. Στη βιβλιογραφία δεν έχει διαπιστωθεί άμεση σχέση μεταξύ του μονογονεϊκού στάτους της οικογένειας και των διατροφικών διαταραχών αλλά σχέση μεταξύ της παραμέτρου αυτής και της κατάθλιψης όταν συνυπάρχουν φτώχεια και ανεργία. Μολονότι οι παραπάνω συσχετίσεις υπερβαίνουν τα όρια αυτής της έρευνας διαπιστώνουμε ότι τα παρόντα ευρήματα αποτυγχάνουν να υποστηριχθούν από τα ευρήματα μας.

III. ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Αντίθετα δεν προέκυψε από τη στατιστική δοκιμασία Pearson Chi-Square διαφορά στον αριθμό παιδιών ανά οικογένεια στις διάφορες περιοχές.

IV. ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ /ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΗ/ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ROMA

Για τη διερεύνηση της υπόθεσης (2), ότι η περιοχή κατοικίας και κατά συνέπεια το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των μαθητών του δείγματος έχει σχέση με την εθνικότητα, την παλιννόστηση ή την καταγωγή Roma, εφαρμόστηκε η δοκιμασία Pearson Chi-Square. Τα αποτελέσματα δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά ενδεχόμενα λόγω της μικρής εκπροσώπησης οικογενειών με τέτοια χαρακτηριστικά στο δείγμα.

B. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΜΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Q-EDD

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Για την ικανοποίηση του πρωταρχικού στόχου αυτής της έρευνας που συνίστατο στην ανίχνευση κλινικών και άτυπων προβλημάτων στη λήψη τροφής, στον υπό εξέταση μαθητικό πληθυσμό, χορηγήθηκε το διαγνωστικό ερωτηματολόγιο Q-EDD (Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis).

Όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα (13), από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι επί συνόλου 245 μαθητών και μαθητριών, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ήταν ελεύθερα προβλημάτων στη λήψη τροφής, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό παρουσίαζε άτυπα προβλήματα στη λήψη τροφής ενώ το μικρότερο ποσοστό παρουσίαζε κλινική συμπτωματολογία στη λήψη τροφής, όπως ορίζεται στο DSM-IV.

Πίνακας (13) – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Κλινικές μορφές διατ. διατροφής	24 (9,79%)
Άτυπες μορφές διατ. διατροφής	75 (30,6%)
Άνευ διατροφικών προβλημάτων	146 (59,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	246 (100%)

Οι κλινικές μορφές προβλημάτων στη λήψη τροφής βρέθηκαν σε όλο τους το φάσμα (πίνακας 14). Οι τιμές για τις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς, συμπεριλαμβανομένης της Διαταραχής Επεισοδίων Υπερφαγίας, ήταν σημαντικά υψηλότερες των άλλων κλινικών μορφών, όπως άλλωστε αναφέρεται σε διεθνείς μελέτες (Machado και συν, 2007; Fairburn, & Cooper, 2007b). Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις (3) και (4) αντίστοιχα. Επιβεβαιώθηκε, επίσης, ότι τα άτυπα προβλήματα διαταραχών διατροφής, επηρεάζουν αρκετά μεγάλο ποσοστό εφήβων (Patton και συν, 2008).

Πίνακας (14)- ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

N=245		
Ψυχ. Ανορεξία	1	0,4%
Ψυχ. Βουλιμία	2	0,8%
Διαταραχή Επ. Υπερφαγίας	11	4,5%
Ανορεξία με Έμμηνο Ρύση(EDNOS)	6	2,45%
Υπό του Κατ/φλίου Βουλιμία (EDNOS)	2	0,8%
Βουλιμία άνευ Υπερφαγίας (EDNOS)	2	0,8%
ΣΥΝΟΛΟ	24	9,79%

Συμπτώματα διατροφικής διαταραχής είχαν – όπως ήταν αναμενόμενο από τη διεθνή βιβλιογραφία – ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό μαθητών και μαθητριών (υπόθεση 6). Γνωρίζοντας ότι τα άτομα με άτυπα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής ανήκουν σε ομάδα κινδύνου για την ανάπτυξη στο μέλλον διατροφικών διαταραχών πλήρους μορφής (Crow και συν, 2002; Crow, 2007; Ackard και συν, 2007), συμπεραίνουμε ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος μας βρίσκεται σε αυτή τη κατηγορία.

Όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα (15), ίσχυσαν όλες οι υποκλινικές κατηγορίες συμπτωμάτων, που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο Q-EDD. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την ισχύ αυτής της άτυπης κατηγοριοποίησης και στον ελλαδικό χώρο.

Πίνακας (15) – ΑΤΥΠΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Ανορεξία με χαμηλό βάρος	2 2,7%
Βουλιμία άνευ υπερφαγίας και μη κανονικό βάρος	1 1,3%
Υπό του κατωφλίου βουλιμία άνευ υπερφαγίας	7 9,3%
Υπό του κατωφλίου διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας	9 12,0%
Δίαιτα με επεισόδια υπερφαγίας	11 14,7%
Συμπεριφορική βουλιμία	4 5,3%
Υπό του κατωφλίου συμπεριφορική βουλιμία	2 2,7%
Χρόνια δίαιτα	12 16,0%
Συμπεριφορική Διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας	27 36,0%
ΣΥΝΟΛΟ	75 100,0%

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

I. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

I.1. Ο εξεταζόμενος μαθητικός πληθυσμός αποτελείτο κατά 40% περίπου (97), από αγόρια και κατά 60% περίπου (148) από κορίτσια.

I.2. Για την διερεύνηση της υπόθεσης (6), η οποία ανέμενε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φύλου και διατροφικών διαταραχών κλινικού και μη κλινικού τύπου (άτυπες), με τα κορίτσια να υπερέχουν έναντι των αγοριών σε όλες τις τιμές, εφαρμόστηκε η δοκιμασία Pearson Chi-Square ($p=0,000$) η οποία επιβεβαίωσε τα παραπάνω. Αναλυτικότερα, οι ποσοστιαίες τιμές των τριών ομάδων (ασυμπτωματικοί/άτυποι/κλινικοί) (πίνακας 16), δείχνουν ότι η παρουσία κλινικών συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, είναι υπερτετραπλάσια στα κορίτσια, συγκριτικά με τα αγόρια. Στον πίνακα (17) φαίνονται αναλυτικά οι τιμές των επιμέρους κλινικών διατροφικών διαταραχών για κάθε φύλο. Σημαντική επίσης είναι και η διαφορά εις βάρος των κοριτσιών και στην υποκλινική ομάδα, όπως φαίνεται αναλυτικά στον πίνακα (18). Η υπέρσχυση των κοριτσιών στα παθολογικά ευρήματα συμφωνεί με διεθνή ευρήματα (Hoek και συν 1995a; Barry & Grilo, 2002; Mussap, 2002, 2007) και με τα ευρήματα παλαιότερης ελληνικής έρευνας, σε μαθητικό πληθυσμό (Μωρόγιαννης, 2000).

Πίνακας (16) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Άνευ Διατροφικών προβλημάτων	72 (74%)	74 (50%)
Άτυπες μορφές Διατ. Διατροφής	22 (23%)	53(36%)
Κλινικές μορφές Διατ. Διατροφής	3(3,09%)	21(14,19%)

Πίνακας (17) – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

	ΑΓΟΡΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡ/ΤΣΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
	(Freq)	%	(Freq)	%	N=245
Ψυχ. Ανορεξία	1	1,03%	0	0	1 0,4%
Ψυχ. Βουλιμία	0	0	2	1,35%	2 0,8%
Διατ.Επ/δίωνΥπερφαγίας	1	1,03%	10	6,76%	11 4,5%
ΑνορεξίαμεΕμμηνορρύση(EDNOS)	0	0	6	4,05%	6 2,45%

Υπό του Κατ/φλίου Βουλ(EDNOS)	0	0	2	1,35%	2	0,8%
Βουλ. άνευ Υπερφαγίας (EDNOS)	1	1,03%	1	0,68%	2	0,8%
ΣΥΝΟΛΟ	3	3,09%	21	14,19%	24	9,79%

Πίνακας (18) – ΑΤΥΠΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	
Ανορεξία με χαμηλό βάρος		2 3,8%	2 2,7%
Βουλιμία άνευ υπερφαγίας όχι κανονικού βάρους		1 1,9%	1 1,3%
Υπό του κατωφλίου βουλιμία άνευ υπερφαγίας	2 9,1%	5 9,4%	7 9,3%
Υπό του κατωφλίου διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας	3 13,6%	6 11,3%	9 12,0%
Δίαιτα με επεισόδια υπερφαγίας	2 9,1%	9 17,0%	11 14,7%
Συμπεριφορική βουλιμία	1 4,5%	3 5,7%	4 5,3%
Υπό του κατωφλίου συμπεριφορική βουλιμία	1 4,5%	1 1,9%	2 2,7%
Χρόνια δίαιτα	1 4,5%	11 20,8%	12 16,0%
Συμπεριφορική διαταραχή Επεισοδίων υπερφαγίας	12 54,5%	15 28,3%	27 36,0%
ΣΥΝΟΛΟ	22 100,0%	53 100,0%	75 100,0%

II. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ/ ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΗ/ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ROMA:

Όπως επισημάνθηκε κατά τη συζήτηση των δημογραφικών δεδομένων, η προσδοκία της έρευνας για ικανοποιητικό αριθμό μαθητών, παλιννοστούντων, αλλοδαπών και Roma, δεν ικανοποιήθηκε. Όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα, μόνον 6 παιδιά (2,4%) δήλωσαν μη ελληνική ιθαγένεια, μόνον 10 παιδιά (4,5%) δήλωσαν παλιννοστούντες και μόνον 1 μαθήτρια δήλωσε Roma. Τα ποσοστά αυτά θεωρήθηκαν πολύ μικρά ώστε να εξεταστούν παραγοντικά σε συνάρτηση με τις διαταραχές διατροφής και τις άλλες μεταβλητές, της έρευνας.

Πίνακας (19) – ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ, ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΟΥΝΤΕΣ ΚΑΙ ROMA ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	6	2,4%
ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΟΥΝΤΕΣ	10	4,5%
ROMA	1	0,4%

III. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΚΟΕ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ/ΜΟΡΦΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ):

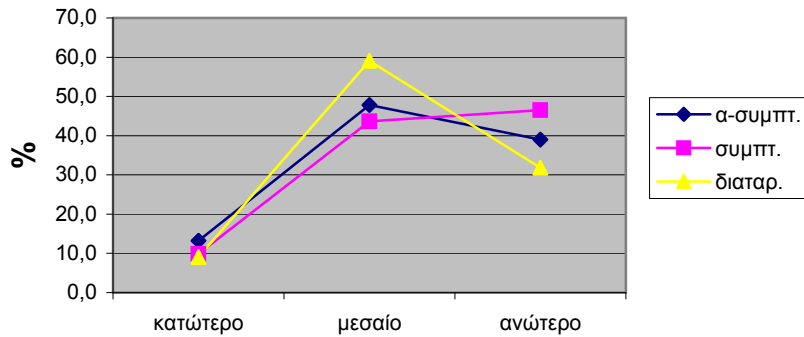
Όπως αναλύθηκε στο θεωρητικό μέρος, η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών ή στη μορφή διατροφικής διαταραχής είναι αμφιλεγόμενη. Στην παρούσα έρευνα αναμενόταν, σύμφωνα με την υπόθεση (7), πιθανά στατιστικά ασήμαντη σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του ΚΟΕ. Η εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας Pearson Chi-Square δια τη διερεύνηση της παραπάνω υπόθεσης, όντως επιβεβαίωσε στατιστικά ασήμαντη σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (όπως εκφράζεται με το επάγγελμα και τη μόρφωση γονέων) και των διατροφικών διαταραχών κλινικών και άτυπων.

Η αναλυτικότερη σχέση μεταξύ των παραμέτρων που διαμορφώνουν το ΚΟΕ και των διατροφικών διαταραχών παρουσιάζεται αμέσως παρακάτω:

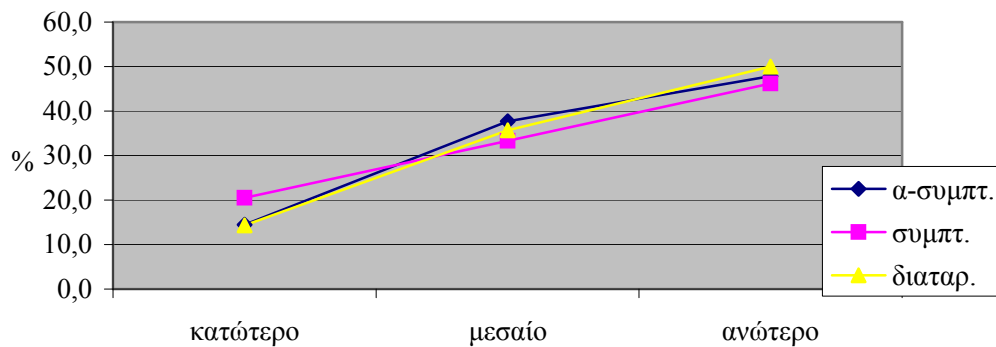
I.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ:

Όπως φαίνεται από τα ακόλουθα γραφήματα (2,3) η κατηγορία του επαγγέλματος των γονέων, δεν φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση κλινικών και άτυπων διαταραχών διατροφής.

ΓΡ. ΠΑΡ. (2) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ



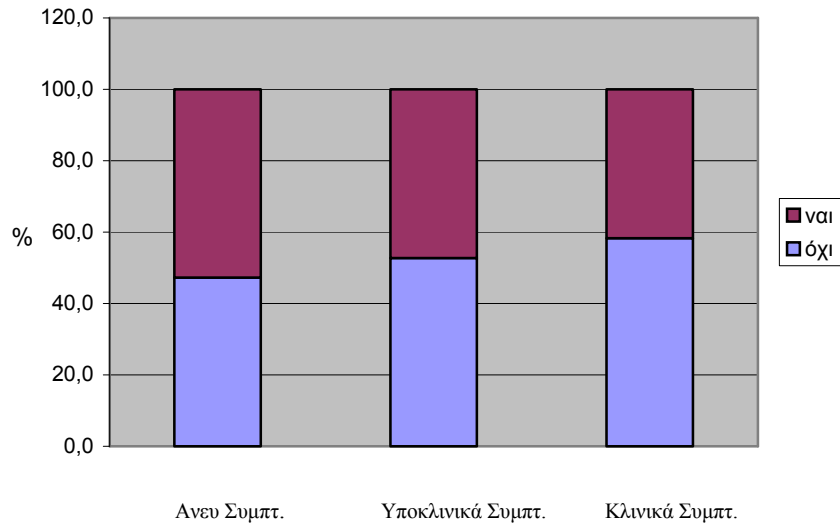
ΓΡ. ΠΑΡ. (3) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ



Η στατιστική δοκιμασία Pearson Chi-Square που εφαρμόστηκε για την διερεύνηση της υπόθεσης 7α δεν απέδειξε σχέση μεταξύ του επαγγελματικού επιπέδου των γονέων και της εκδήλωσης διατροφικής διαταραχής κλινικού ή μη κλινικού τύπου (άτυπες).

Επίσης, όπως φαίνεται στο γράφημα (4), δε φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση διατροφικής διαταραχής εάν η μητέρα εργάζεται ή βρίσκεται εκτός αγοράς εργασίας ως νοικοκυρά, συνταξιούχος ή άνεργη.

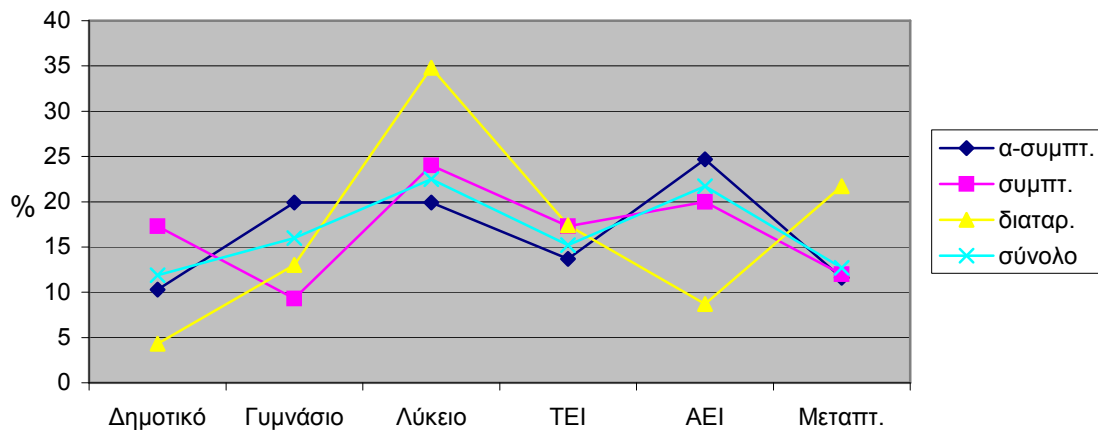
ΓΡ. ΠΑΡ. (4)- ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΑ ΕΚΤΟΣ ΑΓΟΡΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



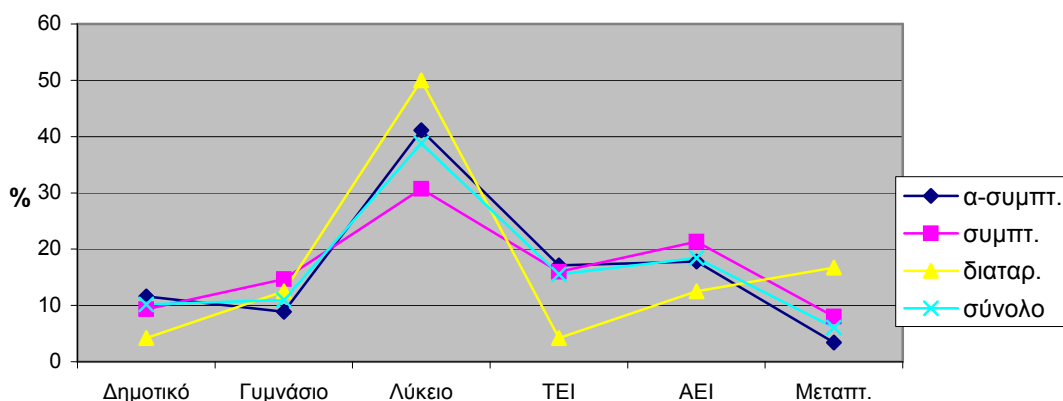
I. 2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ:

Τα ακόλουθα γραφήματα (5,6) δείχνουν τις κατανομές της μόρφωσης του πατέρα και της μητέρας αντίστοιχα για τις τρεις ομάδες: ‘άνευ συμπτωμάτων’, ‘με άτυπες διαταραχές διατροφής’ και ‘με κλινικές διαταραχές διατροφής’.

ΓΡ. ΠΑΡ. (5) – ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΣΗ ΠΑΤΕΡΑ



ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ (6) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑ



Κατά την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας Pearson ChiSquare, για την εξέταση της υπόθεσης 7β, δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της μόρφωσης του πατέρα ή της μητέρας και της εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, κλινικών ή συμπτωματικών, στους εφήβους της έρευνάς μας.

1.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

Όπως αναφέρθηκε στο πρώτο μέρος των αποτελεσμάτων, τα τέσσερα προάστια της Αττικής (Αγία Βαρβάρα, Αχαρναί, Αμαρούσιο και Κηφισιά) διαφέρουν ως προς το ΚΟΕ των γονέων των μαθητών/ μαθητριών του δείγματος. Εφόσον το ΚΟΕ βρέθηκε ανεξάρτητο της παρουσίας προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής επαγωγικά θεμελιώθηκε η ανεξαρτησία μεταξύ περιοχής κατοικίας και διατροφικών διαταραχών κλινικού και μη κλινικού τύπου. Κατά συνέπεια η υπόθεση 7γ βρέθηκε ισχύουσα.

IV. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Η μέση τιμή ηλικίας των ατόμων ελεύθερων συμπτωμάτων ήταν 16,02, των υποκλινικών 16,23 και εκείνων με στοιχεία κλινικής διατροφικής διαταραχής 16,26. Οι διαφορές δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές σε αντίθεση με προηγούμενο εύρημα σε έλληνες εφήβους (Μωρόγιαννης, 2000).

V. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ:

Για την διερεύνηση της ισχύος παλαιότερων ευρημάτων (Dura & Bornstein, 1989), ότι τα άτομα με παθολογικές συμπεριφορές διατροφής ανορεκτικού -περιοριστικού τύπου, τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερη σχολική επίδοση συγκριτικά με τα άτομα με άλλες διαταραχές διατροφής, υπολογίστηκε, η μέση τιμή σχολικής επίδοσης για την προηγούμενη

χροινιά, των 7 περιστατικών στην κατηγορία 'Ανορεξία' (Ψυχογενής Ανορεξία και Ανορεξία με Έμμηνο Ρύση) και των υπολοίπων περιστατικών που παρέπεμπαν σε κλινική διατροφική διαταραχή. Για τα ανορεξικά περιστατικά, μια βαθμολογία ήταν ελλείπουσα, έτσι ώστε μόνο 6 βαθμολογίες σχημάτισαν τη μέση τιμή, η οποία ήταν 15,37. Η μέση τιμή των μαθητών/μαθητριών που εμφάνισαν μη ανορεξικού - περιοριστικού τύπου συμπεριφορές, ήταν 14,01. Η παρατηρούμενη διαφορά των μέσων τιμών δεν αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική. Αν και ο αριθμός των παιδιών με κλινικά συμπτώματα ανορεξίας ήταν πολύ μικρός για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, οι σχολικές τους επιδόσεις βρέθηκαν ανεξάρτητες των παθολογικών συμπτωμάτων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί, για τα κορίτσια, με ευρήματα παλαιότερης ελληνικής έρευνας (Μωρόγιαννης, 2000).

Πίνακας (20) – ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΟΡΕΞΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

	Median
Ανορεξικά Περιστατικά	15,37
Μη Ανορεξικά Περιστατικά	14,01

3. ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ανά τύπο διάγνωσης)

Το ερωτηματολόγιο Q-EDD, όπως περιγράφηκε προηγούμενα, αποτελεί εργαλείο ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό και σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου καθώς και ένα αρκετά έγκυρο διαγνωστικό εργαλείο σε πληθυσμούς με κλινικά συμπτώματα. Προσφέρει τη δυνατότητα διάκρισης α. μεταξύ ατόμων με διάγνωση διατροφικής διαταραχής (Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία, Διατροφικές Διαταραχές Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς (EDNOS) και β. ατόμων με άτυπα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής. Τα αναλυτικά ευρήματα θα παρουσιαστούν με τη σειρά που παραθέτονται στο εγχειρίδιο αξιολόγησης. Το ίδιο ισχύει και για τα επιμέρους κριτήρια τα οποία οδηγούν στη τελική διάγνωση της διατροφικής διαταραχής (επισημαίνουμε ότι ο όρος **διάγνωση** είναι **σηματικός**, δεδομένου ότι η έρευνα δεν περιλάμβανε δεύτερη φάση κλινικής επιβεβαίωσης των ευρημάτων. Συνεπώς τα ευρήματα μας, ιδιαίτερα για τις κλινικές μορφές των διατροφικών διαταραχών, παραπέμπουν σε ενδεικτικά και όχι σε καταληκτικά συμπεράσματα).

1. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΜΕ ΕΜΜΗΝΟ ΡΥΣΗ

Καθοριστικό ρόλο για τη διάγνωση στοιχείων ψυχογενούς ανορεξίας παίζουν:

- α) ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) ($\leq 17,5$)
- β) η επιλογή του κλιμακίου 4 και 5 (πάρα πολύ ή υπερβολικά – απόλυτα) στην ερώτηση 7 και 8 (άγχος για την αύξηση βάρους)

γ) να ισχύει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

- καταφατική απάντηση στην ερώτηση 10 ή 11, ή λάθος εκτίμηση του σωματικού βάρους (συνεπάγεται από την υπερεκτίμηση του πραγματικού που είναι χαμηλό ή υπερβολικά χαμηλό ή/και την απάντηση στην ερώτηση 9 υπέρβαρο ή παχύσαρκο).
- επιλογή του κλιμακίου 4 ή 5 στην ερώτηση 6 αρνητική απάντηση στην ερώτηση 12
- οι ερωτήσεις 13, 1 και 4 χρησιμοποιούνται στη συνέχεια για τον προσδιορισμό του τύπου της Ανορεξίας.

1) Βασικό κριτήριο για τη διάγνωση στοιχείων ψυχογενούς ανορεξίας και ανορεξίας με έμμηνο ρύση, είναι λοιπόν, το χαμηλό βάρος σώματος σε σχέση με το ύψος ή αλλιώς ο χαμηλός Δ.Μ.Σ. Στην παρούσα έρευνα 14 παιδιά βρέθηκαν με Δ.Μ.Σ. ≤ 17.5 , ενώ με στοιχεία ψυχογενούς ανορεξίας βρέθηκαν 7 παιδιά (1 αγόρι με στοιχεία ψυχογενούς ανορεξίας περιοριστικού τύπου και 6 κορίτσια με στοιχεία ανορεξίας με έμμηνο ρύση (EDNOS). Το φύλο συσχετίζεται όπως παρατηρήθηκε παραπάνω, σημαντικά με την παρουσία προβλήματος στην πρόσληψη τροφής (πίνακας 21).

Πίνακας (21) – ΑΝΟΡΕΞΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

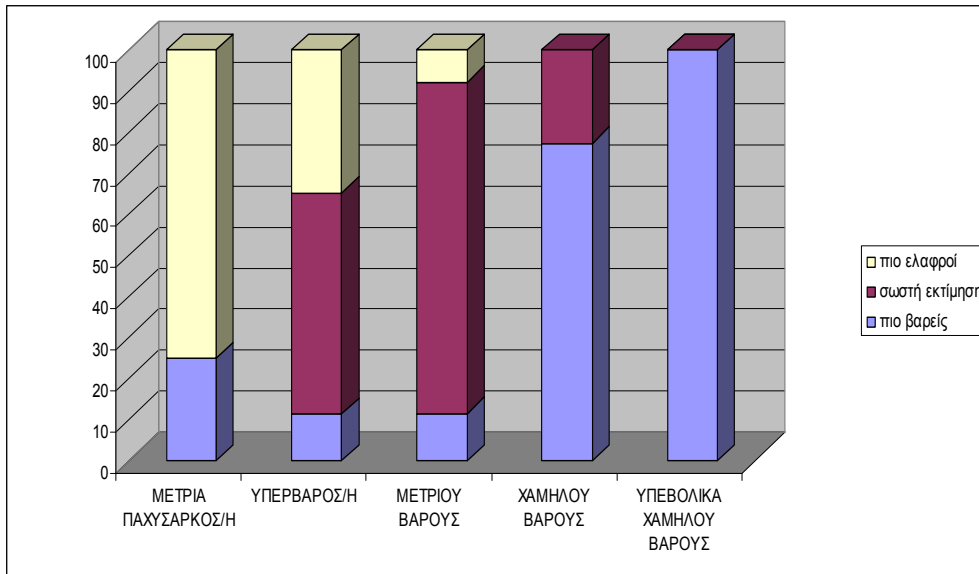
	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Ψυχογενής Ανορεξία	1		1
Ανορεξία με Έμμηνο Ρύση (EDNOS)		6	6
ΣΥΝΟΛΟ	1	6	7

2) Η συσχέτιση μεταξύ φύλου και διατροφικής διαταραχής ίσχυσε και για τα επί μέρους κριτήρια τα οποία οδηγούν στην τελική διάγνωση της ανορεξικής συμπεριφοράς κλινικού τύπου:

Ι.1.ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Η κατανομή του Δ.Μ.Σ. διαφέρει σημαντικά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Pearson Chi-Square, $p=0,02$), με την τάση τα κορίτσια να εμπίπτουν συχνότερα από τα αγόρια στις κατηγορίες χαμηλού βάρους και υπερβολικά χαμηλού βάρους (γραφική παράσταση 7). Συνεπώς επιβεβαιώνεται η υπόθεση (6^α), που προέβλεπε μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των κοριτσιών στις παραπάνω κατηγορίες.

ΓΡ. ΠΑΡ. (7): ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ



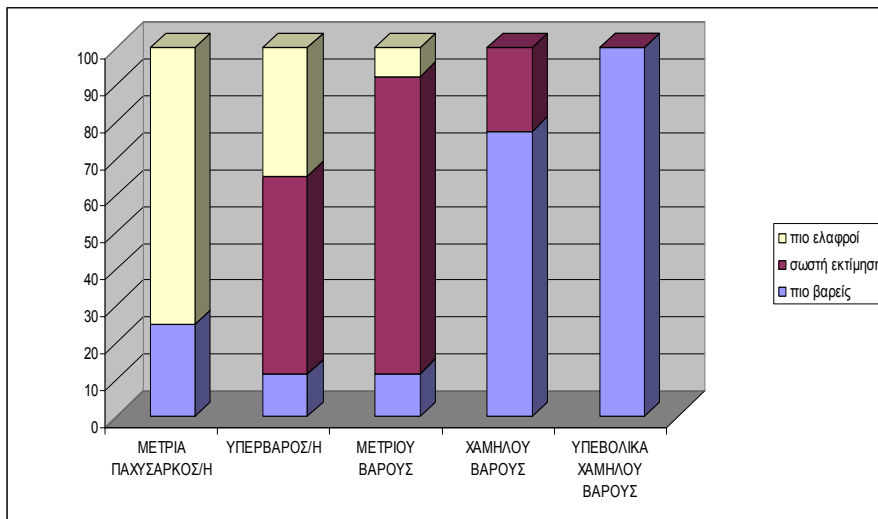
Ι.2. ΒΑΡΟΣ/ΣΧΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Κατά την εφαρμογή της δοκιμασίας Pearson Chi-Square στα ευρήματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις του δείγματος στις ερωτήσεις 6, 7, 8, 10 και 11 του ερωτηματολογίου προέκυψαν τα εξής: τα κορίτσια ανησυχούν περισσότερο από τα αγόρια μήπως γίνουν παχύσαρκα (ερώτηση 7, Pearson Chi-Square, $p < 0,01$) και μήπως πάρουν βάρος (ερώτηση 8, Pearson Chi-Square, $p < 0,01$), ενώ επηρεάζονται περισσότερο από το βάρος και το σχήμα του σώματός τους (ερώτηση 6, Pearson Chi-Square, $p < 0,01$) και είναι συχνότερα δυσαρεστημένα, σε σχέση με τα αγόρια, με ένα μέρος του σώματος (ερώτηση 10, Fisher's Exact Test, $p = 0,048$) ή ολόκληρο το σώμα τους (ερώτηση 11, Fisher's Exact Test, $p = 0,016$). Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν εξ ολοκλήρου την υπόθεση 6^β.

Ι.3. ΔΗΛΩΘΕΝ/ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

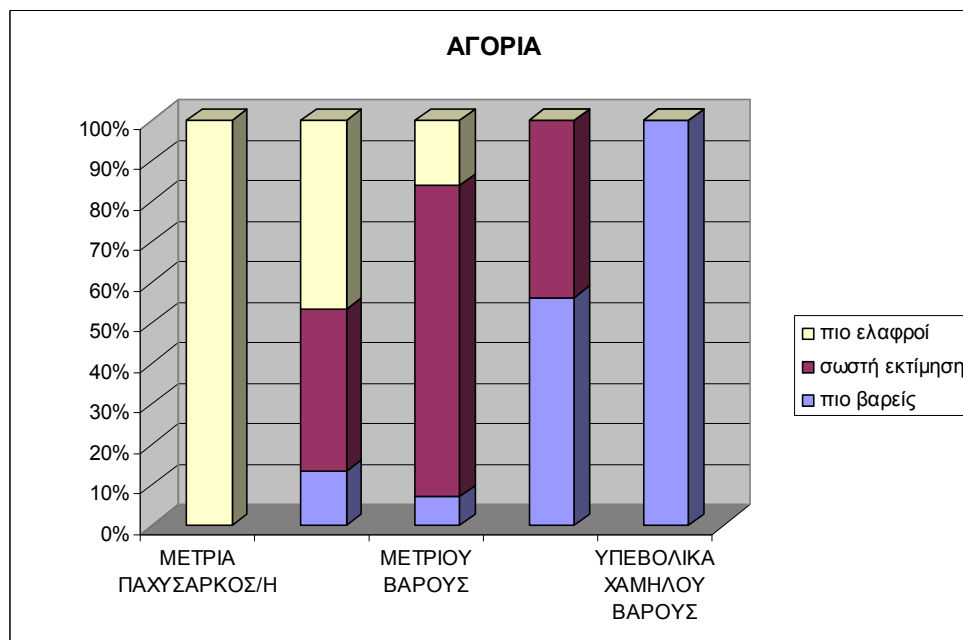
Σε ότι αφορά στην αντιπαραβολή της πραγματικής, κατά δήλωση, κατηγορίας βάρους και της εκτιμώμενης κατηγορίας βάρους (ερώτηση 9), τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τα ευρήματα άλλων μελετών ότι τα άτομα με μεγαλύτερο βάρος τείνουν να υποτιμούν το βάρος τους τοποθετώντας τους εαυτούς τους σε μικρότερη κατηγορία ενώ τα άτομα με χαμηλό βάρος κάνουν ακριβώς το αντίθετο (γράφημα 8).

ΓΡ. ΠΑΡ. (8) – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

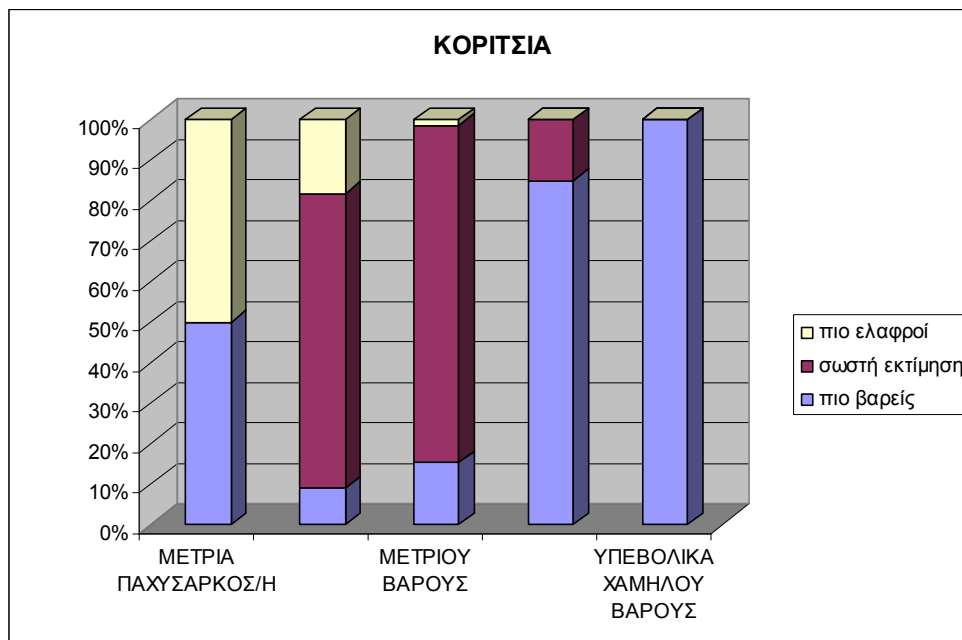


Συγκρίνοντας το δηλωθέν και εκτιμώμενο σωματικό βάρος μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών επιβεβαιώθηκε η υπόθεση 6^γ η οποία προέβλεπε μικρότερη τάση των κοριτσιών να τοποθετήσουν τον εαυτό τους σε χαμηλότερη κατηγορία βάρους (γραφικές παραστάσεις 9 και 10).

ΓΡ. ΠΑΡ. (9) – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΑ ΑΓΟΡΙΑ



ΓΡ. ΠΑΡ. (10) – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΑ ΚΟΡΙΤΣΙΑ



Ι.4. ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα που προέκυψε από τις απαντήσεις στην ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αγοριών (62,9%) και των κοριτσιών (54,7%) του δείγματος, δεν θεωρούν το υπερβολικά χαμηλό σωματικό βάρος σοβαρό πρόβλημα. Στη στάση αυτή παραδόξως δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων (Fisher's Exact Test, $p=0,234$).

II. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ - ΥΠΟ ΤΟΥ ΚΑΤΩΦΛΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Καθοριστικό ρόλο για τη διάγνωση στοιχείων ψυχογενούς βουλιμίας (καθαρτικού και μη καθαρτικού τύπου) παίζουν:

α) η καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 1 και 2

β) η επιλογή του κλιμακίου 4 ή 5 στην ερώτηση 6

Καθοριστικό ρόλο για τη διάγνωση στοιχείων ψυχογενούς βουλιμίας και υπό του κατωφλίου βουλιμίας (EDNOS), παίζει επιπλέον

γ) η δήλωση μιας τουλάχιστον αντισταθμιστικής συμπεριφοράς

(ερώτηση 4): πρόκληση εμετού, κατάποση υπακτικών ή διουρητικών, υποκλυσμό, νηστεία.

1. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκαν με στοιχεία ψυχογενούς βουλιμίας (καθαρτικού τύπου) 2 κορίτσια και με υπό του κατωφλίου βουλιμία, επίσης 2 κορίτσια.

Πίνακας (22) - ΒΟΥΛΙΜΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Ψυχογενής Βουλιμία		2	2
Υπό του Κατωφλίου Βουλιμία (EDNOS)		2	2
ΣΥΝΟΛΟ		4	4

Όπως θα δούμε παρακάτω η ανταπόκριση του δείγματος στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν δηλωτική κάποιων διαφορών μεταξύ των φύλων:

II.1. ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Συνολικά 74 άτομα ή 30,2%, απάντησαν καταφατικά στην ερώτηση 1, δήλωσαν δηλαδή ότι βιώνουν υπερφαγικά επεισόδια. Εξ αυτών, 51 ήταν κορίτσια (34,5% του συνόλου των κοριτσιών) και 23 αγόρια (23,7% του συνόλου των αγοριών). Η p-τιμή του Fisher's Exact Test για τη διαφορά των ποσοστών αυτών υπολογίστηκε στο 0,088, στα όρια δηλαδή της στατιστικής σημαντικότητας.

II.2. ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Για την συνδυαστική εκτίμηση των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1 και 2, δημιουργήθηκε μια ενιαία μεταβλητή με την τιμή 0 όταν δεν δηλώθηκαν επεισόδια υπερφαγίας, την τιμή 1 όταν δηλώθηκαν επεισόδια υπερφαγίας χωρίς να χάνεται ο έλεγχος και την τιμή 2 όταν δηλώθηκε απώλεια ελέγχου κατά τα επεισόδια αυτά. Η κατανομή των τιμών αυτών να φύλο παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (23).

Πίνακας (23) – ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

ΟΧΙ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ		ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ		ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	
Freq [0]		Freq [1]		Freq [2]	
Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια
65,5%	76,3%	18,9%	18,6%	15,5%	5,2%

Με την εφαρμογή του Pearson Chi-Square test , για την εκτίμηση της διαφοράς των δυο φύλων στην δήλωση επεισοδίων υπερφαγίας και στην απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια τους προκύπτει στατιστικά σημαντική τιμή (Pearson Chi-Square $p < 0,039$). Τα κορίτσια δήλωσαν, όπως ήταν αναμενόμενο, περισσότερες φορές επεισόδια υπερφαγίας και απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκειά τους (υπόθεση 6^δ).

II.3. ΣΧΗΜΑ/ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Δεύτερο κριτήριο για τη διάγνωση στοιχείων ψυχογενούς βουλιμίας είναι, όπως προαναφέρθηκε, η επιλογή του κλιμακίου 4 ή 5 στην ερώτηση 6. Αυτή η ερώτηση εξετάστηκε ήδη σε σχέση με την ανορεξία και παρατηρήθηκε ότι η εικόνα εαυτού των κοριτσιών επηρεάζεται περισσότερο από το βάρος ή/και το σχήμα του σώματος από ότι των αγοριών.

II.4. ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Μία τουλάχιστον αντισταθμιστική μέθοδο, για την αποφυγή πρόσληψης βάρους, δήλωσαν 20 παιδιά (ερώτηση 4). Μερικά παιδιά δήλωσαν περισσότερες από μία αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

Πίνακας (24) – ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

	N= 245	
	Freq	%
Εμετός	5	2%
Υπακτικά	1	0,4%
Διουρητικά Χάπια	2	0,8%
Νηστεία	17	6,9%
Υποκλυσμός	1	0,4%
Χάπια Αδυνατίσματος	2	0,8%

Δεκαπέντε από τα άτομα αυτά ήταν κορίτσια (10,2% του συνόλου των κοριτσιών) και πέντε ήταν αγόρια (5,4% του συνόλου των αγοριών). Η διαφορά μεταξύ κοριτσιών και αγοριών δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική. Ωστόσο διαφάνηκε μια τάση περισσότερων αντισταθμιστικών συμπεριφορών μεταξύ των κοριτσιών. Ως εκ τούτου, η υπόθεση (7ε) που

προέβλεπε μεγαλύτερο ποσοστό αντισταθμιστικών συμπεριφορών μεταξύ των κοριτσιών έναντι των αγοριών, δεν απορρίπτεται εξ ολοκλήρου.

Πίνακας (25) – ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

ΚΟΡΙΤΣΙ	15	10,2% N=148
ΑΓΟΡΙ	5	5,4% N=97

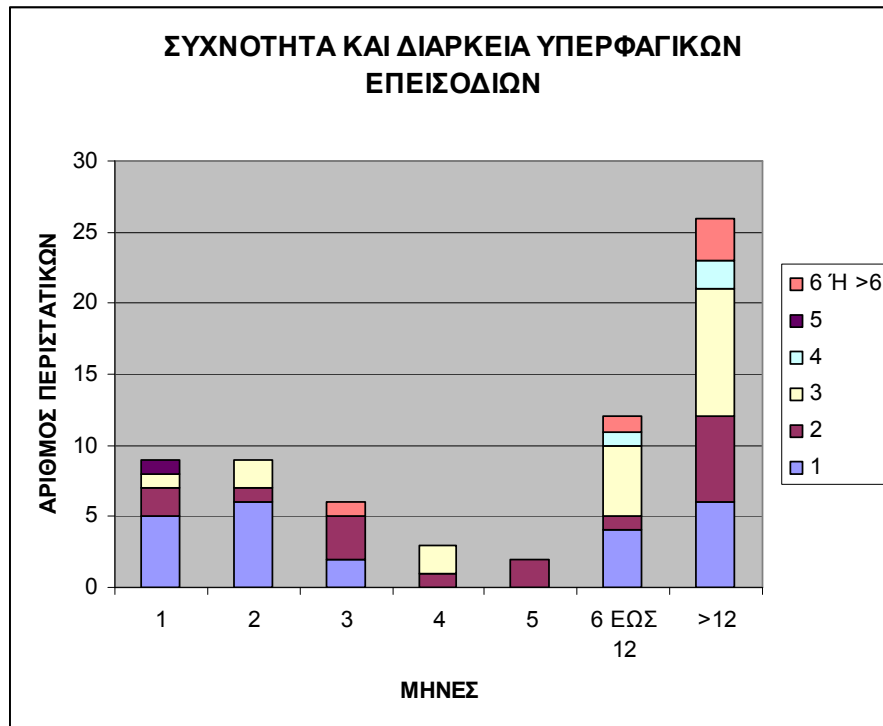
III. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΙΩΣ (EDNOS)

Στην κατηγορία των διατροφικών διαταραχών μη προσδιοριζόμενων αλλιώς, εντοπίστηκαν ένδεκα περιστατικά με στοιχεία διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας (10 κορίτσια και 1 αγόρι) και δυο περιστατικά με στοιχεία βουλιμίας χωρίς υπερφαγικά επεισόδια (1 αγόρι και 1 κορίτσι).

Πίνακας (25) – ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤ. ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΙΩΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας	10	1	11
Βουλιμία χωρίς Υπερφαγία	1	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	11	2	13

Καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας παίζουν εκτός από την καταφατική απάντηση στις ερωτήσεις 1 και 2, που εξετάστηκαν ήδη πιο πάνω, η συχνότητα και διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας (ερώτηση 3). Από τα 74 άτομα που βιώνουν υπερφαγικά επεισόδια μόνο τα 67 απάντησαν ταυτόχρονα στις ερωτήσεις που αφορούν τη συχνότητα και την πρώτη εμφάνιση των επεισοδίων αυτών. Στο ακόλουθο γράφημα (10) παριστάνεται η διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων (1 μήνα, 2 μήνες, 3 μήνες, 4 μήνες, 5 μήνες, 6 ή περισσότεροι μήνες, περισσότερο από ένα χρόνο) και η συχνότητα τους (1 φορά, 2 φορές, 3 φορές, 4 φορές, 5 φορές, 6 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα). Το ύψος της κάθε στήλης αντικατοπτρίζει τον αριθμό των συνολικών περιστατικών.



Καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση της βουλιμίας χωρίς υπερφαγικά επεισόδια παίζουν η αρνητική απάντηση στην ερώτηση 1, το σωματικό βάρος, η δήλωση τουλάχιστον μιας αντισταθμιστικής ενέργειας: πρόκληση εμετού, κατάποση καθαρτικών ή διουρητικών χαπιών, υποκλυσμό, νηστεία (ερώτηση 4) και ο αριθμός, η συχνότητα και η διάρκεια των παραπάνω συμπεριφορών για την αποφυγή πρόσληψης βάρους. Από τα δύο περιστατικά που παρατηρήθηκαν σε αυτή την έρευνα το ένα δήλωσε χρήση διουρητικών χαπιών καθημερινά για 5-11 μήνες και το δεύτερο δήλωσε χρήση υπακτικών σε καθημερινή βάση για περισσότερο από ένα χρόνο.

III.1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΙΩΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών δεν φάνηκαν να υφίστανται αναφορικά στη συχνότητα και τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων. Επίσης ο μικρός αριθμός των περιστατικών δεν επέτρεψε συσχέτιση με τη μεταβλητή φύλο.

IV. ΥΠΟΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Υποκλινικά συμπτώματα διαταραχών διατροφής εμφάνισαν 75 άτομα (22 αγόρια και 53 κορίτσια).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά και στα δυο φύλα (54,5% στα αγόρια και 28,3% στα κορίτσια) παρατηρήθηκαν σε μια συμπτωματική υποκατηγορία που για ευχρηστία,

ονομάσαμε ‘συμπεριφορική διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας’. Η υποκατηγορία αυτή παρουσίασε όλα τα χαρακτηριστικά της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας χωρίς την αίσθηση απώλειας ελέγχου κατά τα επεισόδια αυτά. Τα άτομα που παρουσίασαν αυτή τη συμπτωματική συμπεριφορά κάλυπταν όλο το φάσμα σωματικού βάρους. Φάνηκαν να υπερτερούν τα παιδιά κανονικού βάρους και να ακολουθούν τα παιδιά χαμηλού βάρους.

Μεγάλο ποσοστό των κοριτσιών, όπως ήταν αναμενόμενο (υπόθεση 7στ), παρουσίασε η υποκατηγορία ‘χρόνια διαιτητική συμπεριφορά’ (chronic dieter). Τα αγόρια φάνηκε να παρουσιάζουν συμπτώματα κυρίως υπερφαγικού τύπου που ενδεχόμενα αποτελούν το νοσηρό άκρο της πολιτισμικής πίεσης για αύξηση του σωματικού όγκου (υπόθεση 7ζ).

Στον παρακάτω πίνακα (26) παρουσιάζονται αναλυτικά οι τιμές ανά φύλο σε όλες τις συμπτωματικές κατηγορίες:

Πίνακας (26) – ΑΤΥΠΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

	ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	
Ανορεξία με χαμηλό βάρος		2 3,8%	2 2,7%
Βουλιμία άνευ υπερφαγίας όχι κανονικού βάρους		1 1,9%	1 1,3%
Υπό του κατωφλίου Βουλιμία άνευ υπερφαγίας	2 9,1%	5 9,4%	7 9,3%
Υπό του κατωφλίου Διαταραχή Επεισοδίων υπερφαγίας	3 13,6%	6 11,3%	9 12,0%
Δίαιτα με επεισόδια Υπερφαγίας	2 9,1%	9 17,0%	11 14,7%
Συμπεριφορική Βουλιμία	1 4,5%	3 5,7%	4 5,3%
Υπό του κατωφλίου συμπεριφορική βουλιμία	1 4,5%	1 1,9%	2 2,7%
Χρόνια δίαιτα	1 4,5%	11 20,8%	12 16,0%
Συμπεριφορική Διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας	12 54,5%	15 28,3%	27 36,0%
	22 100,0%	53 100,0%	75 100,0%

4. ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ανά ερώτηση)

Οι πλειοψηφία των αποτελεσμάτων, όπως προέκυψαν από την ανταπόκριση του δείγματος σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου, αναφέρθηκε ήδη, σε συνδυασμό με τη διάγνωση στοιχείων κλινικής ή συμπτωματολογικής διατροφικής διαταραχής. Στο μέρος αυτό, παραθέτονται οι ερωτήσεις που δεν έπαιξαν καθοριστικό ρόλο για τη διάγνωση των περιστατικών του δείγματος, εμπεριείχαν, ωστόσο, χρήσιμες συμπληρωματικές πληροφορίες

I. ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ερώτηση (4) ερευνά τις αντισταθμιστικές μεθόδους για την αποφυγή πρόσληψης βάρους. Οι ερωτήσεις 4^α-4^ζ, αφορούν στην πρόκληση εμετού, στην κατάποση υακτικών ή διουρητικών, στη νηστεία, στον υποκλυσμό και στην χρήση χαπιών ελέγχου της όρεξης/ του αδυνατίσματος και έχουν εξεταστεί προηγούμενα. Σχετικά με την ερώτηση 4^ε, δεν δηλώθηκε περιστατικό μάζησης και απόπτωσης της τροφής.

II. ΑΥΣΤΗΡΗ ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ: Στην ερώτηση 4^η, 10 μαθητές (10% των μαθητών) και 34 μαθήτριες (23% των μαθητριών), δήλωσαν πώς κάνουν πολύ αυστηρή δίαιτα για αποφυγή αύξησης βάρους. Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (Fisher's Exact Test $p=0,016$), όπως ήταν αναμενόμενο.

Πίνακας 27 – ΑΥΣΤΗΡΗ ΔΙΑΙΤΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

ΑΓΟΡΙΑ	10	10% N=97
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	34	23% N=148

III. ΑΣΚΗΣΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ: Στην ερώτηση 4θ, 71 μαθητές (74% των μαθητών) και 60 μαθήτριες (40,8% των μαθητριών), δήλωσαν πώς ασκούνται πολύ, για να αποφύγουν αύξηση βάρους. Και σε αυτήν την περίπτωση η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών υπήρξε στατιστικά σημαντική, με τη διαφορά, ότι τα αγόρια υπερτέρησαν των κοριτσιών. Όπως ήταν αναμενόμενο (υπόθεση 7η), η σωματική άσκηση ήταν για τα αγόρια, ένα προτιμώμενο μέσον ελέγχου του σωματικού βάρους (Fischer's Exact Test $p=0,000$).

Πίνακας (28) – ΑΣΚΗΣΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

ΑΓΟΡΙΑ	71	74% N=97
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	60	40,8 N=148

IV. ΤΥΠΟΣ ΑΘΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ: Η ερώτηση (5) αφορά στη σωματική άσκηση. Πάνω από το 81,6% των αγοριών που δήλωσαν ότι αθλούνται, έκαναν γυμναστική, έπαιζαν ομαδικά παιχνίδια ή και τα δύο. Το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών ήταν 63,3%. Γυμναστική συν κάποια άλλη μορφή άθλησης (π.χ. τρέξιμο, κολύμπι, τένις, περπάτημα κ.α.)

δήλωσαν ότι έκαναν το 4,2% των αγοριών και το 16,7 % των κοριτσιών. Η επιλογή σπορ δεν φάνηκε να επηρεάζεται από τις διατροφικές διαταραχές, κλινικής ή συμπτωματικής μορφής ή από το φύλο.

V. ΧΡΟΝΟΣ ΑΘΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ: V.1. Ο μέσος όρος άθλησης (ανά φορά) για το 37,1% των αγοριών και το 34,5% των κοριτσιών ήταν 2 ώρες. Αναλυτικά παρουσιάζεται ο χρόνος άθλησης στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας (29) – ΧΡΟΝΟΣ ΑΘΛΗΣΗΣ ΣΕ ΩΡΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

	<1	1 – 1,5	1,5-2	2-2,5	2,5-3	3-3,5	>=3,5
Αγόρι	1,4%	10%	21,4%	38,5%	10%	10%	8,6%
Κορίτσι	3,4%	22,4%	18,9%	34,5%	8,6%	5,2%	6,8%

Και σε αυτήν την περίπτωση δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαγνωστικών ομάδων ή το φύλο.

V.2. Το ίδιο ίσχυσε και για την απάντηση στην υποερώτηση 5^α (αν θυσιάζουν χρόνο από άλλες σημαντικές ασχολίες ώστε να αθλούνται). Καταφατικά απάντησε στην ερώτηση αυτή το 36,6% των αγοριών και το 25 % των κοριτσιών. Το 36,6% των ατόμων που απάντησαν καταφατικά ανήκαν στην ασυμπτωματική κατηγορία, το 22 % στη συμπτωματική και το 25% στην κλινική. Το εύρημα αυτό δεν δικαιολογεί σχέση μεταξύ της υπερβολικής σημασίας της άσκησης και των διατροφικών διαταραχών αλλά ενισχύει την άποψη της σημασίας της άθλησης για τα αγόρια.

V.3. Αυξητική τάση παρατηρείται στην προθυμία άθλησης σε συνθήκες τραυματισμού ή ασθένειας από την ασυμπτωματική (21%) στην υποκλινική (32%) και στην κλινική ομάδα (38%). Ωστόσο, η τάση αυτή δεν κρίνεται στατιστικά σημαντική.

VI. ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Αντιθέτως αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική (Pearson Chi-Square, $p=0,003$) η αυξητική τάση χρησιμοποίησης της άθλησης ως μέσου καταπολέμησης της υπερφαγίας ή πρόσληψης βάρους (Ackard και συν, 2002) από την ασυμπτωματική (14%) στην υποκλινική (37%) και στην κλινική ομάδα (50%). Σε αυτή την ερώτηση, επίσης, τα κορίτσια απαντούν πιο συχνά με ΝΑΙ από ότι τα αγόρια (Fisher's Exact Test, $p= 0,012$) (υπόθεση 8).

Πίνακας (30) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ, ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Άνευ Συμπτωμάτων	14%
Με Άτυπα Συμπτώματα	37%
Με Κλινικά Συμπτώματα	50%

Γ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ CES-D

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το ερωτηματολόγιο CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) αποτελεί όπως έχουμε προαναφέρει εργαλείο ελέγχου των στοιχείων κατάθλιψης. Σκοπός της κλίμακας CES-D είναι να βαθμολογήσει τα συμπτώματα κατάθλιψης, βάσει 20 προτάσεων. Η υψηλότερη βαθμολογία είναι ενδεικτική βαρύτερης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Για τον υπολογισμό της βαθμολογίας αθροίζονται οι τιμές (0 έως 3) που αντιστοιχούν στις απαντήσεις, στις 20 ερωτήσεις, αφού πρώτα έχει αντιστραφεί η βαθμολογία των θετικών διαπιστώσεων (ερωτήσεις 4, 8, 12 και 16). Το άθροισμα είναι μια τιμή μεταξύ 0 και 60. Εάν το άθροισμα είναι 16 ή μεγαλύτερο το άτομο ενδεχομένως να βίωσε ένα επεισόδιο κατάθλιψης την προηγούμενη εβδομάδα.

Στην παρούσα έρευνα, 97 μαθητές (39,6%) εμφάνισαν άθροισμα μεγαλύτερο του 16, 130 (53,1%) μικρότερο του 16 και 18 τιμές (7,3%) έλειπαν.

Πίνακας (31) – ΤΙΜΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΜΑΣ

	Freq	%
ΑΘΡΟΙΣΜΑ > 16	97	39,6%
ΑΘΡΟΙΣΜΑ <16	130	53,1%

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

I. **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:** Όπως ήταν αναμενόμενο (υπόθεση 9) αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βίωσης επεισοδίων κατάθλιψης και του φύλου (Pearson Chi – Square, $p=0,001$). Συγκεκριμένα στο δείγμα των αγοριών στοιχεία κατάθλιψης παρουσίασε το 29,5% ενώ στα κορίτσια το 51,1%.

Πίνακας (32) – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΚΟΡΙΤΣΙΑ	51,1%
ΑΓΟΡΙΑ	29,5%

II. **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:** Αντιθέτως δεν αποδείχθηκε σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων για τα στοιχεία κατάθλιψης, και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως εκφράζεται στον τόπο κατοικίας. (Pearson Chi – Square, $p=0,163$).

III. **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:** Σε ότι αφορά τη σχέση μεταξύ της βίωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και της διαταραγμένης συμπεριφοράς

στην πρόσληψη τροφής πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι η κατάθλιψη και η διατροφική διαταραχή απαντώνται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Γι' αυτό το λόγο στον ακόλουθο πίνακα (33), οι δυο αυτές παράμετροι συσχετίζονται χωριστά για τα αγόρια και τα κορίτσια του δείγματος.

Πίνακας (33) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΦΥΛΟ	ΔΙΑΤ. ΔΙΑΤΡΟΦ	ΚΑΤΑΘΛ. ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ		Σύνολο
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΑΓΟΡΙ	ΑνευΣυμπτωμάτων	54 (81,8%)	12 (18,2%)	66 (100%)
	Άτυποι	8 (40%)	12 (60%)	20 (100%)
	Κλινικοί		2 (100%)	2 (100%)
Σύνολο		62 (70,5%)	26 (29,5%)	88 (100%)
ΚΟΡΙΤΣΙ		39 (55,7%)	31 (44,3%)	70 (100%)
		22 (43,1%)	29 (56,9%)	51 (100%)
		7 (38,9%)	11 (61,1%)	18 (100%)
Σύνολο		68 (48,9%)	71(51,1%)	139(100%)

Γενικώς παρατηρείται σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της διατροφικής διαταραχής (υπόθεση 10) με την δήλωση καταθλιπτικών επεισοδίων να αυξάνει αναλογικά με τη σοβαρότητα του προβλήματος στη λήψη τροφής. Παρατηρείται πιο έντονη συσχέτιση καταθλιπτικών επεισοδίων και συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής στα αγόρια χωρίς αυτό να μπορεί να αξιολογηθεί λόγω του μικρού αριθμού αγοριών με προβλήματα διατροφής. Αξιοσημείωτη είναι η αυξημένη δήλωση κατάθλιψης στα κορίτσια της ασυμπτωματικής ομάδας. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να ενισχύει την εκδοχή της προϋπάρχουσας κατάθλιψης στα άτομα με διατροφικές διαταραχές και του ενισχυτικού της ρόλου στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών.

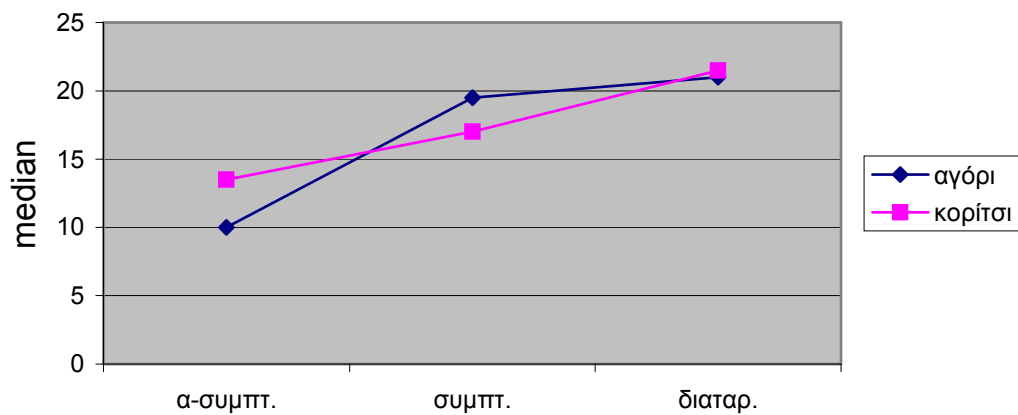
III.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ:

Για τη συσχέτιση και των τριών παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ως μέση τιμή ο median και εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι για την σύγκριση μέσων τιμών. Ο median των αγοριών ήταν 11 και των κοριτσιών 16. Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ήταν στατιστικά σημαντική (Wilcoxon W, $p=0,000$). Τα median των ασυμπτωματικών των υποκλινικών ατόμων και εκείνων με στοιχεία κλινικής διατροφικής διαταραχής ήταν 11, 18 και 21.5. Και αυτές οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές (Kruskall-Wallis, $p=0,000$).

Σύμφωνα με την παρακάτω γραφική παράσταση των μέσων τιμών και στα δυο φύλα, τα άτομα ελεύθερα συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής (ασυμπτωματικά) είχαν τις χαμηλότερες τιμές, (10,0) και (13,5) αντίστοιχα. Τα υποκλινικά (συμπτωματικά) άτομα είχαν υψηλότερες τιμές, με πιο αυξημένη τιμή στα αγόρια (19,5) συγκριτικά με τα κορίτσια (17,0). Οι τιμές των ατόμων με στοιχεία κλινικής διατροφικής διαταραχής ήταν αυξημένες σε σχέση με τις προηγούμενες

κατηγορίες και για τα δυο φύλα. Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ήταν ελάχιστη, (21,0) και (21,5) αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά τείνουν να επιβεβαιώσουν την εκτίμηση κάποιων μελετών ότι η κατάθλιψη προϋπάρχει της διατροφικής διαταραχής και ενδεχόμενα λειτουργεί 'εκλυτικά' ως προς αυτή. Ωστόσο στην παρούσα έρευνα αυτό φάνηκε να ισχύει μόνο για τα κορίτσια που αργότερα εμφάνισαν μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης από τα αγόρια είτε είχαν διατροφικά προβλήματα είτε όχι. Το εύρημα αυτό επιδέχεται περαιτέρω μελέτη.

ΓΡ. ΠΑΡ. (12) – ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



III. 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ:

Στον ακόλουθο πίνακα δίδεται αναλυτικά ο αριθμός καταθλιπτικών περιστατικών, η ελάχιστη, μέγιστη και μέση (median) τιμή του βαθμού κατάθλιψης ανά διάγνωση, για τα άτομα στην κλινική ομάδα διαταραχών διατροφής.

Πίνακας (34) – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Διάγνωση	Αριθμός περιστατικών	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή
Ψυχογενής Ανορεξία	1	16	16	16
Ψυχογενής Βουλιμία	2	8	20	14
Υπό του Κατωφλίου Βουλιμία	1	30	30	30
Ανορεξία με Έμμηνο Ρύση	5	8	23	13
Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας	9	4	30	25
Βουλιμία άνευ Υπερφαγικών Επεισοδίων	2	10	26	18
Σύνολο	20	4	30	21,5

Παρατηρείται ότι μεγαλύτερες μέσες τιμές στοιχείων κατάθλιψης εμφανίζονται σε άτομα με στοιχεία υπό του κατωφλίου βουλιμία και διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να ενισχύουν ευρήματα άλλων ερευνών ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με τις υπερφαγικές κρίσεις και ενδεχόμενα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης τους (Sroog και συν, 2006). Θα είχε ενδιαφέρον η συσχέτιση αυτή να διερευνηθεί περαιτέρω σε μελλοντικές έρευνες. Τα ίδια στοιχεία με τον προηγούμενο πίνακα δίδονται στον ακόλουθο για τα άτομα που ανήκουν στη υποκλινικά ομάδα διαταραχών διατροφής.

Πίνακας (35) – ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Διάγνωση	Αριθμός περιστατικών	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση Τιμή
Ανορεξία με χαμηλό βάρος	2	19	21	20
Βουλιμία χωρίς υπερφαγία και βάρος άλλο του κανονικού	1	28	28	28
Υπότου κατωφλίου βουλιμία χωρίς υπερφαγία	7	7	39	22
Υπότου κατωφλίου Διαταραχή επεισοδίων Υπερφαγίας	9	14	42	32
Δίαιτα με επεισόδια Υπερφαγίας	11	6	36	11
Συμπεριφορική βουλιμία	3	16	46	27
Υπότου κατωφλίου συμπεριφορική βουλιμία	2	37	39	38
Χρόνια δίαιτα	10	3	40	15
Συμπεριφορική Διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας	26	4	45	15,5
Σύνολο	71	3	46	18

Και στην συμπτωματική ομάδα παρατηρούμε αυξημένες τιμές κατάθλιψης σε άτομα που παρουσιάζουν υπερφαγικά συμπτώματα. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την πιθανή συσχέτιση των υπερφαγικών κρίσεων με την κατάθλιψη (υπόθεση 11).

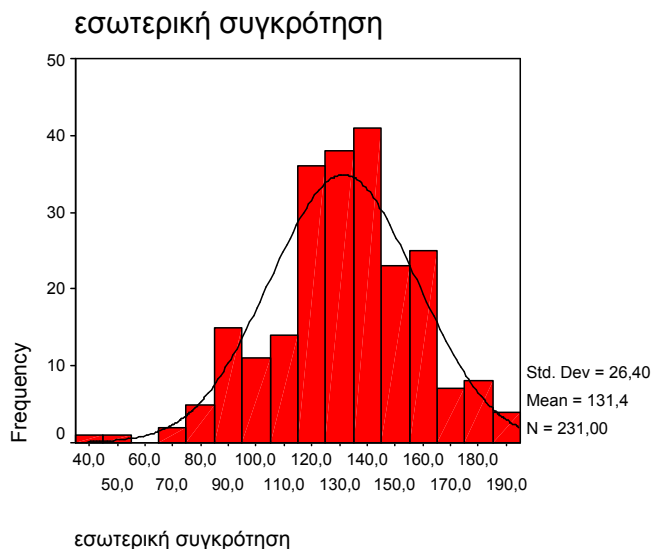
Δ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ SOC (Sense of Coherence Scale)

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Όπως γνωρίζουμε η Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης περιλαμβάνει 29 προτάσεις. Οι ερωτώμενοι απαντούν βάσει μιας κλίμακας από το 1-7. Η θετική απάντηση παίρνει γενικώς τον αριθμό 7. Στις προτάσεις 1,4,5,6,7,11,13,14,16,20,23,25,27 γίνεται αντιστροφή της κλίμακας, εφόσον διατίθενται με ανάποδη σειρά. Το άθροισμα των βαθμολογιών όλων των προτάσεων για κάθε άτομο θεωρείται στοιχείο για την εσωτερική συγκρότηση του. Συνεπώς όσο μεγαλύτερο το άθροισμα που συγκεντρώνει ένα άτομο (με μέγιστο δυνατό το 203) τόσο μεγαλύτερη και η εσωτερική του συγκρότηση (Το ελάχιστο δυνατό άθροισμα είναι το 29).

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε κατά πόσο το άθροισμα των 29 προτάσεων έχει την κανονική κατανομή με σταθερή διακύμανση. Εφαρμόστηκε η δοκιμασία της κανονικής κατανομής κατά Kolmogorov-Smirnov με τη διόρθωση του Lilliefors και η διαδικασία των ομογενών διακυμάνσεων κατά Levene και διαπιστώθηκε ότι δεν απορρίπτεται η υπόθεση της κανονικής κατανομής και των ίσων διακυμάνσεων (γραφική παράσταση 13).

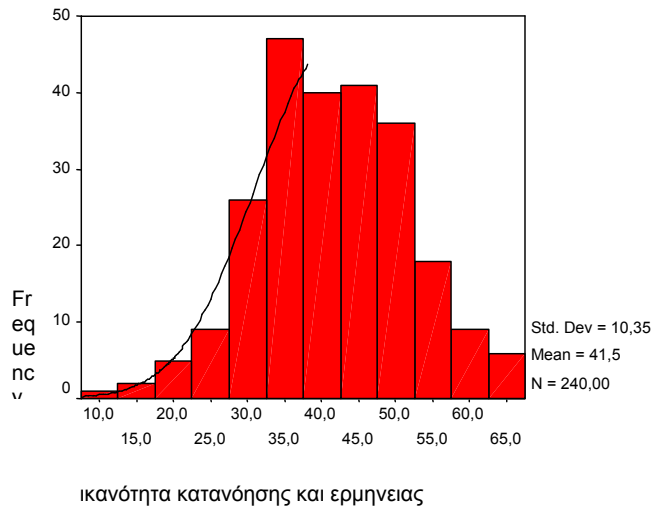
ΓΡ. ΠΑΡ. (13) – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ



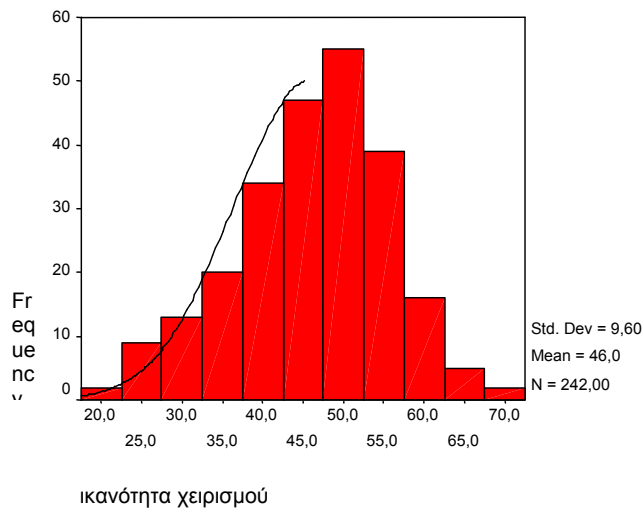
Στη συνέχεια προχωρήσαμε στην προτεινόμενη από τη βιβλιογραφία ταξινόμηση των 29 προτάσεων στις τρεις υποκλίμακες: Την υποκλίμακα ‘ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας’ που περιλάμβανε τις ερωτήσεις 1,3,5,8,10,12,19,21,24 και 26, την υποκλίμακα ‘ικανότητα χειρισμού’ που περιλάμβανε τις ερωτήσεις 2,6,13,15,18,20,23,25,27 και 29 και τέλος την υποκλίμακα ‘ικανότητα συναισθηματικής επένδυσης’ που περιλάμβανε τις ερωτήσεις 9,4,7,11,14,16,17,22 και 28 (Οι δυο πρώτες υποκλίμακες είχαν ελάχιστο δυνατό

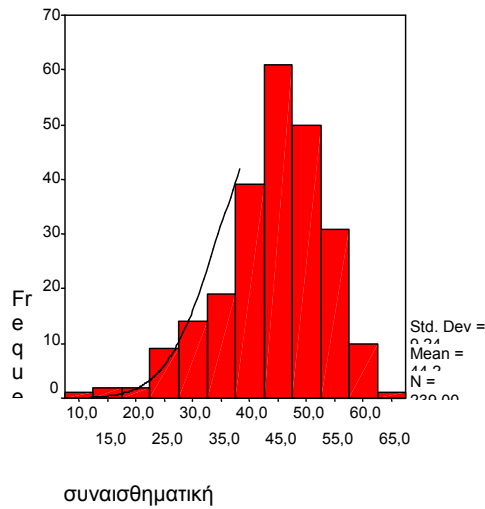
άθροισμα το 10 και μέγιστο το 70, ενώ η τρίτη υποκλίμακα είχε ελάχιστο δυνατό άθροισμα το 9 και μέγιστο το 63).

ΓΡ. ΠΑΡ. (14) – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ: ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ



ΓΡ. ΠΑΡ. (15) – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ: ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ





Όπως φαίνεται στα παραπάνω γραφήματα επιβεβαιώνεται η θεωρία του Andonovsky ότι η συσχέτιση μεταξύ των τριών ικανοτήτων που διαμορφώνουν την εσωτερική συγκρότηση είναι θετική και ισχυρή.

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

I. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ:

Η ανάλυση διακύμανσης για την διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του βαθμού εσωτερικής συγκρότησης και των δημογραφικών μεταβλητών, όπως επάγγελμα πατέρα / μητέρας, μόρφωση πατέρα / μητέρας, τόπος κατοικίας κτλ. δεν απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

II. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΦΥΛΟ:

Συγκρίνοντας τις τιμές της εσωτερικής συγκρότησης στο σύνολο τους και ως προς τις επιμέρους κλίμακες μεταξύ κοριτσιών και αγοριών (πίνακας 36) βρέθηκε ότι η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών δεν είναι στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα παραπάνω πεδία.

Πίνακας (36) – ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ (ΚΑΙ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ) ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

	ΦΥΛ	N	Mea	Std.	Std. Mea
εσωτερική	ΑΓΟ	89	133,696	27,691	2,935
	ΚΟΡΙΤ	142	129,964	25,545	2,143
ικανότητα ερμηνει	ΑΓΟ	96	43,177	10,836	1,106
	ΚΟΡΙΤ	144	40,458	9,898	,824
ικανότητα	ΑΓΟ	96	46,458	9,588	,978
	ΚΟΡΙΤ	146	45,719	9,636	,797
συναισθηματική	ΑΓΟ	91	43,703	10,034	1,051
	ΚΟΡΙΤ	148	44,445	8,744	,718

III. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ:

Για τον έλεγχο της παραπάνω συσχέτισης, εξετάστηκε η μέση τιμή επίδοσης των τριών ομάδων διατροφικής συμπεριφοράς στις τέσσερες κλίμακες που συγκροτούν την εσωτερική συγκρότηση (πίνακας 37). Εξήχθησαν τα παρακάτω συμπεράσματα :

1. Μεταξύ των υποκειμένων ελεύθερων συμπτωμάτων διαταραχής διατροφής και με άτυπα συμπτώματα διαταραχών διατροφής, όπως και μεταξύ των υποκειμένων ελεύθερων συμπτωμάτων και με κλινικά συμπτώματα διαταραχών διατροφής, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις υποκλίμακες εσωτερικής συγκρότησης εκτός της “συναισθηματικής επένδυσης”. Όπως γνωρίζουμε η ικανότητα συναισθηματικής επένδυσης, αφορά την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί συναισθηματικά τον κόσμο, αφού προηγούμενα, έχει καταφέρει

να βιώσει τις δυσκολίες της ζωής ως προκλήσεις αναζήτησης νοήματος (Antonovsky, 1987 σ.18). Η μικρή εμπειρία, λόγω νεαρής ηλικίας, των συμμετεχόντων στη παρούσα έρευνα, δικαιολογεί αυτό το εύρημα.

2. Υφίσταντο διαφορές και στις τέσσερες υποκλίμακες εσωτερικής συγκρότησης μεταξύ των ατόμων ελεύθερων συμπτωμάτων διαταραχής διατροφικών διαταραχών και των ατόμων που παρουσίαζαν προβλήματα στη λήψη τροφής (μη κλινικής (άτυπης) ή κλινικής μορφής). Οι διαφορές μεταξύ των ατόμων με υποκλινικά συμπτώματα διατροφικού προβλήματος και των ατόμων με κλινικά συμπτώματα διατροφικής διαταραχής δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Το εύρημα αυτό φαίνεται να αντανακλά μια γενικευμένη ‘άρνητική τάση’ μεταξύ των παιδιών που παρουσιάζουν διατροφικά προβλήματα, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του διατροφικού

προβλήματος. Αν ληφθεί υπόψη η νεαρή ηλικία των συμμετεχόντων και η πιθανότητα μετεξέλιξης του συμπτώματος διατροφικής διαταραχής σε κλινική εικόνα διατροφικής διαταραχής, τότε δικαιολογείται εν μέρει το παραπάνω εύρημα. Πιθανότατα η χαμηλή εσωτερική συγκρότηση να αποτελεί παράγοντα ενίσχυσης αλλά και έκλυσης των διατροφικών διαταραχών. Σε γενικές γραμμές επιβεβαιώνεται η αρχική μας υπόθεση (12).

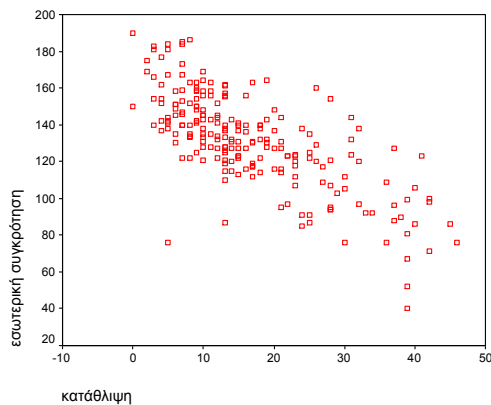
Πίνακας (37) – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ

ΚΛΙΜΑΚΑ	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΜΕΣΗ	ΤΙΜΗ/ Σταθερή Απόκλιση
Ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας	άνευ συμπτωμάτων	43,8	9,8
	με άτυπα συμπτώματα κλινικοί	38,3	9,9
		37,6	11,3
Ικανότητα χειρισμού	άνευ συμπτωμάτων	47,6	9,2
	με άτυπα συμπτώματα κλινικοί	44,4	9,7
		41,4	10,0
Συναισθηματική Επένδυση	άνευ συμπτωμάτων	45,5	9,0
	με άτυπα συμπτώματα κλινικοί	42,1	9,3
		42,9	9,4
Εσωτερική Συγκρότηση	άνευ συμπτωμάτων	136,4	25,4
	με άτυπα συμπτώματα κλινικοί	124,6	26,0
		122,9	27,6

IV.ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ:

Συγκρίνοντας τις τιμές εσωτερικής συγκρότησης και κατάθλιψης επιβεβαιώθηκε η υπόθεση (13), ότι υπάρχει σχέση στατιστικής σημαντικότητας κατά τη συσχέτιση τους. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση (17) και τον συσχετιστικό πίνακα (38) όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή της εσωτερικής συγκρότησης τόσο χαμηλότερη είναι η τιμή της κατάθλιψης.

ΓΡ. ΠΑΡ. (17) – ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ



Πίνακας (38) – ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Correlations

		εσωτερική συγκρότηση	κατάθλιψη
εσωτερική συγκρότηση	Pearson Correlation	1,000	-,733**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	231	215
κατάθλιψη	Pearson Correlation	-,733**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	215	227

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Συμπερασματικά η κατάθλιψη συνυπάρχει με χαμηλή εσωτερική συγκρότηση. Δεδομένου ότι και οι παραπάνω παράμετροι έχουν βρεθεί, στην παρούσα έρευνα, ότι σχετίζονται με τις διαταραχές διατροφής, θα ήταν σκόπιμη η μελλοντική διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της κατάθλιψης ή/και της εσωτερικής συγκρότησης στην εμφάνιση ή στην ενίσχυση των διαταραχών διατροφής.

Ε. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΕΡΕΙΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Family Strengths Questionnaire

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Ερεισμάτων αποτελείται, όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, από 12 προτάσεις από τις οποίες οι 7 (ερωτήσεις 1, 3, 5, 8, 9,10,12) βαθμολογούνται θετικά και μετρούν την οικογενειακή υπερηφάνεια (family pride) και οι 5 (ερωτήσεις 2, 4, 6, 7 και 11) βαθμολογούνται αρνητικά και μετρούν την οικογενειακή ομοφωνία (family accord). Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα με τιμές από το 1 – 4.

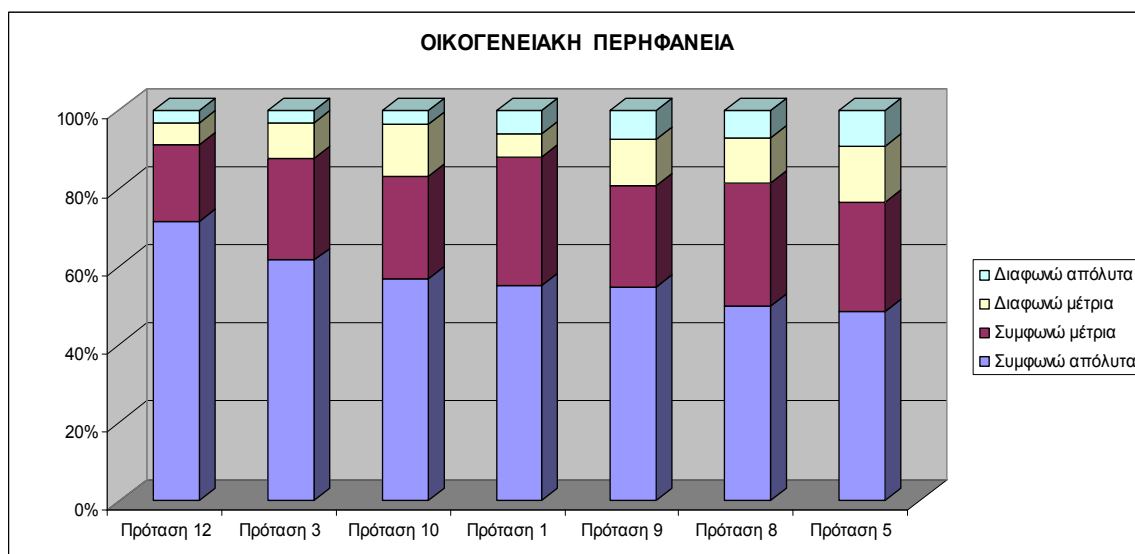
Οι ακραίες τιμές 1 και 4 ισοδυναμούν αντίστοιχα με <<Συμφωνώ απόλυτα>> και <<Διαφωνώ απόλυτα>>, ενώ οι ενδιάμεσες τιμές 2 και 3 ισοδυναμούν αντίστοιχα, με <<Συμφωνώ μέτρια>> και <<Διαφωνώ μέτρια>>.

Α. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΕΡΗΦΑΝΕΙΑ:

Στην παρούσα έρευνα έγιναν οι παρακάτω διαπιστώσεις όσον αφορά στην ομάδα των προτάσεων που συγκροτούν την ενότητα ‘οικογενειακή υπερηφάνεια’:

α) Η πρόταση με το μεγαλύτερο ποσοστό απόλυτης συμφωνίας (71,4 %) ήταν η πρόταση 12: «Είμαστε περήφανοι για την οικογένειά μας». Η κατανομή των απαντήσεων για κάθε ερώτηση σχετική με την οικογενειακή περηφάνια παρουσιάζεται στο ακόλουθο γράφημα.

ΓΡ. ΠΑΡ. (18) – ΒΑΘΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΗΦΑΝΕΙΑΣ

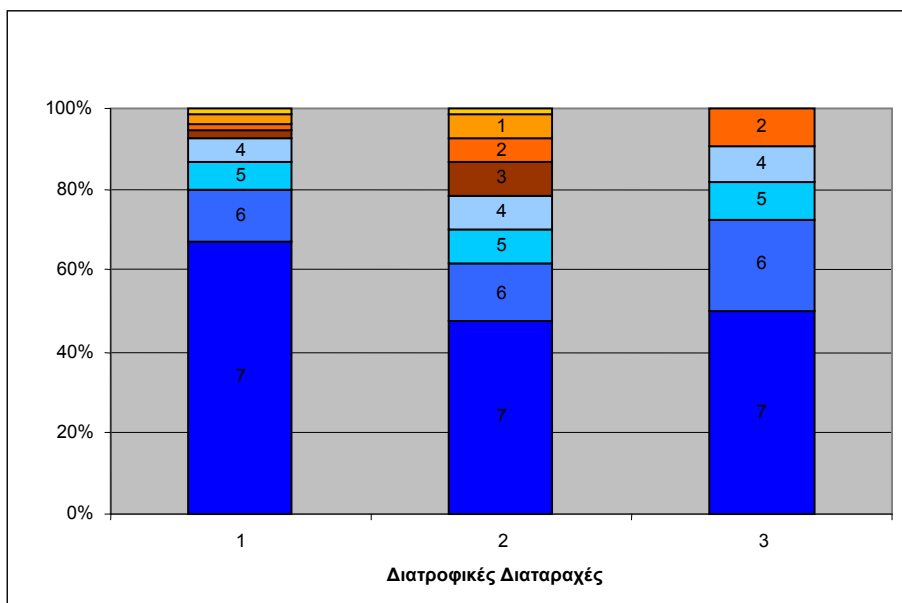


- β) Για όλες τις προτάσεις το ποσοστό συμφωνίας (απόλυτης και μέτριας) υπερέβη το 75%.
 γ) 18,4% των ερωτώμενων συμφώνησε απόλυτα με όλες τις προτάσεις και 59,6% των ερωτώμενων συμφώνησε απόλυτα ή μέτρια με όλες τις προτάσεις.

Α1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΕΡΗΦΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

Η αντίδραση των τριών ομάδων διατροφικής συμπεριφοράς: άνευ συμπτωμάτων (1), με υποκλινικά συμπτώματα (2), με κλινικά συμπτώματα (3), στις προτάσεις που συγκροτούν την ενότητα 'οικογενειακή υπερηφάνεια', παριστάνεται στο παρακάτω γράφημα (19). Συγκεκριμένα παριστάνεται ο αριθμός των ερωτήσεων που απαντήθηκαν θετικά (συμφωνώ απόλυτα ή συμφωνώ μέτρια) και το αντίστοιχο ποσοστό για κάθε μια από τις τρεις ομάδες διατροφικής συμπεριφοράς (ασυμπτωματικοί-υποκλινικοί-κλινικοί). Παραδείγματος χάριν, τα άτομα χωρίς συμπτώματα διατροφικού προβλήματος σχεδόν σε ποσοστό 70% , συμφώνησαν, με τις 7 ερωτήσεις που συγκροτούν την οικογενειακή υπερηφάνεια, ενώ στις υπόλοιπες δυο ομάδες το αντίστοιχο ποσοστό είναι χαμηλότερο. Συμπερασματικά διακρίνεται μια τάση (που δεν φτάνει στα όρια στατιστικής σημαντικότητας) στα άτομα με προβλήματα στη διατροφή, να πιστεύουν λιγότερο από τα άτομα ελεύθερα συμπτωμάτων, ότι: « στην οικογένεια μας μπορούμε να εκφράσουμε τα συναισθήματα μας», «εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο», «τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι συμπληρώνουν το ένα το άλλο», «σαν οικογένεια μοιραζόμαστε κοινές αξίες και πιστεύω», « τα πράγματα πάνε καλά για μας ως οικογένεια», «τα μέλη της οικογένειας σέβονται το ένα το άλλο», «είμαστε περήφανοι για την οικογένεια μας». Εν μέρει δηλαδή ενισχύεται η υπόθεση (14) ότι τα παιδιά με προβλήματα διατροφής θα αναφερθούν με περισσότερο αρνητικό τρόπο στην κατάσταση που επικρατεί στην οικογένεια τους.

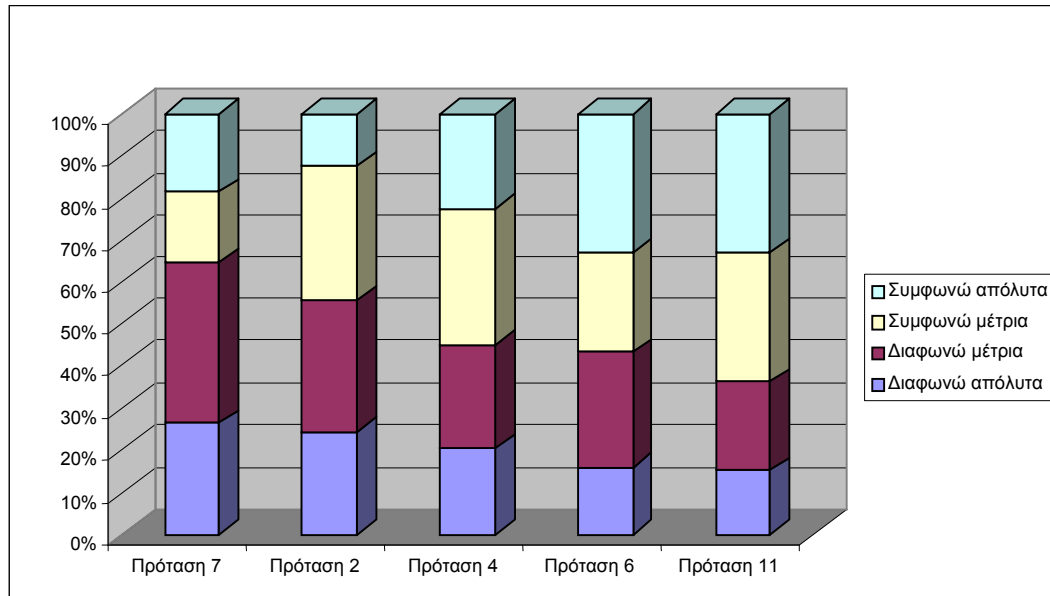
ΓΡ. ΠΑΡ. (19) – ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΘΕΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΕΡΗΦΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΟΜΟΦΩΝΙΑ:

Η κατανομή των απαντήσεων για κάθε ερώτηση σχετική με την οικογενειακή ομοφωνία παρουσιάζεται στο ακόλουθο γράφημα.

ΓΡ.ΠΑΡ. (20) - ΒΑΘΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ



Διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

α) Η πρόταση με το μεγαλύτερο ποσοστό απόλυτης διαφωνίας (26,3 %) παρατηρήθηκε στη πρόταση 7: «Κάνουμε κριτική ο ένας στον άλλο».

Μόνο στις προτάσεις 7 και 2: «Στενοχωριόμαστε για πολλά πράγματα στην οικογένεια μας», το ποσοστό διαφωνίας (απόλυτης και μέτριας) υπερέβη το 50 %.

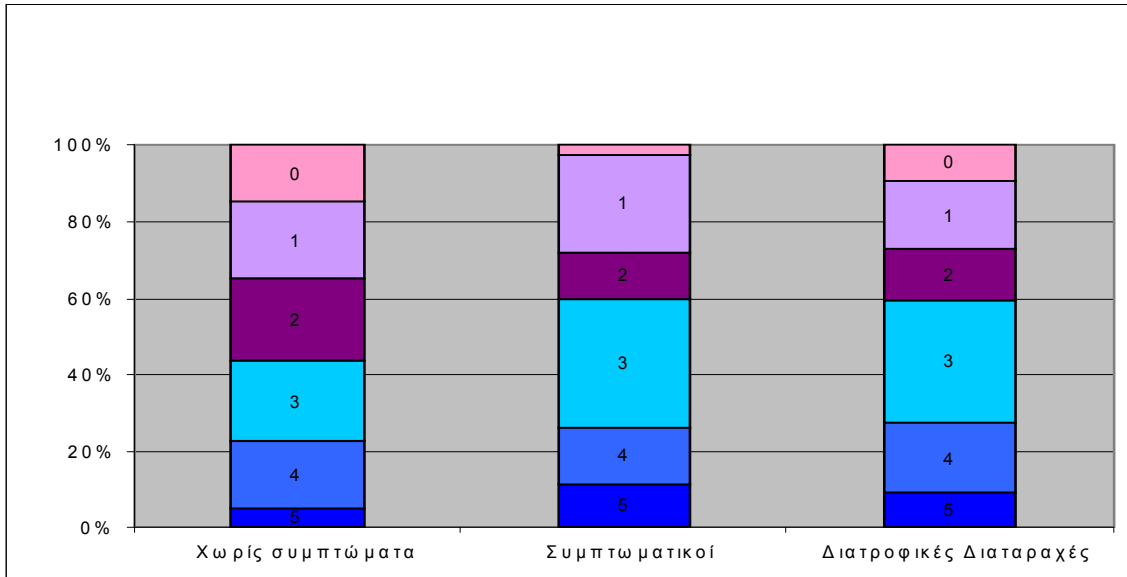
β) Μόνο ένα άτομο ή 0,04% διαφώνησε απόλυτα με όλες τις προτάσεις και 7,5% των ερωτώμενων διαφώνησε απόλυτα ή μέτρια με όλες τις προτάσεις.

γ) Στις προτάσεις 6: « Το να πετύχουμε αυτό που θέλουμε φαίνεται δύσκολο για μας» και 11: « Υπάρχουν πολλές συγκρούσεις στην οικογένεια μας» ένα μεγάλο ποσοστό συμφωνεί.

B1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΟΜΟΦΩΝΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ :

Η αντίδραση των τριών ομάδων διατροφικής συμπεριφοράς: άνευ συμπτωμάτων, με υποκλινικά συμπτώματα, και με κλινικά συμπτώματα, στις προτάσεις που συγκροτούν την ενότητα 'οικογενειακή ομοφωνία' παριστάνεται στο παρακάτω γράφημα.

ΓΡ. ΠΑΡ. (21) – ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΑΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΟΜΟΦΩΝΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Όπως φαίνεται από το παραπάνω γράφημα, η κατανομή των ανταποκρίσεων (διαφωνία) στις προτάσεις αυτής της ενότητας, δεν συγκροτεί σχέση μεταξύ των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής και της υποκλίμακας της ‘οικογενειακής ομοφωνίας’. Και οι τρεις ομάδες διατροφικής συμπεριφοράς, ωστόσο, δεν τείνουν να απορρίψουν τις αρνητικές προτάσεις με την ίδια ζέση με την οποία υποστήριζαν τις καταφατικές.

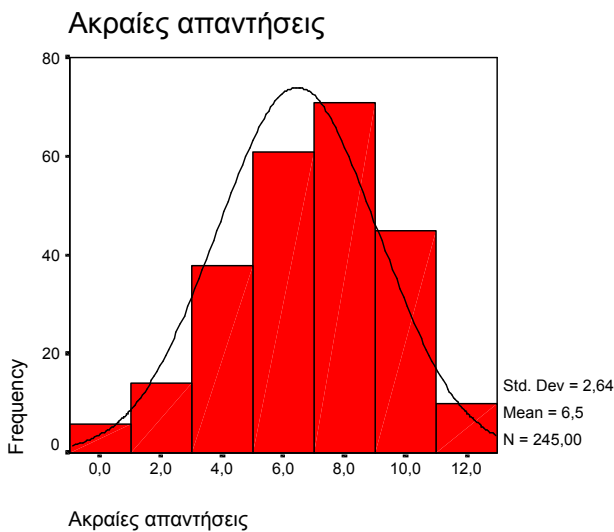
2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Ι. ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΤΙΚΑ Ή ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ:

Η ακαμψία στο οικογενειακό σύστημα έχει σχετιστεί με λιγότερη λειτουργικότητα σε επίπεδο σχέσεων, δεσμών και επικοινωνίας και δυσμενή επίδραση στην ψυχοσωματική υγεία των μελών του (Minuchin, 1985). Η μονομερής αναφορά στην οικογένεια με υπερβολικά θετικό ή αρνητικό τρόπο ίσως αντανάκλα κάποια ακαμψία του οικογενειακού συστήματος. Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, επιχειρήσαμε να ερευνήσουμε κατά πόσον η υπερβολική συμφωνία ή η υπερβολική διαφωνία με τις προτάσεις του ερωτηματολογίου οικογενειακών ερεισμάτων σχετίζεται με τις άλλες παραμέτρους της έρευνας (διαταραχές διατροφής, κατάθλιψη κ.λ.π.). Μετρήσαμε, για το λόγο αυτό, τις ακραίες απαντήσεις, δηλαδή το «Συμφωνώ απόλυτα» και το «Διαφωνώ απόλυτα». Οι δυνατές τιμές της μέτρησης αυτής ήταν οι φυσικές τιμές από το 0 έως το 12 («0» στη περίπτωση που καμιά ερώτηση δεν

απαντήθηκε ακραία και «12» στη περίπτωση που όλες οι απαντήσεις απαντήθηκαν ακραία). Κατά μέσο όρο, δόθηκαν ακραίες απαντήσεις σε 6,5 προτάσεις. Η ακόλουθη παράσταση δείχνει την κατανομή του αριθμού ακραίων απαντήσεων.

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ (22) – ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΤΙΚΑ Ή ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ



Εν συνεχεία, δημιουργήθηκαν δύο ομάδες, μια με λίγες (1-6) και μια με πολλές (7-12) ακραίες απαντήσεις και εξετάστηκε η σχέση με άλλες παραμέτρους της έρευνας: διατροφική διαταραχή, κατάθλιψη, εσωτερική συγκρότηση και φύλο:

1.1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: Αντίθετα από ότι αναμενόταν, διαφάνηκε τάση μείωσης των υπερβολικά θετικών ή αρνητικών απαντήσεων, από τα λιγότερο στα περισσότερα επιβαρημένα με νοσηρές διατροφικές συνήθειες άτομα. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (39), η ομάδα των ατόμων άνευ συμπτωμάτων είχε περισσότερες ‘ακραίες’ απαντήσεις από τις άλλες δυο ομάδες, ενώ η ομάδα των ατόμων με άτυπα συμπτώματα έδωσε περισσότερες ‘ακραίες’ απαντήσεις από την ομάδα των ατόμων με ενδείξεις διατροφικής διαταραχής. Η τάση αυτή δεν αποδείχθηκε, όμως, στατιστικά σημαντική (Pearson Chi-square, $p=0,558$).

Πίνακας (39) - ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Ακραίες απαντήσεις	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ			
	Άνευ συμπτωμάτων	Άτυπα συμπτώματα	Κλινικά Συμπτώματα	Σύνολο
0-6	68 (46,6 %)	37 (49,3%)	14 (58,3%)	119 (48,6%)
7-12	78 (53,4%)	38 (50,7%)	10 (41,7%)	126 (51,4%)
Σύνολο	146 (100%)	75 (100%)	24 (100%)	245 (100%)

I.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: Ομοίως, η σχέση μεταξύ ακραίων απαντήσεων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (πίνακας 40).

Πίνακας (40) – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Ακραίες απαντήσεις	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Σύνολο
0-6	56 (43,1%)	52 (53,6%)	108 (47,6%)
7-12	74 (56,9%)	45 (46,4%)	119 (52,4%)
Σύνολο	130 (100%)	97 (100%)	227 (100%)

I.3. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: Για την σχέση μεταξύ του αριθμού ακραίων απαντήσεων και της εσωτερικής συγκρότησης υπολογίστηκε η συσχέτιση Pearson $r=0,279$. Η σχέση αυτή δεν βρέθηκε ιδιαίτερα ισχυρή. Αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική, αλλά η δοκιμασία βασίστηκε στην προϋπόθεση της κανονικής κατανομής, πράγμα που δεν ίσχυσε για την εσωτερική συγκρότηση, όπως αναφέρθηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

I.4. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΚΡΑΙΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: Τα αγόρια 48,5 % είχαν 6 ή λιγότερες ακραίες απαντήσεις. Στα κορίτσια το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 48,6. Η διαφορά αυτή δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική.

Συμπερασματικά, τα οικογενειακά ερείσματα δεν συνδέονται με καμιά άλλη παράμετρο που εξετάστηκε σε αυτήν την έρευνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφέρουμε τα συμπεράσματα της παρούσης έρευνας, όπως προέκυψαν, από την επεξεργασία των δεδομένων. Στο επόμενο κεφάλαιο θα ακολουθήσει συζήτηση επί αυτών.

Με βάση τους στόχους της έρευνας θεωρούμε ότι καλύφθηκαν σχεδόν στην ολότητα τους. Συγκεκριμένα το δείγμα μας εξετάστηκε για διατροφικά προβλήματα κλινικού και μη κλινικού τύπου (άτυπα) και εν συνεχεία τα δεδομένα αυτά συσχετίστηκαν με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν προαναφερθεί. Αυτό δεν ίσχυσε για τις μεταβλητές: μη ελληνική εθνικότητα, παλιννόστηση, προέλευση Roma, λόγω μικρής εκπροσώπησης του δείγματος σε αυτό το επίπεδο.

Αναφορικά με τις επιμέρους υποθέσεις που έγιναν προ της επεξεργασίας των δεδομένων, θεωρούμε ότι σε αρκετά μεγάλο ποσοστό επιβεβαιώθηκαν, ενώ παράλληλα προέκυψαν κάποια νέα ενδιαφέροντα δεδομένα. Αναφέρουμε αριθμητικά και με την σειρά που προέκυψαν τα βασικότερα συμπεράσματα:

1. Επιβεβαιώθηκε στατιστικά ότι οι περιοχές Αγίας Βαρβάρας και Αχαρνών παρουσιάζουν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο από τις περιοχές του Αμαρουσίου και της Κηφισιάς. Αυτό εκφράστηκε κυρίως, στην μεγαλύτερη ενασχόληση των γονέων των μαθητών από την Αγία Βαρβάρα και την περιοχή των Αχαρνών, με χειρωνακτικά επαγγέλματα, αλλά και στη χαμηλότερη μόρφωση τους. Αντίθετα οι περιοχές της Κηφισιάς και του Αμαρουσίου συγκέντρωσαν τους γονείς με τα ‘άνωτερα’ επαγγέλματα (π.χ. ιατροί, δικηγόροι, στελέχη επιχειρήσεων κ.α.) και μόρφωση αλλά και με τις μεγαλύτερες κατοικίες. Ωστόσο η ιδιοκτησία της κατοικίας δεν επιβεβαιώθηκε ως ένδειξη κοινωνικού ‘στάτους’, διότι περισσότεροι γονείς από τις εύπορες περιοχές νοίκιαζαν, συγκριτικά με τους γονείς από τις λιγότερο εύπορες περιοχές.
2. Οι πατέρες του δείγματος εκπροσωπήθηκαν περισσότερο στις ανώτερες και κατώτερες βαθμίδες μόρφωσης και στα ανώτερα και μεσαία επαγγέλματα. Οι μητέρες συγκριτικά με τους πατέρες, έκαναν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους πατέρες, κατώτερα επαγγέλματα και το μεγαλύτερο ποσοστό τους είχαν δευτεροβάθμια μόρφωση. Επίσης οι μητέρες ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό άνεργες και ανεξαρτήτως κοινωνικού στρώματος βρέθηκαν σε μεγάλο βαθμό να δηλώνουν ‘νοικοκυρές’ και συνεπώς να βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας.
3. Γενικότερα οι γονείς του δείγματος, ανεξαρτήτως τύπου κατοικίας, εκπροσωπήθηκαν περισσότερο στα μεσαία και ανώτερα παρά στα κατώτερα επαγγέλματα.
4. Το ποσοστό διαζυγίου των γονέων φάνηκε να αυξάνεται από τα κατώτερα προς τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα
5. Η κοινωνική διαστρωμάτωση ήταν ανεξάρτητη του αριθμού παιδιών στην οικογένεια.
6. Αναφορικά με την ανίχνευση προβλημάτων στη λήψη τροφής στους μαθητές και μαθήτριες του δείγματός μας παρατηρήθηκε:
 - α. τα κλινικά και άτυπα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής ανιχνεύθηκαν σε όλο το φάσμα τους
 - β. τα κλινικά προβλήματα ήταν υποπολλαπλάσια των άτυπων συμπτωμάτων.

Συμπερασματικά: τα υποκλινικά προβλήματα διατροφής ενδέχεται να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα της εφηβείας, λόγω του κινδύνου σε κλινικά προβλήματα.

7. Τα κορίτσια αντιμετώπισαν σε πολλαπλάσιο βαθμό από τα αγόρια διατροφικά προβλήματα όλων των μορφών (κλινικά και άτυπα).
8. Τα κορίτσια έτειναν να υπερτερούν, σε σχέση με τα αγόρια, σε περιοριστικού τύπου συμπεριφορές διατροφής (ανορεξικά συμπτώματα, νηστεία, αυστηρή δίαιτα). Τα αγόρια εμφάνισαν συχνότερα υπερφαγικού τύπου συμπεριφορές (κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε συγκεκριμένο χρόνο), οι οποίες ενδέχεται να έχουν ως απώτερο σκοπό την αύξηση του σωματικού όγκου.
9. Τα κορίτσια εμφάνισαν όλες τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κουλτούρα της 'σωματικής λεπτότητας' και έχουν θετικά συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές. Συγκεκριμένα είχαν συχνά χαμηλό σωματικό βάρος, εκτιμούσαν το βάρος τους μεγαλύτερο από ό,τι πραγματικά ήταν, φοβούνταν μην παχύνουν, θεωρούσαν τμήμα ή όλο το σώμα τους παχύ, το βάρος/σχήμα του σώματός τους επηρέαζε την αυτοεικόνα τους. Σε όλες τις παραπάνω συμπεριφορές τα κορίτσια υπερτέρησαν αριθμητικά των αγοριών.
10. Τα κορίτσια ανέφεραν περισσότερα υπερφαγικά επεισόδια από τα αγόρια και έτειναν να χάνουν συχνότερα τον έλεγχο κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών.
11. Ενώ τα αγόρια χρησιμοποιούσαν τη σωματική άσκηση ως μέθοδο ελέγχου του βάρους (ασκούσαν δηλαδή για να διατηρήσουν το βάρος τους στα επιθυμητά επίπεδα), τα κορίτσια χρησιμοποιούσαν τη σωματική άσκηση ως μέθοδο απώλειας βάρους και καταπολέμησης των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας
12. Αναφορικά με τα στοιχεία κατάθλιψης του δείγματος μας, τα κορίτσια υπερτέρησαν των αγοριών στις τιμές κατάθλιψης ανεξαρτήτως διατροφικού προβλήματος. Το εύρημα αυτό ενίσχυσε, εν μέρει, την άποψη, ότι η κατάθλιψη προϋπάρχει και ενισχύει τις διατροφικές διαταραχές. Στα αγόρια η κατάθλιψη αυξανόταν αναλογικά με την σοβαρότητα του διατροφικού προβλήματος. Η κατάθλιψη, επίσης, φάνηκε να σχετίζεται εντονότερα με τις διαταραχές υπερφαγίας, από ότι με άλλες μορφές διαταραχών διατροφής.
13. Η κατάθλιψη παρουσίασε αύξουσα τάση όσο η εσωτερική συγκρότηση εμφάνιζε φθίνουσα τάση.
14. Η κατάθλιψη δεν σχετίστηκε με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
15. Η εσωτερική συγκρότηση βρέθηκε ανεξάρτητη του φύλου και άλλων δημογραφικών παραγόντων.
16. Η εσωτερική συγκρότηση και οι υποκλίμακές της, εκτός της συναισθηματικής επένδυσης, σχετίστηκαν θετικά με την απουσία διατροφικών προβλημάτων. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων με κλινικά και με άτυπα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών αντίστοιχα.
17. Αναφορικά με τα οικογενειακά ερείσματα παρατηρήθηκε οριακή σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της διαφωνίας με τις θετικές προτάσεις για τις οικογενειακές σχέσεις. Ωστόσο αυτό δεν ίσχυσε αντίστροφα. Τα παιδιά με προβλήματα στη λήψη τροφής δεν φάνηκε να συμφωνούν περισσότερο από τους υπόλοιπους με τις αρνητικές προτάσεις για την οικογένεια.
18. Η επιλογή, επίσης, ακραίων απαντήσεων σχετικά με τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της οικογένειας δεν φάνηκε να σχετίζεται με τις διαταραχές διατροφής, την κατάθλιψη, την

εσωτερική συγκρότηση και το φύλο. Γενικότερα τα οικογενειακά ερείσματα δεν βρέθηκε να σχετίζονται με άλλες παραμέτρους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποίησε τους κυρίως στόχους της που συνοψίζονται, α. στην ανίχνευση κλινικών και υποκλινικών συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής σε εφήβους μαθητές και μαθήτριες της ελληνικής πρωτεύουσας και β. στη συσχέτιση των διατροφικών προβλημάτων, αφ' ενός, με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες όπως: φύλο, εθνότητα, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο γονέων, μόρφωση γονέων, ηλικία, σχολική επίδοση και αφ' ετέρου, με ψυχολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες: στοιχεία κατάθλιψης, εσωτερική συγκρότηση και οικογενειακά ερείσματα.

Τα ευρήματα, επιβεβαίωσαν σε μεγάλο βαθμό τις αρχικές υποθέσεις. Ωστόσο, ορισμένες συσχετίσεις (μεταξύ της εθνικότητας, της παλιννόστησης και της προέλευσης Roma με τις άλλες παραμέτρους της έρευνας) δεν στάθηκε δυνατό να ερευνηθούν, λόγω της τελικής σύστασης του δείγματος.

Το μέγεθος, επίσης, του δείγματος και η μη επιβεβαίωση των διαγνωστικών αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων Q-EDD (Ερωτηματολόγιο Διάγνωσης Διατροφικών Διαταραχών) και CES-D (Κλίμακα Κατάθλιψης), με κλινική συνέντευξη, περιορίζει τα ευρήματα μας, από την χορήγηση των παραπάνω δοκιμασιών, σε ασφαλείς ενδείξεις επικράτησης διατροφικών διαταραχών και στοιχείων κατάθλιψης και όχι σε καταληκτικά συμπεράσματα.

Τα ενδεικτικά ευρήματα από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου Q-EDD, οδήγησαν όπως ήταν προβλεπόμενο στην ταξινόμηση του δείγματος σε δυο κατηγορίες κλιμακούμενης σοβαρότητας ως προς τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής (άτυπη και κλινική κατηγορία) και σε μια τρίτη που περιέλαβε τα άτομα ελεύθερα συμπτωμάτων διατροφικών προβλημάτων άτυπου ή κλινικού τύπου. Η επονομαζόμενη 'κλινική' κατηγορία περιέλαβε τα άτομα με ενδείξεις κλινικών διατροφικών διαταραχών, όπως περιγράφονται στο DSM-IV. Η επονομαζόμενη 'μη κλινική (άτυπη)' κατηγορία, περιέλαβε τα άτομα που ανέφεραν άτυπα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Τα άτυπα συμπτώματα κατανεμήθηκαν σε οκτώ ονομαστικές υποκατηγορίες, οι οποίες προβλέπονταν από το ερωτηματολόγιο Q-EDD. Οι προβλεπόμενες υποκατηγορίες συμπτωματικών συμπεριφορών, δεν περιλαμβάνονται στα επίσημα συστήματα ταξινόμησης DSM-IV ή/και ICD-10, ωστόσο, αφορούν σε επανειλημμένα διαπιστωμένες συμπεριφορές. Υπήρχε και μια ένατη υποκατηγορία, με τον τίτλο 'άλλο', που έδινε τη δυνατότητα καταχώρησης νέων παρατηρημένων άτυπων συμπεριφορών. Στην ενότητα αυτή, καταχωρήσαμε μια νέα άτυπη παθολογική συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής, η οποία παρατηρήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας.

Συμπληρωματικά των παραπάνω κλινικών και άτυπων κατηγοριών, ανιχνεύθηκε κατηγορία ατόμων ευάλωτων στην μελλοντική ανάπτυξη συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών. Τα άτομα αυτά παρότι ανήκαν στην κατηγορία ελεύθερη συμπτωμάτων διατροφικών προβλημάτων, βρίσκονταν στα δυο άκρα του φάσματος του σωματικού βάρους. Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, τα άτομα με υπερβολικά χαμηλό βάρος, βρίσκονται σε ομάδα κινδύνου για την ανάπτυξη περιοριστικών συμπεριφορών, ενώ τα άτομα με μεγάλο δείκτη μάζας σώματος για την ανάπτυξη υπερφαγικών συνδρόμων (Mond & Hay, 2009). Για τη μετεξέλιξη, των προβλημάτων βάρους (και ιδιαίτερα της παχυσαρκίας), σε διαταραχές διατροφής, λειτουργούν ενισχυτικά παράγοντες όπως, το ιδανικό της λεπτότητας, η χαμηλή

αυτοεκτίμηση (Sassaroli & Ruggiero, 2005; Daley και συν, 2008) ή ακόμη και η υποκειμενική υπερφαγική συμπεριφορά (subjective bulimic episodes) (Mond & Hay, 2009).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αποκάλυψαν εκπροσώπηση όλου του φάσματος των κλινικών και των άτυπων μορφών διατροφικής διαταραχής, στο δείγμα μας. Συγκεκριμένα, στην λεγόμενη κλινική κατηγορία, ανιχνεύθηκαν περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχογενούς βουλιμίας και διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας. Επίσης διαπιστώθηκαν περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών μη προσδιοριζόμενων αλλιώς (EDNOS), οι οποίες ταξινομήθηκαν ως: υπό του κατωφλίου βουλιμία, ανορεξία με έμμηνο ρύση και βουλιμία άνευ επεισοδίων υπερφαγίας.

Αντίστοιχα, στην άτυπη κατηγορία, διαπιστώθηκαν όλες οι προβλεπόμενες υποκατηγορίες. Ταυτόχρονα, καταγράφηκε μια νέα συμπτωματική υποκατηγορία, η οποία ονομάστηκε 'συμπεριφορική διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας'. Η συμπεριφορά αυτή, συγκέντρωσε όλα τα χαρακτηριστικά της υπερφαγικής διαταραχής, εκτός της αίσθησης απώλειας ελέγχου κατά τα υπερφαγικά επεισόδια.

Οι ανιχνευθείσες ενδείξεις προβλημάτων διατροφικής διαταραχής κλινικής και άτυπης μορφής στους εφήβους του δείγματός μας, κυμάνθηκαν σε επίπεδα ανάλογα με εκείνα που αναφέρουν διεθνείς έρευνες, επί ανάλογου πληθυσμού. Όπως ήταν αναμενόμενο τη μεγαλύτερη επικράτηση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών, είχε η διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, και τη μικρότερη, η ψυχογενής ανορεξία, ενώ στο σύνολό τους οι διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (EDNOS) αναφέρθηκαν με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενή βουλιμία. Το ίδιο ίσχυσε και για τις άτυπες μορφές διαταραχών διατροφής, οι οποίες υπερίσχυσαν των κλινικών.

Πιο συγκεκριμένα, οι τιμές για την ψυχογενή ανορεξία (0.3%) που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα συγκρινόμενες με διεθνείς μελέτες σε εφήβους, βρέθηκαν να κυμαίνονται σε περίπου ίσα (Lewinsohn και συν, 2002) ή υψηλότερα επίπεδα (Szumska και συν, 2005; Ackard και συν, 2007) ενώ οι τιμές για την ψυχογενή βουλιμία (0.8%) ήταν κατά μέσο όρο ίσες ή μικρότερες των διεθνών τιμών (Nobakht & Dezhkam, 2000; Lewinsohn, 2002; Ackard και συν, 2007). Συγκριτικά με προϋπάρχουσες έρευνες στον ελλαδικό χώρο, τα ευρήματά μας συμφώνησαν με τις τιμές που αναφέρονται για την ψυχογενή ανορεξία σε έρευνα των Fichter και συν (1983) αλλά υπολείπονται αυτών των Σήμου (1996) και Μωρόγιαννη (2000). Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα, η τιμή ανορεξίας μετά εμμηνου ρύσεως (EDNOS) βρέθηκε υψηλότερη της τιμής της ανορεξίας διευρυμένων κριτηρίων στην έρευνα Μωρόγιαννη. Αν προστεθεί και η τιμή άτυπης μορφής ανορεξίας που βρέθηκε (ανορεξία με ΔΜΣ > 17,5) στην παρούσα έρευνα, οι ευρεθείσες τιμές για την ανορεξία ευρύτερα ήταν αρκετά υψηλές. Για την ψυχογενή βουλιμία, τα ποσοστά επικράτησης στο παρόν δείγμα, ήταν χαμηλότερα από τα αναφερόμενα στην έρευνα Μωρόγιαννη. Ωστόσο η παρούσα έρευνα, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια κατάταξης του DSM-IV, βρήκε τιμές και για την κάτω του κατωφλίου βουλιμία. Αν συνυπολογιστούν οι τιμές για την ψυχογενή βουλιμία και την βουλιμία υπό του κατωφλίου, παρατηρείται μια αρκετά αυξημένη επικράτηση κλινικών μορφών βουλιμίας στο δείγμα μας. Όσον αφορά στην διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, οι έφηβοι του δείγματος μας ανέφεραν τιμές ανώτερες (4.5) εκείνων που αναφέρονται διεθνώς για εφηβικά δείγματα (Ackard και συν, 2007) και πλησιέστερες του ανώτερου ορίου των τιμών για ενήλικα δείγματα. Τα αποτελέσματά μας, ωστόσο, υπολείπονται κατά πολύ αυτών που αναφέρονται στην έρευνα Μωρόγιαννη, ιδιαίτερα για τα κορίτσια. Τα μεγέθη μπορεί να μην είναι συγκρίσιμα λόγω της χρήσης διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι τιμές για τις διατροφικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (EDNOS), βρέθηκαν αυξημένες συγκριτικά με τις ευρεθείσες τιμές για την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία. Οι ευρεθείσες τιμές για τα άτυπα σύνδρομα διατροφικών διαταραχών (30,6%), υπερκέρασαν τα διεθνή ευρήματα (Patton και συν, 2008). Ωστόσο η μερική ή συνολική σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες, κρίθηκε παρακινδυνευμένη λόγω της απουσίας κοινά αποδεκτής ονοματολογίας των συμπτωμάτων (Fairburn και συν, 2007b). Σημαντικό είναι ότι και στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε αυξημένη τάση εμφάνισης των άτυπων συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι οι άτυπες μορφές διατροφικών διαταραχών, αποτελούν, λόγω της αυξημένης διάδοσης τους, σοβαρό πρόβλημα και ότι, ακριβώς για τον λόγο αυτό, οφείλουν να ενταχθούν στα επίσημα συστήματα ταξινόμησης.

Ενδιαφέρον άτυπο εύρημα, της παρούσας έρευνας, ήταν η αναφορά από μεγάλο ποσοστό κυρίως αγοριών, συμπτωμάτων κοινών με την διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας με τη διαφορά ότι η αίσθηση απώλειας ελέγχου απουσίαζε. Η διαμόρφωση αυτή δεν έχει αναφερθεί ξανά στην βιβλιογραφία. Δεδομένου ότι δεν διαπιστώθηκε δυσκολία κατανόησης της οδηγίας του Q-EDD, που αφορά στην απώλεια ελέγχου κατά τα υπερφαγικά επεισόδια, από το πιλοτικό δείγμα, εικάσαμε πιθανή δυσκολία των εφήβων αγοριών να ομολογήσουν απώλεια ελέγχου (Vannatta, 1997) ή πιθανή υποτίμηση της σοβαρότητας του συναισθήματος ελέγχου κατά την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής. Ωστόσο, η επιβεβαίωση αυτής της εικασίας (και στα δυο της σκέλη), θα είχε ως αποτέλεσμα μια μεγάλη επικράτηση της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας. Βέβαια, το παλαιότερο εύρημα, σε δείγμα ελλήνων εφήβων, ποσοστού διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας πολύ ανώτερου του ευρεθέντος στην παρούσα έρευνα, ανάγει αυτή την πιθανότητα στα πλαίσια του δυνατού (Μωρόγιαννης, 2000). Δευτερευόντως, εικάσαμε ότι η υπερβολική κατανάλωση τροφής χωρίς παράλληλη απώλεια ελέγχου, ίσως είναι συμβατή με την 'ενόρμηση για αύξηση του μυϊκού όγκου' για λόγους αισθητικής και αρρενωπότητας (Mc Creary & Sasse, 2001; Huon και συν, 2002a,b). Ωστόσο η κατώτερη αλλά διόλου ευκαταφρόνητη επικράτηση των κοριτσιών στην ίδια υποκατηγορία αφήνει ανοικτά δυο ενδεχόμενα για μελλοντική διερεύνηση: ή ότι πρόκειται για νέα μορφή μερικής συμπτωματολογίας, κατά την οποία η αίσθηση ελέγχου διατηρείται/χάνεται μερικώς ή, ότι αντικατοπτρίζει αυξημένη επικράτηση της διαταραχής επεισοδίων υπερφαγίας μεταξύ των ελλήνων εφήβων και ιδιαίτερα των αγοριών, όπου ο παράγοντας απώλειας ελέγχου ή αποσιωπείται για πολιτισμικούς λόγους ή δεν αξιολογείται τόσο σημαντικός ώστε να αναφερθεί. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αίσθηση απώλειας ελέγχου, έτσι και αλλιώς, αναφέρεται σε ένα υποκειμενικό μη μετρήσιμο γεγονός. Ο αυθαίρετος χαρακτήρας αυτού του κριτηρίου εγείρει σκέψεις για την επίδραση ποικίλων πολιτισμικών παραγόντων στον βαθμό/ένταση του βιώματος, στη συναισθηματική του βαρύτητα κ.α.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο υποκλινικό εύρημα, ήταν η αυξημένη επικράτηση, κυρίως στα κορίτσια, της χρόνιας διαιτητικής συμπεριφοράς. Δεδομένου ότι η χρόνια διαιτητική συμπεριφορά έχει συχνά αναφερθεί ως επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη κλινικής μορφής διατροφικών διαταραχών (Mond & Hay, 2009), το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία, ως δείκτης μελλοντικών εξελίξεων. Θα είναι ενδιαφέρον σε μελλοντικές έρευνες να διερευνηθεί, κυρίως μεταξύ των κοριτσιών, η ύπαρξη ουδού ή ορίου βάρους (weight limit). Η ουδός αυτή έχει συσχετιστεί θετικά με την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (Berger και συν, 2009). Μια άλλη ενδιαφέρουσα υπόθεση προς μελλοντική διερεύνηση είναι της

‘δαιτητικής – καταθλιπτικής’ συμπτωματικής υποκατηγορίας διατροφικών διαταραχών. Αυτή η υποκατηγορία που προτάθηκε μετά το πέρας της παρούσας έρευνας, προηγινώσκει υπερφαγική συμπεριφορά (Chen και συν, 2009).

Όπως ήταν αναμενόμενο, η έρευνά μας επιβεβαίωσε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής. Τα κορίτσια που παρουσίασαν στοιχεία κλινικών διατροφικών διαταραχών αλλά και άτυπων μορφών διατροφικής παθολογίας υπερκέρασαν κατά πολύ τα αγόρια. Τα αγόρια δεν είχαν εκπροσώπηση στην κατηγορία ‘ψυχογενής βουλιμία’ αλλά είχαν εκπροσώπηση στην κατηγορία ‘ψυχογενής ανορεξία’ στην οποία δεν είχαν τα κορίτσια. Τα ευρήματα αυτά δεν μπορούν να αξιολογηθούν λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος. Ωστόσο, επιβεβαίωσε ισχυρή συνάρτηση μεταξύ του φύλου και επιβαρυντικών παραγόντων για την ανάπτυξη και τη συντήρηση των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής, όπως: η υπερβολική επιρροή του σχήματος και του βάρους του σώματος στην αυτοεκτίμηση, το σωματικό βάρος, η λανθασμένη εκτίμηση του σωματικού βάρους, η δυσαρέσκεια με το σώμα, οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές και η χρόνια δαιτητική συμπεριφορά. Η μεγαλύτερη εκπροσώπηση των αγοριών στη συνολική παθολογική διατροφική συμπεριφορά σε σχέση με την έρευνα Μωρόγιαννη, ίσως να αντανακλά άνοδο του φαινομένου στα αγόρια (Hudson και συν, 2007a)

Τα κορίτσια παρουσίασαν αυξημένες ενδείξεις επικράτησης στην κλινική και υποκλινική κατηγορία σε αντίθεση με τα αγόρια που επικράτησαν στην ασυμπτωματική κατηγορία. Τα κορίτσια, ακόμη και όταν ήταν ελεύθερα συμπτωμάτων, έτειναν συγκριτικά με τα αγόρια, να ανησυχούν εντονότερα μήπως γίνουν παχύσαρκα ή αυξηθεί το βάρος τους, να επηρεάζονται εντονότερα από το βάρος και το σχήμα του σώματος, να αισθάνονται περισσότερο δυσαρεστημένα με ένα μέρος ή ολόκληρο το σώμα τους και να τοποθετούν τον εαυτό τους σε κατηγορία μεγαλύτερου βάρους από το δηλωθέν. Οι διαφορετικές επιδόσεις των κοριτσιών και των αγοριών του δείγματος μας σε αυτές τις μεταβλητές επιβεβαίωσαν υπάρχοντα ευρήματα. Πρώτον, ότι στα κορίτσια, το σχήμα και το βάρος του σώματος παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην εικόνα εαυτού (Monro & Huon, 2005). Δεύτερον, ότι η δυσαρέσκεια με το σώμα και η διαστρέβλωση της αντίληψης του βάρους και σχήματος του σώματος είναι πολύ αυξημένη στα κορίτσια (Benjet & Hernandez –Guzman, 2002; Adams και συν, 2006; Ackard και συν, 2007), συγκριτικά με τα αγόρια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να επηρεάζεται η εκτίμηση της κατηγορίας βάρους στην οποία ανήκουν με αρνητικά, όπως έχει βρεθεί, αποτελέσματα σε σχέση με την διατροφική συμπεριφορά (Berger και συν, 2009). Τρίτον, στα κορίτσια είναι περισσότερο διαδεδομένο, συγκριτικά με τα αγόρια, το λεγόμενο ‘ιδανικό της λεπτότητας’ (Croll και συν, 2002; Forbes και συν, 2004; Colabianchi και συν, 2006). Συνοπτικά, τα ευρήματα μας υποστηρίζουν την αντίληψη ότι οι έφηβες είναι πιο ευάλωτες, συγκριτικά με τα αγόρια, στην ‘ενόρμηση για λεπτότητα’ (drive for thinness) που απορρέει από την εσωτερίκευσή του κοινωνικού – πολιτισμικού ιδανικού του λεπτού σώματος (McCreary & Sasse, 2001; Grilo & Masheb, 2005; Haase και συν, 2007) και αποτελεί την κινητήρια δύναμη πίσω από την δαιτητική ή αντισταθμιστική συμπεριφορά. Παρότι στην παρούσα έρευνα, δεν μετρήθηκε ο βαθμός της κοινωνικής και πολιτισμικής πίεσης που ασκείται στα κορίτσια, από συνομηλίκους, γονείς, μέσα μαζικής ενημέρωσης κ.α., για την απόκτηση λεπτού σώματος, ωστόσο, κρίνοντας εκ του αποτελέσματος, τα κορίτσια εμφάνισαν, συγκριτικά με τα αγόρια, έντονη τάση εναρμόνισης με αυτό το πρότυπο και πιθανή μικρότερη αντίσταση στην εσωτερίκευση του (McCreary & Sasse, 2001; Hargreaves & Tiggemann, 2003). Επίσης, τα κορίτσια ανέφεραν περισσότερες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (χάπια ελέγχου του βάρους κ.α.) και ακόμη και

όταν ήταν ελεύθερα συμπτωμάτων, ήταν συχνότερα από τα αγόρια, υπερβολικά χαμηλού σωματικού βάρους.

Συνεπώς, τα αποτελέσματά μας ενίσχυσαν έμμεσα την αντίληψη ότι 'το ιδανικό της λεπτότητας' είναι συνυφασμένο με τη γυναικεία σωματική ελκυστικότητα, σε αντίθεση με τους άνδρες όπου η πίεση για λεπτότητα ισορροπεί με την αντίρροπη επιταγή για μυϊκή ανάπτυξη και μυϊκό όγκο (Mougo & Huon, 2005; Huon και συν, 2002b; Mc Creary & Sasse, 2001). Αυτή η έμμεση συσχέτιση, προέκυψε από τους φόβους για πρόσληψη βάρους, την λανθασμένη εκτίμηση σωματικού βάρους και τη δυσαρέσκεια που ανέφεραν τα κορίτσια, ανεξάρτητα της κατηγορίας στην οποία ανήκαν σε σχέση με τα διατροφικά προβλήματα, σε αντίθεση με τα αγόρια, που ανέφεραν, υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες και τάση άθλησης σε βάρος άλλων ασχολιών.

Όπως προαναφέρθηκε, τα κορίτσια και τα αγόρια του δείγματος, εμφάνισαν διαφορές υπέρ των κοριτσιών ως προς την εκπροσώπηση τους στην κατηγορία 'υπερβολικά χαμηλού βάρους' αλλά και στην τάση να κάνουν δίαιτα ή να επιδίδονται σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές για την απώλεια ή μη πρόσληψη βάρους. Τα αγόρια φάνηκε να υπερτερούν των κοριτσιών σε δυο άτυπες κατηγορίες που περιλάμβαναν υπερφαγικά επεισόδια χωρίς απώλεια ελέγχου και υπερφαγικά επεισόδια μειωμένης συχνότητας. Η μειωμένη εκπροσώπηση των αγοριών, συγκριτικά με τα κορίτσια, σε περιοριστικές ή/και καθαρτικές συμπεριφορές και η αυξημένη εκπροσώπηση τους σε υπερφαγικές πρακτικές ίσως αντικατοπτρίζει πολιτισμικά στερεότυπα (Barry & Grilo, 2002; Farrell και συν, 2005; Hudson και συν, 2007; Glauert και συν, 2009;

Παρότι τα αγόρια, σπάνιζαν στην κατηγορία υπερβολικά χαμηλού βάρους ή με πολύ μικρή συχνότητα αγωνιούσαν για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, φάνηκε να συμπλέουν με τα κορίτσια στην εκτίμηση ότι το χαμηλό σωματικό βάρος δεν αποτελεί πρόβλημα. Δεδομένου ότι το παρόν εύρημα δεν ήταν συμβατό με τις συμπεριφορές που δήλωσαν γενικότερα τα αγόρια, εικάσαμε ότι το εύρημα μπορεί να σχετίζεται με έναν γενικευμένο φόβο παχυσαρκίας (Puhl & Brownell, 2005) ή/και εξιδανίκευσης του λεπτού σώματος ανεξαρτήτως γένους (Groesz και συν, 2002). Ο φόβος της παχυσαρκίας έχει αναφερθεί, άλλωστε, ότι μπορεί να ωθήσει εκτός των κοριτσιών και τα αγόρια σε αυστηρές δίαιτες (Ackard και συν, 2007). Στην παρούσα έρευνα, αν και σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια, αρκετά αγόρια ανέφεραν ότι κάνουν δίαιτα, ανεξάρτητα του σωματικού τους βάρους ή ότι χρησιμοποιούν την άσκηση ως μέσο ελέγχου του βάρους (McCabe & Ricciardelli, 2001; Loumidis & Wells, 2001). Ωστόσο, η τάση αυτή των αγοριών για έλεγχο βάρους δεν συνοδευόταν, από διαστρεβλωμένη εικόνα βάρους και σχήματος σώματος, φόβο πρόσληψης βάρους ή συσχέτισης του σχήματος και βάρους του σώματος με την αυτοεικόνα. Τα ευρήματα αυτά, παραπέμπουν στην πιθανότητα διαφορετικών κινήτρων μεταξύ των δυο φύλων, για την απώλεια βάρους, χωρίς ωστόσο να μειώνουν τη σημαντικότητα των παραπάνω ευρημάτων για τα αγόρια. Δεδομένου ότι οι διατροφικές διαταραχές ενδέχεται να εμφανίζονται, κυρίως για πολιτισμικούς λόγους, με διαφορετικό τρόπο σε αγόρια και κορίτσια, είναι σημαντική η μελλοντική επιβεβαίωση των ευρημάτων σχετικά με την διαιτητική ή την ελεγκτική συμπεριφορά των αγοριών.

Στον τομέα των μεθόδων ελέγχου του σωματικού βάρους, βρέθηκαν αναμενόμενες διαφορές μεταξύ των δυο φύλων. Τα κορίτσια συχνότερα από τα αγόρια έκαναν, όπως προαναφέρθηκε, αυστηρή δίαιτα για να ελέγξουν το βάρος τους και χρησιμοποιούν αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Τα αγόρια έτειναν να ελέγχουν το βάρος με την άθληση, η οποία σχετίζεται περισσότερο με πολιτισμικά πρότυπα φύλου. Το υψηλό ποσοστό των κοριτσιών του δείγματος

μας που επιδίδονταν σε χρόνια αυστηρή δίαιτα συνάδει με διεθνή ευρήματα. Η αυστηρή δίαιτα ή νηστεία καταχωρίζεται στις διαταραγμένες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής (Neumark-Sztainer και συν, 2000; Croll και συν, 2002; Fairburn και συν, 2005) και θεωρείται πιθανός προάγγελος κλινικών διατροφικών διαταραχών (Croll και συν, 2002; Phares και συν, 2004; Fairburn και συν, 2005). Η αυξημένη επικράτηση της αυστηρής διαίτας σε σημαντικό αριθμό των κοριτσιών του δείγματος μας πιθανά δείχνει μια γενικευμένη τάση που ενέχει μεγάλους κινδύνους για την ανάπτυξη πλήρους μορφής διατροφικών διαταραχών.

Οι μαθητές και οι μαθήτριες του δείγματος μας, με κλινικά και υποκλινικά προβλήματα διαταραχών διατροφής, ανέφεραν ότι επιδίδονταν σε όλους τους γνωστούς, από τη βιβλιογραφία, τρόπους ελέγχου του σωματικού βάρους (π.χ. δίαιτα, εμετοί, καθαρτικά κ.λ.π). Η άθληση και η δίαιτα, ως μέθοδοι ελέγχου του σωματικού βάρους, ίσχυσαν για ολόκληρο το δείγμα ανεξαρτήτως διατροφικού προβλήματος. Η τάση χρησιμοποίησης της άθλησης ως μέσου καταπολέμησης της υπερφαγίας ή της πρόσληψης βάρους, βρέθηκε να αυξάνεται, κυρίως στα κορίτσια, ανάλογα με τη σοβαρότητα του διατροφικού προβλήματος. Το μέγεθος της σοβαρότητας του διατροφικού προβλήματος καθόρισε, επίσης, και την προθυμία άθλησης σε συνθήκες τραυματισμού ή ασθένειας. Όσο μεγαλύτερο ήταν το διατροφικό πρόβλημα, ανεξάρτητα φύλου, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η απροθυμία αναβολής της άσκησης. Ωστόσο, η τάση αυτή, η οποία βιβλιογραφικά σχετίζεται κυρίως με την ανορεξία, δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική στην παρούσα έρευνα.

Αποδείχθηκε η υπόθεση, ότι ο τόπος κατοικίας ήταν συναρτημένος με το κοινωνικοοικονομικό στάτους, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και το μέγεθος του σπιτιού και ότι οι δυο τελευταίες μεταβλητές αποτελούν περαιτέρω ενδείξεις του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Γκότοβος, 1996). Ωστόσο δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τόπου κατοικίας, ως δείκτη κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, και των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής. Όπως γνωρίζουμε ήδη από τη βιβλιογραφία, η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών είναι, ούτως ή άλλως, αμφιλεγόμενη (Striegel – Moore και συν, 2000b; Alegria και συν, 2007; Yang, Kim & Yoon, 2010).

Παρότι αποδείχθηκε ότι η μορφή της οικογένειας σχετίζεται με τον τόπο κατοικίας (αυξητική τάση διάστασης/χωρισμού με την αύξηση του κοινωνικοοικονομικού στάτους) δεν βρέθηκε συνάρτηση μεταξύ της μορφής της οικογένειας (πλήρης ή μονογονική συνεπεία χωρισμού/διάστασης) και της ανάπτυξης οποιασδήποτε μορφής προβλήματος στην πρόσληψη τροφής. Η αναλογική σχέση μεταξύ διάστασης/χωρισμού και υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου συμφωνεί με τα ευρήματα ιταλικής έρευνας (Rose, 1992) αλλά όχι με έρευνες αγγλόφωνων χωρών, όπου φαίνεται να ισχύει αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ αυτών των παραμέτρων και της λύσης του γάμου (Jalovaara, 2003; Hewitt και συν, 2006). Ενδεχόμενα τα διαφορετικά αποτελέσματα, να οφείλονται σε θεσμικές, προνοιακές, κοινωνιοθηρσκευτικές κ.α. διαφορές. Από την άλλη, η απουσία συσχέτισης, στην έρευνα μας, μεταξύ της μορφής της οικογένειας και των διατροφικών διαταραχών ίσως να οφείλεται στο γεγονός, ότι η ποιότητα σχέσεων και η ικανότητα ανάπτυξης σταθερών δεσμών από το άτομο, παρά η αρτιότητα της οικογένειας, να σχετίζεται με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας ή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς (Broberg και συν, 2001).

Μεταξύ των επιδιώξεων, της παρούσας έρευνας, ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ανάπτυξης διαταραχών διατροφής και της προέλευσης. Ιδιαίτερα, μας ενδιέφερε να εξετάσουμε

κατά πόσον η εθνικότητα, η παλιννόστηση ή η προέλευση από ομάδα με πολιτισμικές και γλωσσικές ιδιαιτερότητες μπορεί να επιδράσει ενισχυτικά ή προστατευτικά στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Γνωρίζουμε, από τη βιβλιογραφία, ότι η οικεία κουλτούρα ή η απώλεια της οικείας κουλτούρας μπορούν να λειτουργήσουν επιβαρυντικά ή ανασταλτικά στην ανάπτυξη προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής ή ακόμη και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη νέων διατροφικών συνδρόμων (Becker, 2002, 2007b). Ο πολύ μικρός, ωστόσο, αριθμός μαθητών και μαθητριών από αυτές τις ομάδες, στο δείγμα μας, δεν επέτρεψε την εξέταση προς αυτή τη κατεύθυνση. Μελλοντικές έρευνες, με παρόμοιο θέμα, θα πρέπει να αντλήσουν το δείγμα τους από μικρότερες τάξεις του σχολείου (γυμνάσιο ή δημοτικό) ή από συλλόγους κ.α.

Τα ποσοστά των μαθητών και των μαθητριών που δήλωσαν ότι βίωσαν επεισόδιο κατάθλιψης κυμάνθηκε σε αρκετά υψηλά επίπεδα (29,5%). Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε σε παρόμοια επίπεδα με ευρήματα άλλων ερευνών σε μαθητικό πληθυσμό (Bahls, 2002). Όπως ήταν αναμενόμενο τα ευρήματα μας ήταν υψηλότερα επιδημιολογικών ερευνών που τοποθετούν το ποσοστό κλινικής των εφήβων μεταξύ 3,3% και 12,4% (Shaffer και συν, 1996; Weissman και συν, 1999). Η δομή της παρούσας έρευνας ήταν τέτοια που δεν επέτρεπε την διάγνωση κλινικής ψυχοπαθολογίας αλλά μόνο τη συλλογή ενδεικτικών στοιχείων καταθλιπτικού επεισοδίου στο πρόσφατο παρελθόν. Αναφορικά στη σχέση μεταξύ διατροφικής διαταραχής και στοιχείων κατάθλιψης, τα ευρήματα μας συμφωνούν με άλλων ερευνών σε εφήβους (Grabber & Jeanne Brooks-Gunn, 2001; Benjet & Hernandez –Guzman, 2002; Marmorstein και συν, 2008). Συγκεκριμένα παρατηρήσαμε συνύπαρξη στοιχείων κατάθλιψης και διατροφικής διαταραχής και στα δυο φύλα (Carson, Butcher & Mineka, 2002) καθώς και τάση αύξησης των στοιχείων κατάθλιψης και στα δυο φύλα με την αύξηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του διατροφικού προβλήματος (Grilo και συν, 2009). Επίσης, όπως ήταν αναμενόμενο, επιβεβαιώθηκε μεγάλη υπερίσχυση των κοριτσιών, έναντι των αγοριών, στα ποσοστά βίωσης καταθλιπτικού επεισοδίου. Γνωρίζουμε ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο σε σχέση με την κατάθλιψη και κατά την εφηβεία (Marcotte και συν, 1999; Cyranowski, 2000; Benjet & Hernandez –Guzman, 2002). Τα κορίτσια έχουν από την ηλικία των 15 ετών διπλή πιθανότητα από τα αγόρια να βιώσουν επεισόδια κατάθλιψης και αυτό ισχύει για τα επόμενα 35-30 χρόνια (Marcotte και συν, 1999) σε αντίθεση με τα αγόρια προεφηβικής ηλικίας, που υπάρχουν ενδείξεις ότι επιδεικνύουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης από τα κορίτσια προεφηβικής ηλικίας (Benjet & Hernandez –Guzman, 2002). Παρόμοια ευρήματα με την παρούσα έρευνα, αναφορικά με την υπερίσχυση των κοριτσιών έναντι των αγοριών στις τιμές κατάθλιψης, είχε ελληνική έρευνα σε φοιτητικό πληθυσμό. Βρέθηκε, συγκεκριμένα, ότι οι φοιτήτριες αντιμετώπιζαν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους φοιτητές συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, όπως ψυχολογική καταπόνηση και σωματικές ενοχλήσεις (Παπαδιώτη – Αθανασίου και συν, 2007).

Τα κορίτσια του δείγματος βίωσαν υψηλότερα ποσοστά στοιχείων κατάθλιψης και ανεξάρτητα και σε συνάρτηση με τις διατροφικές διαταραχές. Το ποσοστό των κοριτσιών ελεύθερων συμπτωμάτων που δήλωσαν επεισόδιο κατάθλιψης ήταν πολύ μεγαλύτερο εκείνου των αγοριών της ίδιας κατηγορίας. Στην μόνη περίπτωση που στις παθολογικές κατηγορίες διατροφικής συμπεριφοράς διακρίναμε μια μικρή τάση υπερίσχυσης των αγοριών έναντι των κοριτσιών στα στοιχεία κατάθλιψης ήταν στην υποκλινική κατηγορία. Το εύρημα αυτό χρειάζεται να επαναληφθεί σε νέα έρευνα ώστε να αξιολογηθεί. Αν και τα πλαίσια της υπάρχουσας έρευνας δεν επέτρεψαν την ενδελεχή διερεύνηση της υπόθεσης ότι υφίσταται σχέση

μεταξύ των διατροφικών προβλημάτων, της κατάθλιψης και της δυσαρέσκειας με το σώμα (Wiederman & Pryor, 2000; Keel και συν, 1997, 2003) ωστόσο τα αποτελέσματα έτειναν έμμεσα να δικαιολογήσουν σχέση μεταξύ αυτών των παραμέτρων. Αναφορικά με την ελαφρά τάση, περισσότερων αγοριών από κορίτσια στη κατηγορία με τα άτυπα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής, να αναφέρουν επεισόδιο κατάθλιψης, δεν έγινε αξιολόγηση δεδομένου ότι αποτελεί ένδειξη χωρίς στατιστική σημαντικότητα. Γενικότερα, τα κορίτσια εμφάνισαν, όπως αναφέραμε, συγκριτικά υψηλά ποσοστά στοιχείων κατάθλιψης σε σχέση με τα αγόρια ακόμη και όταν δεν υπήρχε πρόβλημα στην πρόσληψη τροφής. Στα αγόρια, αντίθετα, η τιμή της κατάθλιψης ανέβηκε κατακόρυφα στην κλινική και στην άτυπη ομάδα, σε σχέση με την ομάδα άνευ συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά, φαίνεται να επιβεβαιώνουν, αφ' ενός, την μεγαλύτερη επικράτηση της κατάθλιψης στις γυναίκες ανεξάρτητα διατροφικής διαταραχής και αφ' ετέρου, τη συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής (Buyukgoze-Kavas, 2006). Συγκεκριμένα, τα αναλογικά λιγότερα αναφερόμενα στοιχεία κατάθλιψη μεταξύ των υγιών αγοριών, κατέστησε ευκρινέστερη τη σχέση μεταξύ των παραμέτρων της «κατάθλιψης» και των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής (η οποία, στα κορίτσια, 'καλύπτεται' από την ούτως ή άλλως υψηλή επικράτηση κατάθλιψης).

Επίσης διαπιστώθηκε κάποια σχέση μεταξύ των στοιχείων κατάθλιψης και της υπερφαγικής συμπτωματολογίας. Αυτό το εύρημα έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία και χρήζει περαιτέρω εξέτασης σε μεγαλύτερο ελληνικό δείγμα.

Όπως στην περίπτωση των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής, η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του βαθμού κατάθλιψης και των κοινωνιοδημογραφικών μεταβλητών δεν απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Παρότι σπανίζουν οι έρευνες που αξιολογούν τέτοιου είδους συσχετίσεις στους εφήβους (Goodman & Whitaker, 2002), έχει, ωστόσο, αναφερθεί ότι η κατάθλιψη μεσολαβεί μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της υγείας του εφήβου (Wilkinson, 1996; Murali & Oyebode, 2004; Dalgard και συν, 2007), ενώ στους ενηλίκους η κατάθλιψη αυξάνεται όσο μειώνεται το κοινωνικοοικονομικό στάτους (MacLean & Hayzer, 2000). Δεν έγινε επιβεβαίωση αυτού του ευρήματος στην έρευνα μας. Δηλαδή, οι έφηβοι από ασθενέστερες οικονομικά περιοχές, δεν επέδειξαν υψηλότερα επίπεδα στοιχείων κατάθλιψης. Προφανώς η σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και στοιχείων κατάθλιψης, είναι πολυπαραγοντική.

Η σχέση μεταξύ των προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής και της εσωτερικής συγκρότησης αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική, ως προς το σύνολό της, αλλά και ως προς τις επιμέρους κλίμακες. Γνωρίζοντας ότι ο βαθμός εσωτερικής συγκρότησης είναι ευθέως ανάλογος με την ροπή του ατόμου προς τον υγιή πόλο του συνεχούς υγεία – ασθένεια, τα ευρήματά μας επιβεβαίωσαν την αρχική υπόθεση, ότι η αύξουσα ψυχοπαθολογική συμπεριφορά συνοδεύεται με μείωση της εσωτερικής συγκρότησης, όπως και το αντίθετο. Ως προς τις επιμέρους κλίμακες, ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η ευρεθείσα διαφορά μεταξύ των ατόμων στην κατηγορία άνευ συμπτωμάτων διαταραχών διατροφής και των ατόμων στις άλλες δυο κατηγορίες, στις υποκλίμακες 'Ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας' και 'Ικανότητα χειρισμού'. Η κλινική και η άτυπη παθολογία στη λήψη τροφής, βρέθηκε αντίστροφα ανάλογη με την ευχέρεια του ατόμου να διαχειριστεί τους τομείς της ζωής του με τρόπο που να προάγει τη λειτουργικότητά του και κατά συνέπεια την ψυχοσωματική του υγεία. Η μικρή απόκλιση μεταξύ των τριών κατηγοριών στην υποκλίμακα της 'Συναισθηματικής επένδυσης', η οποία δηλώνει την ικανότητα συναισθηματικής κατανόησης της ζωής και βίωσης των καταστροφικών εμπειριών ως

προκλήσεων (Antonovsky, 1987 σ.18f) ενδεχόμενα να αντανακλά πρότυπα ή προσδοκίες που σχετίζονται με το νεαρό της ηλικίας. Ωστόσο, χρήζει μελλοντικής διερεύνησης. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο βαθμός εσωτερικής συγκρότησης αλλάζει με το πέρασ της ηλικίας αν και είναι αμφιλεγόμενο κατά πόσον η πάροδος του χρόνου λειτουργεί αυξητικά ή μειωτικά (Zirke και συν, 2003).

Άλλο σημαντικό εύρημα ήταν, ότι τα άτομα στην άτυπη και την κλινική ομάδα διαταραχών διατροφής, δεν διέφεραν ως προς την γενική βαθμολογία αλλά και την επίδοση τους στις επιμέρους κλίμακες της εσωτερικής συγκρότησης. Το εύρημα αυτό, ενδεχόμενα, υποδηλώνει τον γενικότερο προσανατολισμό των εφήβων με προβλήματα στην πρόσληψη τροφής, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα αυτών των προβλημάτων, μακριά από τον πόλο της ψυχοσωματικής υγείας και της λειτουργικότητας. Τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω έρευνας. Επίσης θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί μελλοντικά και η πιθανότητα η εσωτερική συγκρότηση να διαμεσολαβεί, μεταξύ αγχογόνων παραγόντων και της ανάπτυξης προβλημάτων στην πρόσληψη τροφής.

Στην έρευνά μας, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, ως προς την εσωτερική συγκρότηση γενικότερα και τις επιμέρους κλίμακες ειδικότερα (Volanen και συν, 2007; Schumacher και συν, 2000).

Τα ευρήματα μας έδειξαν αναλογική σχέση, μεταξύ εσωτερικής συγκρότησης και κατάθλιψης (Bengtsson-Tops και συν, 2005). Γενικότερα η υψηλή εσωτερική συγκρότηση βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την έλλειψη συμπτωμάτων κατάθλιψης και διατροφικής διαταραχής και αρνητικά με την παρουσία τέτοιων παθολογικών συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά, ενίσχυσαν την υπόθεση ότι όσο πιο ισχυρά είναι τα εσωτερικά ερείσματα και η ροπή προς την υγεία τόσο μικρότερο είναι και το ποσοστό παθολογίας σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Δεδομένου ότι έχει βρεθεί μεσολαβητική σχέση της συναισθηματικής κακουχίας (emotional distress) της συναισθηματικής επεξεργασίας (emotional processing) και των διατροφικών διαταραχών (Gilboa-Schechtman και συν, 2006), τα ευρήματα χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Μπορεί, συγκεκριμένα, να ερευνηθεί ο διαμεσολαβητικός ρόλος της υποκλίμακας ‘συναισθηματική επένδυση’, σε σχέση με την κατάθλιψη και τις διατροφικές διαταραχές.

Η εσωτερική συγκρότηση δεν βρέθηκε να σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες. Αν και στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η εσωτερική συγκρότηση αυξάνει όταν βελτιώνεται το επαγγελματικό στάτους (Porpius και συν, 2003; Groholt και συν, 2003; Porpius και συν, 2008), οι κοινωνικές κατακτήσεις στον επαγγελματικό τομέα αποτελούν ‘παράγοντες αντίστασης’ κατά την ενήλική ζωή και όχι κατά την εφηβεία, όπου οι κοινωνικές επιτεύξεις, πολλές φορές, αμφισβητούνται.

Οι τρεις κλίμακες της εσωτερικής συγκρότησης προσομοιάζουν σε ένα βαθμό με τα τρία δομικά δομικά χαρακτηριστικά της θεωρίας της ψυχικής ευρωστίας των οποίων η ισόρροπη και επαρκώς υψηλή δόμηση ευνοεί την « ...i) καλή φυσική και νοητική υγεία, ii) ικανοποιητική στοχοθεσία, iii) αποτελεσματική διαχείριση πιέσεων, v) εμπνευσμένη δημιουργικότητα, vi) υψηλή και ποιοτική παραγωγικότητα και εν γένει vii) ουσιαστική και νοήμονα ποιότητα ζωής.» (Παλαιολόγου, 2009). Σε μελλοντικές έρευνες θα ήταν ενδιαφέρον να συνεξεταστεί η σχέση μεταξύ των προβλημάτων στη λήψη τροφής και της ψυχικής ευρωστίας.

Τα ευρήματά μας στο ερωτηματολόγιο ‘Οικογενειακών ερεισμάτων’, υποστηρίζουν, εν μέρει, ότι η οικογένεια ως θεσμός είναι σημαντική για το άτομο και την ψυχική του υγεία (Hilleras και συν, 2001; Browne και συν, 2002). Είναι χαρακτηριστικό ότι η συντριπτική

πλειοψηφία του δείγματος, απάντησε θετικά στην πρόταση «Είμαστε περήφανοι για την οικογένεια μας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό συμφώνησε απόλυτα ή μέτρια με όλες τις προτάσεις της κλίμακας ‘Οικογενειακή υπερηφάνεια’ (ή κλίμακα πίστης την οικογένεια) που αφορά σε θετικά γνωρίσματα της οικογένειας. Ωστόσο διαφάνηκε μια οξύμωρη τάση να υποστηρίζονται με πολλή ζέση τα ‘θετικά’ σημεία της οικογενειακής ζωής ενώ αντίστοιχα να μην απορρίπτονται με την ίδια ζέση οι προτάσεις που περιγράφουν ‘αρνητικά’ σημεία της οικογενειακής ζωής. Πολλοί έφηβοι συμφώνησαν ότι « Το να πετύχουμε αυτό που θέλουμε φαίνεται δύσκολο για μας» , « Υπάρχουν πολλές συγκρούσεις στην οικογένεια μας» και « Τα ίδια προβλήματα επαναλαμβάνονται ξανά και ξανά, αλλά διαφώνησαν στον ίδιο βαθμό ότι « Στενοχωριόμαστε για πολλά πράγματα στην οικογένεια μας» και « Κάνουμε κριτική ο ένας στον άλλο». Αυτό συνέβη, ενδεχόμενα, διότι οι θετικές προτάσεις ανταποκρίνονται σε ενδογενείς καταστάσεις π.χ. σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, ενώ οι αρνητικές προτάσεις, ανταποκρίνονται σε καταστάσεις που, εν μέρει, επηρεάζονται από εξωγενείς παράγοντες (π.χ. χρηματικά προβλήματα).

Το εύρημα μας ωστόσο ότι η πλειοψηφία του δείγματος, ανταποκρίνεται θετικά στην υποκλίμακα “οικογενειακή υπερηφάνεια” (η οποία μετρά την πίστη στην οικογένεια) είναι σημαντικό, στο βαθμό που η οικογενειακή πίστη έχει σχετιστεί με την αποφυγή προβληματικών συμπεριφορών στους εφήβους και την αύξηση του αισθήματος ευζωίας τους (Sokol- Katz, Dunham & Zimmermann, 1997; Bornstein και συν, 2003).

Κατά τη συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων ‘Οικογενειακή υπερηφάνεια’ και ‘Οικογενειακή ομοφωνία’ και των προβλημάτων στη λήψη τροφής δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση. Φάνηκε, ωστόσο, μια τάση των ατόμων με κλινικά και υποκλινικά προβλήματα διατροφής να συμφωνούν λιγότερο από τα άτομα ελεύθερα διατροφικών συμπτωμάτων, στις θετικές προτάσεις της κλίμακας ‘Οικογενειακή υπερηφάνεια’.

Η αναφερόμενη θετική συσχέτιση μεταξύ ακραίων στάσεων σε ότι αφορά την οικογένεια και προβλημάτων στους εφήβους (Anderson, 1994) δεν αποδείχθηκε στατιστικά στην έρευνα μας. Φαίνεται ότι σημαντικότερη για την πιθανή πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας και διατροφής και την ευζωία των εφήβων είναι η θετική προσέγγιση και η πίστη στην οικογένεια παρά η υιοθέτηση ακραίων ή περισσότερο ισορροπημένων στάσεων. Οι ακραίες απαντήσεις για τα θετικά ή αρνητικά στοιχεία της οικογένειας δεν φάνηκε να σχετίζονται επίσης με την κατάθλιψη, την εσωτερική συγκρότηση και το φύλο.

Θα ολοκληρώσουμε με την παρατήρηση ότι οι έλληνες έφηβοι δεν φάνηκαν σε γενικές γραμμές να διαφέρουν από τους εφήβους άλλων δυτικών χωρών ως προς τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής αλλά και σε άλλους δευτερεύοντες παράγοντες που σχετίζονται με τη νεανική κουλτούρα και ιδιαίτερα τα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς και ελκυστικότητας. Τα κορίτσια όπως ήταν αναμενόμενο αναδείχθηκαν περισσότερο δέσμια αυτών των πολιτισμικών πιέσεων σε βαθμό ώστε να υπερέχουν αρκετά των αγοριών από τις πιο ήπιες μεθόδους ελέγχου του βάρους μέχρι τις παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές που αποτελούν το αρνητικό άκρο του διατροφικού συνεχούς. Εκτός από τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διατροφή και το σώμα όπου τα κορίτσια φάνηκαν περισσότερο ευάλωτα από τα αγόρια το ίδιο ίσχυσε και στα επεισόδια κατάθλιψης. Τα κορίτσια αποδείχθηκαν με περισσότερες τάσεις κατάθλιψης από τα αγόρια. Ωστόσο παρά την αριθμητική υπεροχή των κοριτσιών κυρίως στα διατροφικά προβλήματα δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται η αυξανόμενη πίεση προς όλους τους εφήβους να

δεχθούν το ιδανικό του λεπτού σώματος και να προβούν σε διαδικασίες ελέγχου και παρατήρησης του βάρους.

Σημαντικές θα ήταν οι εφαρμογές πιλοτικών προγραμμάτων πρόληψης στα γυμνάσια και λύκεια με στόχο την πληροφόρηση των εφήβων σε θέματα βάρους και σωματικής υγείας, την μείωση των κοινωνικών πιέσεων και την αντιμετώπιση των προκαταλήψεων, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της σωματικής υπερηφάνειας. Αν αναλογιστούμε την αυξητική τάση κυρίως στις άτυπες μορφές διατροφικών διαταραχών η ανάγκη πρόληψης της εξέλιξης αυτών των μορφών σε πλήρη συμπτώματα διαφαίνεται αρκετά επιτακτική. Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαφάνηκε, επίσης, ότι η εσωτερική συγκρότηση του ατόμου η αίσθηση δηλαδή ότι είναι σημαντικός και έχει ένα βαθμό ελέγχου στη ζωή του συνάδει με χαμηλή κατάθλιψη και χαμηλή επικράτηση διατροφικών προβλημάτων. Αυτό ισχύει και όταν ο έφηβος πιστεύει σε ορισμένα θετικά γνωρίσματα της οικογένειας του και αντλεί δύναμη από αυτά. Συνεπώς η ποικιλότροπη ενίσχυση των ψυχοκοινωνικών και οικογενειακών ερεισμάτων του νέου ατόμου συμβάλλει θετικά στην πρόληψη αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών συμπεριλαμβανόμενων των διαταραγμένων συμπεριφορών στη πρόληψη τροφής.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ

Παρακάτω θα αναφερθούμε σε ορισμένα στοιχεία που στοιχειοθετούν περιορισμούς της παρούσας έρευνας αλλά παράλληλα και άξονες προς μελλοντική διερεύνηση:

Όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως τα πορίσματα της παρούσας έρευνας έχουν ενδεικτική αξία και δεν μπορούν να αναγνωριστούν ως κατηγορικά συμπεράσματα λόγω του σχετικά μικρού αριθμού του δείγματος. Παράλληλα η μη επαλήθευση των προβλημάτων στη λήψη τροφής και των στοιχείων κατάθλιψης σε ένα δεύτερο στάδιο κλινικών συνεντεύξεων – το οποίο εξ αρχής είχε αποκλειστεί ως υπερβαίνων τους στόχους της παρούσας έρευνας – ενισχύει την ενδεικτική τους ιδιότητα χωρίς όμως βέβαια και να υποβαθμίζει την αξία τους ως δεδομένα προς μελλοντική διερεύνηση και περαιτέρω επιβεβαίωση.

Ένα άλλο στοιχείο το οποίο υπερέβαινε τους στόχους της παρούσας έρευνας αλλά έχει μεγάλη ερευνητική σημασία βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι η διερεύνηση διατροφικών προβλημάτων στην προεφηβεία και την πρώιμη εφηβεία.

Όπως είδαμε η διερεύνηση των παραμέτρων της έρευνας σε εθνοτικές/μειονοτικές ομάδες δεν έγινε δυνατή κυρίως λόγω του χώρου συλλογής στοιχείων (Λύκειο) που ενδεχόμενα φιλοξενεί μικρότερο αριθμό παιδιών μελών αυτών των ομάδων από ότι επί παραδείγματι το Γυμνάσιο. Θα ήταν χρήσιμο σε μελλοντικές έρευνες να ληφθεί υπόψη το δεδομένο αυτό και να ληφθούν μέτρα ώστε οι ομάδες αυτές να μην αποκλειστούν (π.χ. συλλογή στοιχείων από γυμνασιόπαιδο, έρευνες σε επίπεδο γειτονιάς ή/και συλλόγων κ.α.).

Όπως έχει αναφερθεί προηγούμενα έχουν προϋπάρξει κάποιες έρευνες στον ελληνικό χώρο όσον αφορά τα προβλήματα στη λήψη τροφής. Ωστόσο η χρήση στην παρούσα έρευνα – για λόγους που έχουν εκτενώς διευκρινιστεί – διαφορετικού εργαλείου ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών, περιορίζει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των αποτελεσμάτων. Θα ήταν ενδιαφέρουσα, μελλοντικά, η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών με τη χρήση του Q-EDD (εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα) ώστε να εξαχθούν με ασφάλεια συγκριτικά συμπεράσματα.

Ένα επίσης στοιχείο που προέκυψε κατά την διαδικασία επεξεργασίας των δεδομένων ήταν η πιθανή έμμεση κι όχι άμεση σχέση μεταξύ των διατροφικών προβλημάτων και των οικογενειακών σχέσεων. Μελλοντικά θα μπορούσαν να ερευνηθούν πιο συγκεκριμένα εκείνες οι οικογενειακές δυναμικές, οι οποίες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, συντηρούν τις ανεπαρκείς στρατηγικές διαχείρισης συναισθημάτων/ καταστάσεων που χαρακτηρίζουν τα άτομα που εμφανίζουν προβλήματα στη λήψη τροφής.

Άλλο ένα ενδιαφέρον δεδομένο που πρόεκυψε κατά την παρούσα έρευνα και δυστυχώς η διερεύνηση του υπερέβαινε τους στόχους της ήταν η επίδραση των ΜΜΕ στην διαμόρφωση της αναπαράστασης του ‘ιδεατού σώματος’ στους εφήβους πρώτιστα αλλά ενδεχόμενα και στις οικογένειες τους. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα η διερεύνηση αυτών των αναπαραστάσεων και σε οικογενειακό επίπεδο στο βαθμό που η στάση των γονέων ενισχύει το λεγόμενο ‘ιδανικό της λεπτότητας’.

Τελευταία θα αναφέρουμε την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της σχέσης των διατροφικών διαταραχών και των στοιχείων κατάθλιψης με την εσωτερική συγκρότηση και σε άλλες ηλικιακές ομάδες στο βαθμό που τα πορίσματα μπορούν να συμπεριληφθούν σε θεραπευτικές στρατηγικές και προγράμματα πρόληψης για τα παραπάνω προβλήματα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abell, S.C., & Richards, M.H. The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 25: 691-703, 1996.
- Ackard, D.M., & Neumark-Sztainer, D. Family mealtime while growing up: Associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disord*, 9: 239-249, 2001.
- Ackard, M., Brehm, B.J., & Steffen, J.J. Exercise and eating disorders in college-aged women: profiling excessive exercisers. *Eating Disorders*, 10(1): 31-47, 2002.
- Ackard, D.M., Fulkerson, J.A., & Neumark-Sztainer, D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5): 409-417, 2007.
- Adams, T.B., Araas, T.E. Purging and alcohol-related effects in college women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3): 240-244, 2006.
- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., et al. Outcome predictor for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157:1302-1308, 2000a.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., et al. A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 459 – 466, 2000b.
- Akan, G.E.S., & Grillo, C.M. Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors, body image, and psychological functioning: A comparison of African-American, Asian-American and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 181-187, 1995
- Alegria, M., Woo, M., Cao, Z., et al. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Supplement): S15-S21, 2007.
- Almond, S. The influence of the media on eating disorders. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(5): 363-371, 2000.
- American Psychiatric Association (APA): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, APA, 2000.
- American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision)*. *American Journal of Psychiatry* 157 (January Supp.): 1, 2000.
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2): 242-247, 2003.
- Andersen, A.E., & Michalide, A.D. Anorexia nervosa in the male: An under diagnosed disorder. *Psychosomatics*, 24: 1067-1075, 1983.
- Andersen, A.E., et al., Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders. *The Lancet*, 355: 1967-1968, 2000.
- Andersen, R.E. Weight loss, psychological and nutritional patterns in competitive male body builders. *International Journal of Eating Disorders*, 18: 49-57, 1995.
- Anderson, A. R., & Henry, C. S. Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*, 29(114): 405-420, 1994.
- Anestis, M.D., Peterson, C.B., & Bardone-Cone, A.M. Affective lability and impulsivity in a clinical sample of women with bulimia nervosa: The role of affect in severely dysregulated behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 42(3): 259-266, 2008.

- Annus, A.M., Smith, G.T., Fischer, S., Hendricks, M., & Williams, S.F. Associations among family-of-origin food-related experiences, expectancies, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2): 179-186, 2007.
- Antonovsky A. *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well being*. San Fransisco: Jossey-Bass; 1979
- Antonovsky A. The sense of coherence: Development of a research instrument. *Newsletter and Research Reports*, 1:1-11, 1983.
- Antonovsky, H., Hankin.Y. & Stone, D. Patterns of drinking in a small development town in Israel. *British Journal of Addiction*, 82(3): 293-303, 1987.
- Antonovsky, A. *Unraveling the mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 1987.
- Antonovsky, A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36:725-733, 1993.
- Apple, R.F. Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy in Practice*, 55(6):715-725, 1999.
- Austin, A.W., Smith, A.F., & Patterson, S.M. Stress and dietary quality in black adolescents in a metropolitan area. *Stress and Health*, 25(2): 171-178, 2009.
- Austin, J.L., & Smith, J.E. Thin internalisation in Mexican girls: A test of the sociocultural model of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5): 448-457, 2008.
- Aydm, B., & Oztutuncu, F. Examination of adolescents' negative thoughts, depressive mood, and family environment. *Adolescence*, 36(141): 77-82, 2001.
- Ayton, A., Keen C., & Lask, B. Pros and cons of using the mental health act for severe eating disorders in adolescents. *European eating Disorders Review*, 17(1): 14-23, 2009.
- Bachner-Melman, R., Lerer, E., Zohar, A.H., Kremer, I. , et al. Anorexia nervosa, perfectionism, and dopamine D4 receptor Anorexia nervosa, perfectionism, and dopamine D4 receptor (DRD4). *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144B(6): 748-756, 2007.
- Bahls, S.C. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(2):63-7, 2002.
- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., et al.. Guided Self-Help Versus Cognitive-Behavioral Group Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 522-537, 2004.
- Bales, R. F., & Cohen, S. P. *SYMLOG: A system for the multiple level observation of groups*. New York: Free Press, 1979.
- Ball, K., & Lee, C. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1): 71-81, 2002.
- Bara-Carril, N., Williams, C.J., Pombo-Carril, M.G., και συν. A Preliminary Investigation Into the Feasibility and Efficacy of a CD-ROM Based Cognitive-Behavioral Self-Help Intervention for Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 538-548, 2004.
- Bardone-Cone, A.M., Sturm, K., Lawson, M.A., Robinson, P.D., & Smith, R. Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. Apr 2009, Online.
- Barry, D.T., & Grilo, C.M. Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: Gender and ethnicity patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 335-343, 2002.

- Basuk, E. L. The rest cure: Repetition or resolution of Victorian women's conflicts? In: *The Female Body in Western Culture*. Suleiman, S, R., (ed), Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1985.
- Beavers, R., & Hampson, R.B. The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Marital Therapy*, 22(2): 128-143, 2000.
- Beck, A.T. *Depression*. London: Staples Press, 1969.
- Becker, A. E., Burwell, R.A., Herzog, D.B., & Hamburg, P. Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180: 509-514, 2002.
- Becker, A.E., Franko, D.L., Nussbaum, K., & Herzog, D.B. Secondary prevention for eating disorders: The impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2): 157-162, 2004.
- Becker, A.E. Culture and eating disorder classification. *International Journal of Eating Disorders*, (Supplement), 40:S111-S116, 2007a.
- Becker, A. E., Fay, K., et al. Facets of acculturation and their diverse relations to body shape concern in Fiji. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1): 42-50, 2007b.
- Becker, J., Rauchfuss, M., & Klapp, B.F. Psychopharmacotherapy in eating disorders: A systematic analysis. *Psychopharm Bull*, 41(1):59-84, 2008.
- Bekker, M.H.J., Kirsten A. H. & Boselie, M. Gender and stress: is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, 18(3):141-149, 2002.
- Bell, L., & Newns, K. What is multi-impulsive bulimia and can multi-impulsive patients benefit from supervised self-help? *European Eating Disorders Review*, 10(6): 413-427, 2002.
- Bell, R. *Holly anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press, 1989.
- Bellodi, L., Cavallini, M-C., Bertelli, S., et al. Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 563-569, 2001.
- Bemporad, J.R. Self starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3): 217-237, 1996.
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D., & Rask, M. The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3): 280-287, 2005.
- Benjet, C., & Hernández-Guzmán, L.A. Short-Term Longitudinal Study of Pubertal Change, Gender, and Psychological Well-Being of Mexican Early Adolescents *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6): 429-442, 2002.
- Bennett S., & Dodge, T. Ethnic-racial differences in feelings of embarrassment associated with binge eating and fear of losing control. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5): 454-459, 2007.
- Berger, L., Wellkamp, K., Strauss, B. Weight limits, estimation of future BMI, subjective pubertal timing and physical appearance comparisons among adolescent girls as precursors of disturbed eating behavior in a community sample. *European Eating Disorders Review*, 17(2): 128-136, 2008.
- Berger, U., Weitkamp, K., & Strauss, B. Weight limits, estimations of future BMI, subjective pubertal timing and physical appearance comparisons among adolescent girls as precursors of disturbed eating behaviour in a community sample. *European Eating Disorders Review* 17(2): 128-136, 2009.
- Berkman, N.D., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4): 293-309, 2007.

- Beumont, P.J.V., Russell, J.D., & Touyz, S.W. Psychological concerns in the maintenance of dieting disorders. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J. (eds), Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995:221-239.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. Work stress and the stress buffering roles of work and family resources. *Journal of Organizational Behavior*, 3(3): 215-232, 1982.
- Bilukha, O.O., & Utermohlen. Internalization of Western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review*, 10(2): 120-137, 2001.
- Binford, R.B. & le Grange, D. Adolescents with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified-purging only. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2):157-161, 2005.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(11): 1427-39, 1996.
- Birmingham, C.L., Su, J., et al. The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2): 157-161, 2005, 36(2): 143-146, 2005.
- Birmingham, C.L., Touyz, S., & Harbottle, J. Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(1): 2-13, 2008.
- Black, C. Creating curative communities: Feminist group therapy with women with eating issues. *Australian Social Work*, 56(2), 2003.
- Blinder, B.J., Chao, K.H. Bulimia nervosa/obesity. A historical overview. In: *Understanding Eating Disorders*. Mot, A. (ed), Washington, D.C: Taylor & Frances, 1994.
- Blodgett Salafia, E.H., Gondoli, D.M., Corning, A.F., et al. Longitudinal examination of maternal psychological control and adolescents' self-competence as predictors of bulimic symptoms among boys and girls. *International Journal of Eating Disorders International Journal of Eating Disorders*, Apr 2009, Online.
- Bloom, C. Bulimia: A Feminist psychoanalytic understanding. In: *Fed Up and Hungry*. Lawrence, M., (ed), London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Blundell, J.E., & Hill, A.J. Binge Eating: Psychobiological mechanisms. In: *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. Fairburn, C.G., & Wilson, T., (eds), NY: Guilford Press, 1993.
- Bohon, C., Stice, E., Spoor, S. Female emotional eaters show abnormalities in consummatory and anticipatory food reward: A functional magnetic resonance imaging study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3): 210-221, 2009.
- Bordo, S. Anorexia nervosa: Psychopathology as the crystallization of culture. *Philosophical Forum*, 12 (2): 73-104. 1985/6.
- Bordo, S. *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkley, Calif., London: University of California Press, 2003.
- Boris, H. N. (1988) *Torment of the Object: a Contribution to the Study of Bulimia*, in H. J. Schwartz, (ed), 1988.
- Boris, H. On the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalysis*, 65: 435-442, 1984.
- Bornstein, M.H., Davidson, L., Keyes, C.L.M., et al. *Well-Being: Positive Development across the Life Course*. Bornstein, M.H., Davidson, L., Keyes, C.L.M., Moore, K.A. (eds), The Center for Child Well-being, 2003

- Bowers, W.A., & Ansher, L.S. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on changing eating disorder symptoms and psychopathology of 32 anorexia nervosa patients at hospital discharge and one year follow-up. *Ann Clin Psychiatry*, 20(2): 79-86, 2008.
- Bozarth, J.D. *The Person-Centered Approach: A Revolutionary Paradigm*. Ross On-Wye, England: PCCS Books, 1998.
- Brand, G. *The central texts of Ludwig Wittgenstein*. Oxford: Blackwell, 1979.
- Braum, D.L., Sunday, S.L., & Halmi, K.A. Psychiatric co morbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24: 859-867, 1994.
- Brenner, D. Self-Regulatory Functions in Bulimia, *Contemporary Psychotherapy Review*, 1: 79-96, 1983.
- Broberg, A.G., Hjalms, & Nevenon, L. Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review* 9(6): 381-396, 2001.
- Bronte, C. (1816-1855) *Villette*. Penguin Classics, 2004.
- Bronte, E. (1818-1848) *Wuthering Heights*. Penguin Reds, 2006.
- Brown, R. Society of pediatric psychology presidential address: Toward a social ecology of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27:191-201, 2002.
- Bruch, H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, 1973.
- Bruch, H. *The Golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. London: Open Books, 1978.
- Bruch, H. *Conversations with anorexics*. Northvale, NJ: Aronson, 1988.
- Brumberg, J., J. *Fasting Girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1988.
- Brumberg, J.J., *Fasting girls: The history of anorexia nervosa*. NY: New American Library, 1989.
- Bruner, J. *Πράξεις νοήματος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1997.
- Bryant-Jefferies, R. *Counseling for Eating Disordered Men: Person-Centered Dialogues*. Oxford: Radcliffe, 2005.
- Bryant-Jefferies, R. *Counseling for eating disorders in women-Person centered dialogues*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.
- Bulik, C. M., Sullivan, P.F., (και συν). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.17 (3): 251-261, 1994.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D., & Kendler, K.S. Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1): 1-20, 2000.
- Bulik, C.M., Bacanu, S-A., Klump, K.L., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Keel, P.K., et al. Selection of eating-disorder phenotypes for linkage analysis. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 139B(1): 81-87, 2005.
- Bulik, C.M., Hebebrand, J., Keski-Rahkonen, A., et al. Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Supplement): S46-S51, 2007.
- Burney, J., & Irwin, H.J. Shame and guilt in women with eating disorder symptomatology. *Journal of Clinical psychology*, 56(1): 51-61, 2000.
- Burton, E., Stice, E., Bearman, S.K., & Rohde, P. Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: A randomised trial *International Journal of Eating Disorders*, 40(1): 27-36, 2007.
- Bush, J.W. *Learning theory: A fuller explanation of CBT*. NY Institute for Cognitive Behavioral Therapies, 2008, Online.

- Butryn, M.L., & Wadden, T.A. Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 37(4): 285-293, 2005.
- Buyukgoze-Kavas, A. Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *European Eating Disorders Review*, 15(4): 305-310, 2006.
- Byrne, S.M., & Mclean, N.J. The Cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 17-31, 2002.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5): 479-485, 1990.
- Caldwell, M.B., Brownell, K.D., Wilfrey, D.E. Relationship of weight, body dissatisfaction and self esteem in African American and white female dieters. *International Journal Eating Disorder*, 22:127-130, 1997.
- Can the development of eating disorders be predicted? *American Family Physician*, 1999.
- Caraballo A, Hamid H, Lee JR, et al. A resident's guide to the cultural formulation: clinical manual of cultural psychiatry. APPI, Washington, DC, 2006.
- Caradas, A.A., Lambert, E.V., & Charlton, K.E. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 14(2): 111-120, 2001.
- Carlat, D.J., Camargo Jr, C.A. & Herzog, D.B. Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1127-1132, 1997.
- Carlson–Jones, D. Social comparison and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*, Nov 2001, Online.
- Caroll, J.M., Touyz, S.W., & Beumont, P.J.V. Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2): 159-170, 1996.
- Carr, A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1): 3-45, 2009.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. *Fundamentals of abnormal psychology and modern life*. Boston: Allyn and Bacon, 2002.
- Carter, F.A., McIntosh, V. Joyce, V.W., Sullivan P.P., et al. Role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: three-year follow-up results. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2): 127-135, 2003.
- Carter, J.C., McFarlane, T.L., Bewell, C., et al. Maintenance treatment for anorexia nervosa: A comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3): 202-207, 2009.
- Caskey, N. Interpreting anorexia nervosa. In: *The Female Body in Western Culture*. Suleiman, S.R., (ed), Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 1986.
- Casper, R.C. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: A historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2:3-16, 1983.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A., et al. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3): 271-280, 2003.
- Chamorro, R., & Flores-Ortiz, Y. Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1): 125-129, 2000.
- Charcot, J.M. *Diseases of the nervous system*, III. London: The New Sydenham Society, 1889.
- Chatoor, I., Kerzner, B., Zorc, L., Persinger, M., et al. Two-year-old twins refuse to eat: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. *Infant Mental Health Journal*, 13(3): 252-268, 1992.

- Chavez, M. & Insel, T.R. Special issue on diagnosis and classification. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Supplement): S2, 2007.
- Chavous, T.M. The thin woman: Feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa (Book Review). *Sex Roles*, March 2000.
- Chen, E., Touyz, S.W., Beumont, P.J.V., et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3): 241-254, 2003.
- Chen, E.Y., McCloskey, M.S., & Keenan, K.E. Subtyping dietary restraint and negative affect in a longitudinal community sample of girls. *International Journal of Eating Disorders*. 42(3): 275-283, 2009.
- Chernin, K. *The obsession: reflections on the tyranny of slenderness*. New York: Harper & Row, 1981.
- Chernin, K. *Womansize: the tyranny of slenderness*. London: The Women's Press, 1978.
- Chernin, K. *The hungry self: women, eating and identity*. London: Virago Press, 1986.
- Chodorow, N. *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender*. California: Berkley, 1978.
- Choi, J.B., & Thomas, M. Predictive factors of acculturation attitudes and social support Among Asian immigrants in the USA. *International Journal of Social Welfare*, 18(1): 76-84, 2009.
- Ciano, R., Rocco, P.L., Angarano, A., et al. Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: An exploratory study of efficacy and persistence of effects. *Psychotherapy Research*, 12: 231-239, 2002.
- Claes, L., Vandereyken, W., & Vertommen, H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*, 11(5): 379-396, 2003.
- Claes, L., Vandereyken, W., & Vertommen, H. Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1): 11-18, 2005.
- Clark, D.A., & Fairburn, G. (eds). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Clinton, D. Affect regulation, object relations and the central symptoms of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4): 203-211, 2006.
- Cogley, C.B., & Keel, P. Requiring remission of undue influence of weight and shape on self-evaluation in the definition of recovery for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2): 200-210, 2001.
- Cogley, C.B., & Keel, P.K. Requiring remission of undue influence of weight and shape on self-evaluation in the definition of recovery for bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(2): 200-210, 2003.
- Cohane, G.H., & Pope Jr, H.G. Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4): 373-379, 2001.
- Cohen, D.L., & Petrie, T.A. An examination of disordered eating among undergraduate women, *Sex Roles*, 2005
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35: 375-389, 1973.
- Colabianchi, N., Ievers-Landis, C.E., & Borawski, E.A. Weight Preoccupation as a Function of Observed Physical Attractiveness: Ethnic Differences Among Normal-Weight Adolescent Females. *Journal of Pediatric Psychology* 31(8): 803-812, 2006.
- Colahan, M., & Robinson, P.H. Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 24(1): 17-30, 2002.

- Colton, P.A., Olmsted, M.P., & Rodin, G.M. Eating disturbances in a school population of preteen girls: Assessment and screening. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5): 435-440, 2007.
- Connan, F., Troop, N., Landau, S., et al. Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8): 733-739, 2007.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*. 13(4): 223-236, 2005.
- Cook-Darzens, D.S., & Mouren, M.C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eat Weight Disor*, 13(4): 157-70, 2008.
- Cooke R.A., & Chambers, J.B. Anorexia nervosa and the heart. *Brit J Int Med*, 54: 313–317, 1995.
- Cooley, E., & Toray, T. Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 28-36, 2001.
- Cooper, J., & Fairburn, C.G. Demographic and clinical correlates of selective information processing in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1): 109-116, 1993.
- Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. *Bulimia nervosa: A cognitive therapy programme for clients*. London: Jessica Kingsley, 2000.
- Cooper, M. *The psychology of bulimia nervosa*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Cooper, M.K., & Fairburn, C.G. Demographic and clinical correlates of selective information processing in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 13(1): 109-116, 1984.
- Cooper, T. Anorexia and bulimia: The political and the personal. In: *Fed Up and Hungry*, Lawrence, M., (ed), London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Cotton, M.A., Ball, C., & Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1): 53-56, 2003.
- Coulehan, R., et al. Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37(1): 17-33, 1998.
- Coveney, J. Food security and sustainability: Are we selling ourselves short? *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 9(1): 97-100, 2000.
- Craik, W, A. The Brontes. In: *The Victorians*, Pollard, A., (ed), London: The British Council, Sphere Reference, 1987.
- Crisp, A.H., & Toms, D.A. Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male. Report on 13 cases. *British Medical Journal*, 1: 334-338, 1972.
- Crisp, A.H., Some aspects of the psychopathology of anorexia nervosa. In: *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, Darby, P.L., et al., (Eds), New York: Alan Liss, 1983:15-28.
- Crisp, A.H., Callender, J.S., et. al. Long term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *British Journal of Psychiatry*. 161, 104-107, 1992.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relation to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31:16-17, 2002.
- Cross, L.W. Body and self in feminine development: implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57: 41-63, 1993.

- Crow, S.J., Agras, W.S., Halmi, K., et al. Full Syndromal Versus Subthreshold Anorexia Nervosa, Bulimia nervosa, and Binge Eating Disorder: A Multicenter Study. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 309-318, 2002.
- Crow, S.J. Commentary: Eating disorder not otherwise specified: Next steps. *International Journal of Eating Disorders*, (Supplement), 40: S104-S106, 2007.
- Crowther, J.H., Arney, M., Luce, K.H., et al. The Point prevalence of bulimic disorders from 1990-2004. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6): 491-497, 2008.
- Cusumaro, D.L., & Thompson, J.K. Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex Roles*, 37: 701-721, 1997.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., & Shear, M.K. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57:21-27, 2000.
- Dahlmann, B.M., Wewetzer, C., Schulz, E., & Remschmidt, H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4): 335-345, 1996.
- Dale Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., Oliosi, E. Dissociation and Traumatic Experiences in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 4(4): 232-240, 1996
- Daley, K.A., Jimerson, D.C., Heatherton, T.F et al. State self-esteem ratings in women with bulimia nervosa and bulimia nervosa in remission. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2):159-163, 2008.
- Dalgard, O.D., Mykletun, A., Rognerud, M., et al. Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*.7: 20, 2007, Online, 2007.
- Dally, P. J. *Anorexia Nervosa*. NY: Grune and Stratton, 1969.
- Dally, P., & Sargant, W. A new treatment of anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 1:1770-1773, 1960.
- Dally, P., Gomez, J., & Isaacs, A.J. *Anorexia nervosa*. London: William Heinemann Medical Books Ltd, 1979.
- Dana, M., & Lawrence, M. 'Poison is the nourishment that makes one ill': The metaphor of bulimia. In: *Fed Up and Hungry*, Lawrence, M., (ed), London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Dansky, B.S., Brewerton, T.D., & Klipatrick, D.G. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2): 180-190, 2000.
- Dare, C. Chronic eating disorders in therapy: clinical stories using family systems and psychoanalytic approaches. *Journal of Family Therapy*, 19(3):319-351, 1997.
- Dare, C., & Eisler, I. Family therapy. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler G, Dare C & Treasure J (eds), Chichester: John Willey & Sons Ltd, Chapter 7, 1995.
- Dare, C., le Grange, D., et al. Redefining the psychosocial family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3): 211-226, 1994.
- Dare, C., & Crowther, C. Living dangerously: Psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*, Szmukler G, Dare C & Treasure J (eds), Chichester John Willey & Sons Ltd, 293-308, 1995.
- Dare, C., & Crowther, C., Psychodynamic models of eating disorders. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler G, Dare C & Treasure J (eds) Chichester: John Willey & Sons Ltd, Chapter 7, 1995.
- Dare, C., & Eisler, I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8(1): 4-18, 2000.

- Davis, C., & Katzman, M.A. Perfection as acculturation: psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), pp. 67-70, 1999.
- Davis, R., Olmsted, M., et al. Group psycho education for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1): 25-34, 1997.
- Davison, K.K., Markey, C.N., & Birch, L.L. A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3): 320-332, 2003.
- De Silva, P. Cognitive-behavioral models of eating disorders. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szumukler G, Dare C & Treasure J (eds) Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995: 141-151.
- Dean, H.Y., Touyz, S.W., et al. Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: a preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 16(4): 256-267, 2008.
- Deaux, K. & Stewart, A. Framing gender identity. In: *Handbook of the psychology of women and gender*, R. Unger (ed.), NY: John Wiley, 2001.
- Deaux, K., & Major, B. Putting gender into context: An interactive model of gender related behavior. *Psychological Review*, 94:369-389, 1987.
- Declan, B.T., & Grilo, C.M. Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: Gender and ethnicity patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 335-343, 2002.
- Delsing, M.J.H., van Aken, M.A.G., Oud, J.H.L., et al. Family Loyalty and Adolescent Problem Behavior: The Validity of the Family Group Effect. *Journal of Research on Adolescence*. 15(2):127-150, 2005.
- Devaud, C., Jeannin, A., Narring, F., et al. Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 24, No. 2, pp. 207-216, 1998.
- Devereux, G. *Ethnopsychanalysis: Psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference*. Berkeley: University of California Press, 1978.
- Diamanti, A., et al. Clinical efficacy and safety of parenteral nutrition in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Adolesc Health*, 42(2): 111-118, 2008.
- Dickerson, V.C., & Coyne, J.C. Family cohesion and control: A multitrait-multimethod study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(3): 1987.
- Doctors, S. The symptom of delicate self-cutting in adolescent females; a developmental view. Doctoral Thesis, Yeshiva University, NY City, 1979.
- Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I, Dare, C. Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: An exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 17: 59-78, 1995.
- Dohm, F-A., Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., et al. Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4): 389-400, 2002.
- Dolan, B., Lieberman, S., Evans, C., Lacey, J.H. Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6): 639-647,1990.
- Dolan, B. Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: a review. *International journal of eating disorders*, 10(1): 67-79, 1991.
- Drownowski, A., Kurth, C.L., & Krahn, D.D. Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1): 61-65, 1994.

- Dura, J.R., & Bornstein, R.A. Differences Between IQ and School Achievements in Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3): 433-435, 1989.
- Eco, U. *Ιστορία της Ομορφιάς*. Αθήνα: Ηριδανός, 2004.
- Edman, J.L., Yates, A. Eating attitudes among college students in Malaysia: an ethnic and gender comparison. *European Eating Disorders Review*, 12(3): 190-196, 2004.
- Edquist, K. Globalising pathologies: mental health assemblage and spreading diagnoses of eating disorders. *International Political Sociology*, 2(4): 375-391, 2008.
- Edwards, G. Anorexia and the family. In: *Fed Up and Hungry*, Lawrence, M., (ed), London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2): 172-182, 2004.
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2): 149-155, 2007.
- Eisler I, Dare C, Hodes M, et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41: 727-736, 2000.
- Eisler, I., et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6): 552-560, 2007.
- Eliot, A.O., & Woodbaker C. Eating disordered adolescent males. *Adolescence*, 36(143) : 535-543, 2001.
- Emmett, S.W., (ed. *Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia: Biomedical, Sociocultural, and Psychological Perspectives*. NY: Brunner/Mazel, 1985.
- Ensminger, M.E., Forrest, C.B., Riley, A.W., Kung, M., Green, B.F., & Starfield, B. The validity of measures of socioeconomic status of adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15(3): 392-419, 2000.
- Ensminger, M.E., Hee Soon Juon & Fothergill, K.E. Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. *Addiction*, 97(7): 833-844, 2002.
- Epel, E.S., Spanakos, A., Kasl-Godley, J., & Brownell, K.D. Body shape ideals across gender, sexual orientation, socioeconomic status, race, and age in personal advertisements. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3): 265-273, 1996.
- Epstein, B. Women's anger and compulsive eating. In: *Fed Up and Hungry*, Lawrence, M., (ed), London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Epstein, N.B., Bishop, D.S., & Levin, S. The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4): 19-31, 1978.
- Ericsson, N.G., Lundin, T. Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the m/s Estonia disaster. *British Journal of Psychiatry*, 169(6); 713-716, 1996.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 460-466, 2005.
- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15(4): 470-481, 2000.
- Fairburn, C.G. A cognitive-behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological medicine*, 11: 707-711, 1981.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. The clinical features of bulimia nervosa. *The British Journal. Of Psychiatry*, 144: 238-246, 1984.

- Fairburn, C.G., Beglin, S.J. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147: 401-408, 1990.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., et al. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52(4), 1995.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., et al. Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5): 425-432, 1998.
- Fairburn, C.G., & Wilson, G.T. Eating disorders. In Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (eds) *The science and practice of cognitive behavioral therapy*. Oxford: Oxford University Press, 209-242, 1997.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L. et. al. Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6): 509-517, 1998.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5): 468-476, 1999.
- Fairburn, C.G., Cowen, P.J., & Harrison, P.J. Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4): 349-358, 1999.
- Fairburn, C.G., Stice, E., et al. Understanding Persistence in Bulimia Nervosa: A 5-year Naturalistic Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1): 103-109, 2003.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. Eating disorders. *Lancet*, 1: 361, 2003.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z & Shafran, R. Cognitive behavior therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 41, No. 5, pp. 509-528, 2003.
- Fairburn, C.G., Agras W.S., et al. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12): 2322-2324, 2004.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., et al. Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162(12): 2249-2255, 2005.
- Fairburn, C. G., et al. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behavior Research and Therapy*, 45(8): 1705-1715, 2007a.
- Fairburn, CG., & Cooper, Z. Commentary: Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, (Supplement), 40: S107-S110, 2007b.
- Fairburn, C.G. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. NY., London: Guilford, 2008.
- Falstein, E.I., Feinstein, S.C., & Judas, I. Anorexia nervosa in the male child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26:751-772, 1956.
- Farrell, C., Lee, M., & Shafran, R. Assessment of body size estimation: a review. *European Eating Disorders Review*, 13(2): 75-88, 2005.
- Farrell, E. *Lost for words: the psychoanalysis of anorexia and bulimia*. New York:Other Press, 2000.
- Fedorowicz, V.J., Fallisard, B., Foulon, C., et al. Factors associated with suicidal behaviors in a large french sample of inpatients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7): 589-595, 2007.
- Feingold, A., & Mazzella, R. Gender Differences in Body Image Are Increasing. *Psychological Science*, 9(3): 190-195, 1999.
- Feldman, M., & Meyer, I.H. Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual polulations. *International Journal of Eating Disorders*. 40(4): 218-226, 2007 a.
- Feldman, M., & Meyer, I.H. Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5): 418-423, 2007 b.

- Felts, M., Tavasso, D., Chenier, T., & Dunn, P. Adolescents' perceptions of relative weight and self-reported weight loss activities. *Journal of Social Health*, 62(8): 372-376, 1992.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. Long term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, (Supplement), 40: S61-S67, 2007.
- Fichter, M.M., et al.(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*, Darby, P.L., et al., (eds), NY: Liss, 1983.
- Fichter, M.M., & Pirke, K.M. Starvation models and eating disorders. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J., (eds), Chichester: John Willey & Sons, 1995.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*., 39(2): 87-100, 2005.
- Field, A.E. Media influence on self –image: the real fashion emergency. *Healthy Weight Journal*, 14, Nov/Dec 2000.
- Field, A.E., Taylor, C.B., Celio, A., Colditz, G. Comparison of self-report to interview assessment of bulimic behaviors among preadolescent and adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1): 82-92, 2003.
- Fischer, S., & le Grange, D. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment- seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8): 751-753, 2007.
- Fish, V. Poststructuralism in family therapy: Interrogating the narrative/ conversational mode. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(3): 221-232, 1993.
- Fittig, E., Jacobi, C. et al.Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 16(5):341-351, 2008.
- Fitzgibbon, M. L., Sánchez-Johnsen L. A. P., , Martinovich Z. A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): 83-97, 2003.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992
- Foley, K.L., Red, P.S., et al. Measurement adequacy of the CES-D among a sample of older African–Americans. *Psych. Research*, 109(1): 61, 2002.
- Forbes, G.B., Doroszewicz, K., Card, K., & Adams-Curtis, L. Association of the Thin Body Ideal, Ambivalent Sexism and Self-Esteem with Body Acceptance and the Preferred Body Size of College Women in Poland and the United States. *Sex Roles: A Journal of Research*, 50, 2004.
- Forbush, K., Heatherton, T.F., Keel, P.K. Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1): 37-41, 2000.
- Forbush, K., Heatherton, T.F., Keel, P.K., & .Treasure, J.L. Getting beneath the phenotype of anorexia nervosa: The search for viable endophenotypes and genotypes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2007.
- Forke, C.M., Berkowitz, R.I., Hemsley, S.E., et al. Binge-Eating Behavior in Obese Adolescents and their Parents. *Journal of General Internal Medicine*, 12(1): 70-80, 1997.
- Foucault, M. *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. London: Tavistock Press, 1971.
- Foucault, M. *Discipline and punish: the birth of prison*. New York: Vintage Books, 1977.
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CUES-D) Scale. *BUM Psychiatry*, 1(6), 2001.
- Franko, D.L., Striegel – Moore, R.H., Barton, B.A., et al. Measuring eating concerns in black and white adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2): 179-189, 2004.

- Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., et al. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *International Journal of Eating Disorders*, 38(3): 200-207, 2005.
- Franko, D.L. Race, ethnicity, and eating disorders: considerations for dsm-v. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Supplement): S31-S34, 2007.
- Freedman, J. & Combs, G. *Narrative Theory: The Social Construction of Preferred Realities*. NY: WW Norton, 1996.
- Freeman, C. Cognitive therapy. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler G, Dare C & Treasure J (eds), Chichester: John Willey & Sons Ltd, 1995: 309-331.
- Freitas de, S.R., Appolinario, J.C., et al. Prevalence of BE and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5): 471-478, 2008.
- French, S.A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., et al. Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3): 315-322, 1997.
- Freud, S. *Female Sexuality*. S.E, 21. pp. 225-243, 1931.
- Frost, Liz. *Young women and the body: A feminist sociology*. New York: Palgrave Press. Geddes, Jennifer L. 2001.
- Fuby, T & Eisler, I. Impulsivity and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 162(2): 193-197, 1993.
- Fulkerson, J.A., Keel, P.K., Leon, G.R., & Dorr, T. Eating disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 73-79, 1997.
- Fursland, A. Eve was framed: Food and sex and women's shame. In: *Fed Up and Hungry*, Lawrence, M., (ed), London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Garber, J., & Little, S. Emotional autonomy and adolescent adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 16(4): 355-371, 2001.
- Gard, M.C., Freeman, C.P. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1): 1-12, 1996.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., et al. Bulimia nervosa in a canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7):1052-1058, 1995.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (eds). *Handbook of treatment for eating disorders*. NY., London: Guilford Press, 1977
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279, 1979.
- Garner, D.M., & Bemis, K.M. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 1982.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. NY : Brunner/Mazel, 1982.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2:15-34,1983.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., & O'Shaughnessy, M. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. 142(5): 581-587, 1985.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (eds). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. NY: Guilford Press, 1985.
- Garner, D.M., & Olmsted, M.P. Scoring the Eating Disorder Inventory. *American Journal of Psychiatry*, 143: 680-681, 1986.

- Garner, D. M. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: Handbook of Eating Disorders, Brownell, K.D., & Forest, J.P., (eds), 1986.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (eds). Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa. NY: Brunner/Mazel, 1988.
- Gauvin, L., Steiger, H., Brodeur, J.M, Eating disorder symptoms and syndromes in a sample of urban dwelling Canadian women: Contributions toward a population health perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2): 158-165, 2009.
- Geist, R. A. Therapeutic Dilemmas in the Treatment of Anorexia Nervosa: A Self-Psychological Perspective. In: *Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia; Biomedical, Sociocultural, and Psychological Perspectives*, .S. W. Emmet, (ed.), NY: Brunner/Mazel, 1985.
- Geist, R.A. Therapeutic dilemmas in the treatment of anorexia nervosa: a self-psychological perspective. In: *Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia, Biomedical, Sociocultural and Psychological Perspectives*. NY: Brunner/Mazel, 1985, pp. 268-288.
- Geller, J., Cockell, S.J., & Golder, E.M. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 8-19, 2000.
- Gendall, K.A., Joyce, P.R., Sullivan, P.F., & Bulik, C.M. Food cravers: Characteristics of those who binge. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4): 353-360, 1998.
- Gergen, M.M. *Feminist reconstructions in psychology: narrative, gender, and performance*. Thousand Oaks Calif,: Sage Publications, 2000.
- Gerner, B., & Wilson, P.H. The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4): 313-320, 2005.
- Ghazinour, M., Richter, J., & Eisemann, M. Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. *J Immigr Health*, 6(2):71-81, 2004.
- Gibbons, P. The relationship between eating disorders and socioeconomic status: it's not what you think. *Nutrition Noteworthy*, 4(3), 2001.
- Gilbert, M.R. 'Race', space and power: The survival strategies of working poor women. *Annals of the Association of American Geographers*, 88(4): 595-621, 1998.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., & Zubery, E. Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23(6): 331-339, 2006.
- Glauert, R., Rhodes, G., et al. Body dissatisfaction and attentional bias to thin bodies. *International Journal of Eating Disorders*, Early View, April 2009.
- Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., et al. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39(8): 772-778, 2006.
- Goodman, E., & Whitaker, R. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adult obesity. *Pediatrics* 110:497-504, 2002
- Gordon, R.A. *Eating Disorders Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford Massachusetts: Blackwell, 2000 (2^η έκδοση).
- Gorin, A.A., Le Grange, D., & Stone, A.A. Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2): 421-433, 2003.
- Gowers, S., & McMahon, J.B. Social class and prognosis in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1): 105-109, 1989.
- Gowers, S.G., & Gowers, B.A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3): 236-242, 2001.

- Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. Co-occurring eating and depressive problems: An 8-year study of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 30(1): 37-47, 2001.
- Grant, J.E., Kim, S.W., & Eckert, E.D. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusional quality of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 37-47, 2001, 32(3):291-300, 2002..
- Green, M.A., et al. Relational interdependent Self-Concept as a function of symptomatology, *Journal of Clinical Psychology*, 62(7):943-51, 2006.
- Greenberg, D.R., & Laporte, D.J. Impaired colour naming of body-shape related words in anorexia nervosa: affective valence or associative priming? *Cogn Ther Res*, 23: 413-22, 1996.
- Griffiths, J.A., & McCabe, M.P. The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 8(4): 301-314, 2000.
- Grilo, C.M., Nevy, K.N., Becker, D.F., et al. Comorbidity of DSM-III-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Serv*, 47: 426-429, 1996.
- Grilo, C.M., & Masheb, R.M. Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2):162-166, 2005.
- Grilo, C.M., White, M.A., & Masheb, R.M. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 42(3): 228-234, 2009.
- Groesz, L.M., Levine, M.P., & Murnen, S.K. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1): 1-16, 2002.
- Grøholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Köhler, L. Is parental sense of coherence associated with child health? *The European Journal of Public Health*, 13(3):195-201, 2003.
- Grover, V.P., Keel, P.K., & Mitchell, J.P. Gender differences in implicit weight identity. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 125-135, 2003.
- Guarda, A.S. Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA, *Physiol Behav*, 2007.
- Gull, W.W. Anorexia Nervosa. *Lancet*, 1 : 516-517, 1888.
- Haase, A.M., Mountford, V., & Waller, G. Understanding the link between body checking cognitions and behaviors: the role of social physique anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3): 241-246, 2007.
- Habermas, T. The psychiatric history of anorexia and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3): 259 - 273, 1989.
- Halmi, K.A. Current concepts and definitions. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szukler G, Dare C & Treasure J (eds), Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995: 29-39.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1799-1805, 2000.
- Halmi, K.A., Tozzi, F., Thornton, et al. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4): 371-374, 2005.

- Halvarsson, K., Lunner, K., et al. A longitudinal study of the development of dieting among 7-17-year-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1): 32-42, 2001.
- Hargreaves, D., & Tiggemann, M. Longer-term implications of responsiveness to 'thin-ideal' television: support for a cumulative hypothesis of body image disturbance? *European Eating Disorders Review*, 11(6): 465-477, 2003.
- Hautala Anneli, L., Junnila, J., Helenious, H., et al. Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents, *Journal of Clinical Nursing*, 17(13): 1803-1813, 2008.
- Hay, P., Fairburn, C. The Validity of the DSM-IV Scheme for Classifying Bulimic Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1): 7-15, 1998. Tozzi, F.,
- Hendricks, P.S., & Thompson, J.K. An integration of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa: A case study using the case formulation method. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2): 171-174, 2005.
- Hepp, U., Milos, G., & Braun-Scharm, H. Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotic twins. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 239-243, 2004.
- Hepp, U., Spindler, A., & Milos, G. Eating disorder symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3): 227-233, 2005.
- Hepworth, J. *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage Publications Inc, 1999.
- Herman, C.P., Mack, D. Restrained and unrestrained eating, *Journal of Personality*, Vol. 43 pp.646-60, 1975.
- Hermes, S.F., & Keel, P.K. The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4): 465-467, 2003.
- Herpertz-Dahlmann, B. Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and co morbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1): 31-47, 2009.
- Herzog, D.B. Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry*, 141(12): 1594-1597, 1984.
- Herzog, D.B., Field, A.E., Keller., et al. Subtyping eating disorders: is it justified? *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7): 928-936, 1996.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., et al. Mortality in eating disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1): 20-26, 2000.
- Herzog, B., Kronmüller, K-T., Hartmann, M., et al. Family Perception of Interpersonal Behavior as a Predictor in Eating Disorders: A Prospective, Six-Year Followup Study. *Family Process*, 39(3): 359-374, 2000.
- Herzog, D.B., Franko, D.L., et al. Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5): 364-368, 2006.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, et al. Comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 31: 810-818, 1992.
- Hewitt, B., Baxter, J., & Western, M. Family, Work, and Health: The Impact of Marriage, Parenthood, and Employment on Self-Reported Health of Australian Men and Women. *Journal of Sociology* 21: 61-78, 2006.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6): 521-530, 2007.
- Hilbert, A., & Czaja, J. Binge eating in primary school children: towards a definition of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3): 235-243, 2008.

- Hildenbrandt, T., Walker, D.C., Alfano, L., Delinsky, S. Development and validation of a male specific body checking questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 2009, Online.
- Hilleras, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. Life satisfaction among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International Journal of Aging and Human Development*, 52: 71-90, 2001.
- Hinton, P.S., & Beck, N.C. Nutrient intakes of men and women collegiate athletes with disordered eating. *Journal of Sports and Medicine*, 4:253-262, 2005
- Hittner, J.B. Sense of coherence and the neuroticism confound: Questions regarding discriminant validity. Poster presented at convention of behavioral medicine, New York, 1994.
- Hodges, E.L., Cochrane, C.E., & Brewerton, T.D. Family characteristics of binge-eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2): 145-151, 1998.
- Hoek, H.W. The distribution of eating disorders. In: *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Bronwell KD & Fairburn CG, NY: Guilford Press, 1995a.
- Hoek H.W., Bartelds, A. I.M., Bosveld, J.J.F., et al. Urbanisation on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1272-1278, 1995b.
- Hoek, H.W., & van Hoeken, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 383-396, 2003.
- Hoffman, L. Chapter One in: *Therapy as social construction*. McNamee, S. & Gergen, K.J., (eds), London., Newbury Park., New Delhi: Sage Publications, 1992.
- Hoffman, L. Setting aside the model in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(2): 145-156, 1998.
- Holden, N.L., & Robinson, P.H. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in British blacks, *The British Journal of Psychiatry*, 152:544-549, 1988.
- Hospers, H.J. & Jansen, A. Why Homosexuality is a Risk Factor for Eating Disorders in Males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8): 1188-1201, 2005.
- Hsu, G.L.K., Outcome of anorexia nervosa. A review of the literature (1954-1978). *Archives of General Psychiatry*, 37(9), 1980.
- Hsu, G.L.K., Bulimia nervosa in eleven sets of twins: a clinical report. *International Journal of Eating Disorders*, 9(3): 275-282, 1989.
- Hsu, L.K.G., Sullivan, S., Liu, D.W., et al. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 31: 871-879, 2001.
- Hudson, J.I., Chase, E.A., Pope Jr, H.G. Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: Caution against premature acceptance. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1): 1-5, 1998.
- Hudson, J.I, Hiripi, E., Pope Jr., H.G., & Kessler, RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatr*, 61: 348-358, 2007a.
- Hudson, J.I., & Pope Jr, H.G. Genetic epidemiology of eating disorders and co-occurring conditions: The role of endophenotypes. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S76-S78, 2007b.
- Huon, G.F. Dieting, Binge Eating, and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15: 159-164, 1994.
- Huon, G.F., Piira, T., et al. Assessing body and eating peer-focused comparisons: The dieting peer competitiveness (DPC) scale. *European Eating Disorders Review* 10(6): 428-446, 2002.
- Huon, GF., Mingyi, Q., et al. A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the Peoples' Republic of China. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2): 192-205, 2002.

- Irigaray, L. *An Ethics of Sexual Difference*: Translated from the French by Burke, C. and Gill, G.C. London: Athlone, 1993.
- Iyer Sahi, D., & Haslam, N. Body image and eating disturbance among south Asian-American women: The role of racial teasing. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): 142-147, 2003.
- Jalovaara, M. The joint effects of marriage partners socio-economic positions on the risk of divorce. *Demography* 40(1): 67-81, 2003.
- Janet, P. (1929) The major symptoms of hysteria. In: *Evolution of Psychosomatic Concepts: Anorexia Nervosa, a Paradigm*. Kaufman, M.R., & Heiman, M., (eds), NY: International Universities Press, 1964.
- Javaras, K.N., Laird, N.M., Reichborn-Kjennerud, T., et al. Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2): 174-179, 2008
- Johnson C. & Flach, A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11): 1321-1324, 1985.
- Johnson J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3): 394-400, 2002.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3): 184-192, 2007.
- Johnson, C. L., (ed.) *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford, 1991.
- Johnson, C., & Connors, M. E. *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. New York: Basic Books, 1987.
- Johnson, C., & Connors, M. *The aetiology and treatment of bulimia nervosa: a bio-psychosocial perspective*, New York. Basic Books, 1987.
- Johnsson, H.D., LaVoie, J.C., & Mahoney, M. Interparental conflict and family cohesion-predictors of loneliness, social anxiety, and social avoidance in late adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 16(3): 304-318, 2001.
- Jonas H., *The Gnostic religion*, Boston: Boston Beacon Press, 1958.
- Jordan, J., Toyie, P.K., Carter, F.A., et al. Specific and non-specific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1): 47-56, 2007.
- Jordan, J., Joyce, P.R., Carter, F.A., Horn, J., et al. Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1): 47-56, 2008.
- Kaltiana-Heini, R., Rissanen, A., Rimpela, M., et al. Impulsive behavior in middle adolescence. *Psychother Psychosom*, 72: 26-33, 2003.
- Kaplan, E. A. 'Is the gaze male?' In: Snitow, A., et al. (eds.), *Powers of Desire: The Politics of Desire. The Politics of Sexuality*, New York: 309-27, 1983.
- Kaplan, R.M., & Saccuzo, D.P. *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues*. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole., London., Chapman & Hall, 1993.
- Karen, H. *Self-starvation-a struggle for autonomy: theory and therapy in anorexia nervosa*. M.A. Dissertation, UKC (Social Work), 1980.
- Kashani, J.H., Jones, M.R., Bumby, K.M., Thomas, L.A. Youth violence: psychosocial risk factors, treatment, prevention and recommendations. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 7(4) 200-210, 1999.
- Kashubeck-West, S. Assessment of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, Vol. 29, No. 5, 662-694 (2001).
- Katzman, M.A., & Wooley, S.C., (eds), NY: Guilford Press, 1994.

- Kaye, W.H., Ebert, M.H., Gwirtsman, H.E., et al. Differences in brain serotonergic metabolism between nonbulimic and bulimic patients with anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 141(12): 1598-1601, 1984.
- Kaye, W.H., Devlin, B., Barbarich, N., και συν., Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2): 99-105, 2005.
- Keel R.K., Fulkerson, J.A., & Leon, G.R. Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26: 203-216, 1997.
- Keel, O.K., Mitchell, I.E., Davis, TELL. & Crow, VS. Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 48-56, 2001.
- Keel, O.K., Mitchell, I.E., Davis, TELL. & Crow, VS. Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 48-56, 2001. Keel, O.K., Mitchell, I.E., Davis, TELL. & Crow, VS. Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 48-56, 2001
- Keel, P.K., & Klump, K.L. Are eating disorders culture bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *American Psychological Association, Inc.*, 129(5): 747-769, 2003.
- Keel, O.K., Clump, KILL. Miller, KOBE., et al. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders, *International journal of Eating Disorders*, 38(2): 99-105, 2005.
- Keel, P.K. Purgative disorder: Sub threshold variant or full-threshold eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S89-S94, 2007.
- Kelly, G.A. *The psychology of personal constructs*. London: Routledge, 1955.
- Kempa, M.L., & Thomas, A.J. Culturally sensitive assessment and treatment of eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 8(1): 17-30, 2000.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., et al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12): 1627-1637, 1991.
- Kestenberg, J. (1970) Discussion of Greenacre's paper "The Transitional Object and the Fetish: Special Reference to the role of Illusion", meeting of the New York Psychoanalytic Society, 17 March 1970.
- Kilpatrick, M., Ohannessian, C., & Bartholomew. J. Adolescent weight management and perceptions: An analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *The Journal of School Health*, 69(4): 148-152, 1999.
- Kim, O., & Kim, K. Body weight, self-esteem, and depression in Korean female adolescents. *Adolescence*, 36(142), 2001.
- Kinzl, J.F., Mangweth, B., Traweger, C.M., & Biebl, W. Eating-disordered behavior in males: The impact of adverse childhood experiences. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2): 131-138, 1997.
- Klein, M., Heimann, P., & Money-Kyrle, R., (eds). *New directions in psychoanalysis. The significance of infant conflict in the pattern of adult behavior*. London: Tavistock Publications, 1955.
- Klump, K.L., Bulik, C.M., Pollice, G., et al. Temperament and character in women with anorexia nervosa. *Journal of Nerv Ment Disorders*, 186(9): 559-567, 2000.
- Klump, K.L., McGue, M., & Iacono, W.J. Differential heritability of eating attitudes and behaviors in prepubertal versus pubertal twins. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3): 287-292, 2003.
- Klump, K.L., & Culbert, K.M. Molecular Genetic Studies of Eating Disorders: Current Status and Future Directions. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1): 37-41, 2007.

- Knox, M., Funk, J., Elliot, R., & Bush, E.G. Adolescents possible selves and their relationship to global self-esteem. *Sex Roles*, 39(1-2): 61-80, 1998.
- Korotkov, D.L. An assessment of the short-term sense of coherence personality measure: issues of validity and well being. *Journal of Personality and Individual Differences*, 14(4): 575-583, 1993.
- Kreipe, R.E., Goldstein, B., Deking, D.E., et al. Heart rate power spectrum analysis of autonomic dysfunction in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16(2): 159-165, 1993.
- Kreitler, S., Bachar, E., Canetti, L., Berry, E., & Bonne, O. The cognitive orientation theory of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 59(6): 651-671, 2003
- Kronos, P.G., Stice, E., et al. In Vivo Social Comparison to a Thin Ideal Peer Promotes Body Dissatisfaction: A Randomized Experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2): 134-142, 2005.
- Krueger, D. W. Developmental and psychodynamic perspectives of body image change. In: *Body images: Development, deviance, and change*. Cash T. F. and Pruzinsky T., (eds), NY: Guilford, 1990: 255-271.
- Kruger, S., & Kennedy, S.H. Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2): 230-239, 2002.
- Krugovoy, S. A. *Victorian literature and the anorexic body*. Cambridge: Cambridge UP, 2002.
- Kuba, S.A., & Harris, D.J. Eating disturbances in women of color: An exploratory study of contextual factors in the development of disordered eating in Mexican women. *Health Care for Women International*, 22(3): 281-298.
- Lacey, J.H., & Evans, C.D.H. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Addiction*, 81(5): 641-649, 1986.
- Lai, B.P., Pui-Tang, C.S., & Tse, W.K. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4): 303-311, 2006.
- Laplanche, J., & Portalis, J.B., *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέδρος, 1997.
- Larsson, G., & Kallenberg, K.O. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *Eur J Public Health*, 6:175-80, 1996.
- Laseque, E.C. (1873) On Hysterical Anorexia. In: *Evolution of Psychosomatic Concepts: Anorexia Nervosa, a Paradigm*. Kaufman, M.R., & Heiman, M., (eds), NY: International Universities Press, pp. 143-155, 1964.
- Latner, J.D., & Clyne, C. The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder, *International Journal of Eating Disorders*, 41(1): 1-14, 2008
- Latzer, Y., Tzischinsky, O., & Azaiza, F. Disordered eating related behaviors among Arab schoolgirls in Israel: An epidemiological study. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(3): 263-270, 2007.
- Lawrence, M. Education and identity: The social origins of anorexia. In: *Fed Up and Hungry*, Lawrence, M. (ed). London: The Women's Press, 1994 (4th edition).
- Lawson, R., Waller, G., Sines, J., & Meyer, C. Emotional awareness among eating-disordered patients: the role of narcissistic traits. *European Eating Disorders Review*, 16(1): 44-48, 2008.
- le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., et al. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4): 347-357, 1992.
- le Grange, D., & Loch, J. The Dearth of Psychological Treatment Studies for Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2): 79-91, 2005.

- le Grange, D., Lock, J., & Dymek, M. Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 57(2): 237-251, 2003.
- le Grange, D., Crosby, R.D., et al. A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 64: 1049 – 1056, 2007.
- le Grange D. Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008.
- Leahy, R.L. *Cognitive-behavioral therapy: Basic principles and applications*. Jason Aronson, 1996.
- Lledo Penas. E., & Waller, G. Bulimic psychopathology and impulsive behaviors among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 29: 71-75, 2001.
- Lee, A.M., & Lee, S. Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2): 177-183, 1996.
- Lee, O.K., Katz man, M.A., Tai-hing Lam, et al. Gender validation of the eating disorder diagnostic scale for use with Hong Kong adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6): 569-574, 2007.
- Lee, S., Hsu, L.K., & Wing, Y.K. Bulimia nervosa in Hong Kong Chinese patients. *The British Journal of Psychiatry*, 161(4): 545-551, 1992.
- Lee, S., & Lee, A.M. Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3): 317-327, 2000.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. Group cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa: a case for treatment? *European Eating Disorders Review*, 7(5): 351-361, 1999.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., et al. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4): 426-440, 2002.
- Liem, J. H., & Boudewyn, A. C. Contextualising the effects of childhood sexual abuse on adult self and social functioning: an attachment theory perspective. *Child Abuse and Neglect*, 23(11): 1141-1157, 1990.
- Liem, J. Hauser., O'Toole Gately, J., & Boone James J. Themes of power and betrayal in sexual abuse survivors' characterizations of interpersonal relationships. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4): 745-761, 1996.
- Lindberg, L., & Hjem, A. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 397-408, 2003.
- Lineham, M. M. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press, 1993.
- Lineham, M.M. Publications on Treatment of BPD using Dialectical Behavioral Therapy, 2002, Online article.
- . Lock, J. What is the best way to treat adolescents with anorexia nervosa? *Eating Disorders*, 9: 299-302, 2001.
- Lock, J., & le Grange, D. Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1): S64-S67, 2005
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W.S. Comparison of the long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(6): 666-72, 2006a.
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8): 639-647, 2006b.

- Loumidis, K., & Wells, A. Exercising for the wrong reasons: relationships among eating disorder beliefs, dysfunctional exercise beliefs and coping. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 8(6): 416-423, 2001.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., et al. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31: 881-890, 2001.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., et al. The ups and downs of anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4): 397-405, 1999.
- Lundgren, J.D., Danoff-Burg, S., & Anderson, D.A. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 262-274, 2004.
- Lustig, D.C. The adjustment process for individuals with spinal injury: the effect of perceived premorbid sense of coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48:146-156, 2005.
- Machado, P.P.P., Machado, B.C., et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3): 212-217, 2007.
- Machan, J., & Waller, G. Maternal recall of management of childhood eating in anorexic and bulimic women: Maintaining food fussiness. *European Eating Disorders Review*, 1(1): 32-40, 1993.
- MacLeod, S. *The art of starvation*. London: Virago, 1981.
- Madigan, S., & Goldner, E. A Narrative Approach to Anorexia: Reflexivity, discourse and questions. In: M. Hoyt, (ed). *Constructive Therapy*. NY: Jossey Bass, 1998.
- Maguire, M. Pornography and Bulimia. *Gender and the Denial of Psychic Reality*. In: *Crises of The Self: Further Essays on Psychoanalysis and Politics*, B. Richards, ed. (1989). London: Free Association Books, 1989.
- Mahon, J. Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8(3): 198-216, 2000.
- Malson, H. *The thin woman: feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge, 1998.
- Malson H., D. M., Finn, J. Treasure, S. Clarke, G. Anderson. Constructing the eating disordered patient: A discourse analysis of accounts of treatment experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(6): 473-489, 2004.
- Maner, J.K., Holm-Denoma, J.M., Van Orden, K.A., και συν., Evidence for Attentional Bias in Women Exhibiting Bulimotypic Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1): 55-61, 2005.
- Mangweth, B., Hausmann, A., Walch, T., et al. Body fat perception in eating-disordered men. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1): 102-108, 2003.
- Mantero, M., & Crippa, L. Eating disorders and chronic posttraumatic stress disorder: issues of psychopathology and comorbidity. *European Eating Disorders Review*, 10(1): 1-16, 2002.
- Manwaring, J.L., Hilbert, A., Wilfrey, D.E., et al. Risk factors and patterns of onset in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2): 101-107, 2006.
- Marcotte, D., Alain, M., Gosselin, M. Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex Roles*, 41:31-48, 1999.
- Margalit, M., & Efrati, M. Loneliness, coherence and companionship among children with learning disorders. *Educational Psychology*, 16(1): 69-79, 1996.
- Margo, J.L. Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*, 151: 80-83, 1987.
- Marmorstein, R.M., von Ranson, K.M., et al. Prospective associations between depressive symptoms and eating disorder symptoms among adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2): 118-123, 2008.

- Marzillier, J. The myth of evidence-based psychotherapy, *The Psychologist*, 17(7), 2004.
- Masheb, P.M., & Grillo, C.M. The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 333-341, 2002.
- Masheb, R.M., Grilo, C.M. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2): 141-146, 2006.
- Masserman, J. H. Psychodynamics in Anorexia Nervosa and Neurotic Vomiting, *Psychoanalytic Quarterly*, 10: 211-242, 1941.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., et al. Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(3): 319-326, 2005.
- Mautner, R.D., Steven, V.O., & Furnham. A. Cross-cultural explanations of body image disturbance in western cultural samples. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2): 165-172, 2000.
- Mazzeo, S.E., Landt, M, C.T., Mitchell, K., et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3): 202-211, 2006.
- Mazzeo, S.E., Mitchell, K.S., Williams, L.J. Anxiety, alexithymia, and depression as mediators of the association between childhood abuse and eating disordered behaviour in African American and European American women. *Psychology of Women Quarterly*, 32(3): 267-280, 2008
- McCabe, M.P., & Ricciardelli, L.A. Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review* 9(5): 335-347, 2001a.
- McCabe, M.P., & Ricciardelli, L. Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 36(142): 225-240, 2001b.
- McClelland, L., & Crisp, A. Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2): 150-156, 2001.
- McCreary, D.R., Dorsch, K.D., & Rennebohm, J. Exploring body image perceptions in adolescent boys and girls. Presented at the annual meetings of the American Psychological Association, San Francisco, CA, USA (2001, August).
- McCubben, H., Barrens, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (eds), *Family Inventories*. St Paul, MN: Family Social Science. University of Minnesota, 1989.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & Fromer, J.E. Aaron Antonovsky's last article – the sense of coherence: an historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32(3-4): 170-178, 1996.
- McDougall, J. *Theatres of the Body: A psychosomatic approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books, 1989.
- McIntosh, V.V., Bulik, C.M., et al. Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2): 125-39, 2000.
- McIntosh, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162:741-747, 2005.
- McIntosh, V.V.W., Jordan, J., et al. Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8): 625-632, 2006.
- McKenzie, J.M & Joyce, P.R. Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3): 235-241, 1990.
- McLean, A., & Hayser, R.M. *Socioeconomic Status and Depression among Siblings*, Center for Demography and Ecology, Department of Sociology, University of Wisconsin-Madison, 2000.

- McSween, M. *Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. London: New York: Rutledge, 1993.
- McWilliams, N. *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2000
- Mearns, D., & Thorne, B. *Person-centered counseling in action*. London: Sage Publications, 1998.
- Mechanic, D. Socio-economic status and health: an examination of underlying processes. In: *Pathways to Health: The Role of Social Factors*. Bunker, J.P., Gomby, D.S., & Kehrer, P.S. (eds). Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation, 1989: 9-21.
- Mendelson, B.K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31:318-323, 2002.
- Meyer Cook, T., Leung, N., Waller, G., et al. Anger and bulimic psychopathology: gender differences in a nonclinical group. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1): 69-71, 2005.
- Meyer Cook, T., Wonderlich, S.A., Crosby, R., et al. Is multi-impulsive bulimia a distinct type of bulimia nervosa: Psychopathology and EMA findings. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8): 655-661, 2006.
- Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., et al. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2): 168-189, 2000.
- Miller, M.N., & Pumariega, A. Culture and Eating Disorders. *Psychiatric Times*, 16(2),1999.
- Miller, N.B., et al. Hazardous alcohol consumption and sense of coherence in emergency department patients with minor trauma. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2): 143-150, 2006.
- Milne, L. C., & Lancaster, S. Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*, 36(142) : 207-223, 2001.
- Milos, G., Sprinder, A., Hepp, U., et al. Suicide attempts and suicidal ideation: Links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*, 26(2): 129-135, 2004.
- Mintz, L. B., O'Holloran, M. S., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. Questionnaire for eating disorder diagnosis: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44: 63-79, 1997.
- Mintz, L., & Betz, N. Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35: 463-471, 1988.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32: 1031-1038, 1975.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. California: Harvard University Press, 1978.
- Minuchin, S. (1985). *Οικογενειακό Καλειδοσκόπιο*. Αθήνα: Εκδόσεις Ερευνητές, 2007.
- Mitrany, E. Atypical Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 13:400-402, 1992.
- Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Wonderlich, S.S., et al. Latent profile analysis of a cohort of patients with eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S95-S98, 2007.
- Mitchell, J.E., et al. A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3): 229-247, 1993.
- Mlonzi, E.N., & Strumpfer, D.J.W. Antonovsky's sense of coherence scale and 16pf second-order factors, *Social Behavior and Personality*, 1998.

- Mond, J.M., Hay, P.J. Use of extreme weight-control behaviors in the absence of binge eating with and without subjective bulimic episodes: A community-based study. *International Journal of Eating Disorders*. Early View, Apr 2009.
- Monro, F., & Huon, G. Media-portrayed Idealized Images, Body Shame, and Appearance Anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1): 85-90, 2005.
- Moore, F., & Keel, P.K. Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3): 370-374, 2003.
- Moorhead, D.J., Stashwick, C.K., Reinherz, H.Z., et al. Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1): 1-9, 2003.
- Morgan, A., et al. How Stories shape us. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1: 42-45, 2008.
- Morgan, J., Schottz, S., Lacey, H., Conway, G. The prevalence of eating disorders in women with facial hirsutism: an epidemiological cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5): 423-431, 2008.
- Morgan, J.C., Wolfe, B.E., Metzger, E.D., & Jimerson, D.C. Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4): 381-385, 2007.
- Morton, R. *Pathisologica or a Treatise on Consumption*. London: Smith and Walford, 1689.
- Mosley, P.E. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, Early View, Apr 2009, Online.
- Motherby, G. *A new medical dictionary*, (2nd ed). London: J. Johnson, 1785.
- Mufson και συν (1999), Interpersonal therapy. *Encyclopedia of Mental Disorders*, Online.
- Mukai Takayo, Crago, M., & Shisslak, C.M. Eating attitudes and weight preoccupation among female high school students in Japan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4): 677-688, 1994.
- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., Choudry, I.Y.. Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*, 11(2): 173-184, 1992.
- Mumford, D.B., & Choudry, I.Y. Body dissatisfaction and eating attitudes in slimming and fitness gyms in London and Lahore: a cross-cultural study. *European Eating Disorder Review*, 8: 217-24, 2000.
- Munsch, S., et al. A. Randomised comparison of cognitive behavioural therapy and behavioural weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2): 102-113, 2007.
- Murali, V., & Oyebo, F. Socioeconomic status, depressive symptoms and adolescent substance use. *Scand Journal of Public Health*, 32: 250-256, 2004.
- Murphy, S., et al. Integrated psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: theory, practice and preliminary findings. *European Eating Disorders Review*, 13(6): 383-391, 2005
- Murray, C., Waller, G., & Legg, C. Family dysfunction and bulimic psychopathology: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 28, (1): 84-89, 2000.
- Mussap, A.J. Eating attitudes in English secondary school students: Influences of ethnicity, gender, mood, and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1): 92-96, 2002.
- Mussap, A.J. The relationship between feminine gender role stress and disordered eating symptomatology in women. *Stress and Health*, 23(5): 343-348, 2007.

- Myers Cook, T., Kremer-Swan, L., Wonderlich, S., et al. The use of alternative systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2): 123-143, 2004.
- Nagata, T., Kaye, W. H., Kirriike, N., et al. physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: a comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 55(4): 333, 2001.
- Nakamura Kazutoshi, Masaharu Yamamoto, Osamu Yamazaki, Yoshiaki Kawashima, Kensuke Muto, Toshiyuki Someya, Koji Sakurai, Shinichi Nozoe Eating problems in female Japanese high school students: A prevalence study *International Journal of Eating Disorders*, 26(1): 91-95, 1999.
- Nakamura Kazutoshi, Yoshihiko Hoshino, Atsushi Watanabe, Kyoichi Honda, Shinichi Niwa, Kunihiko Tominaga, Satoshi Shimai, Masaharu Yamamoto. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2): 173-180, 2000.
- Nassar, M. *Eating Disorders: The Cultural Dimension*. Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiology, Vol. 23, pp.184-87, 1988.
- Nemiah, J.C. Anorexia nervosa: a clinical psychiatric study. *Medicine*, 29: 225, 1950.
- Neumarker, K.J. Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3): 205-212, 1998.
- Neumark-Sztainer D., Story, M., Hannan, P.J., et al. Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3): 249-258, 2000.
- Nevenon, L., & Broberg, A.G. A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13(1): 29-37, 2005.
- Nicdao, E.G., Hong, S., & Takeuchi, D.T. Prevalence and correlates of eating disorders among Asian Americans: results from the National Latino and Asian American Study. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S22-S26, 2007.
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3): 317-324, 2000.
- Nickel, M.K., Simek, M., Lojewski, N., et al. Familial and sociopsychopathological risk factors for suicide attempt in bulimic and in depressed women: Prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5): 410-417, 2006.
- Nielsen, A.M., & Hansson, K. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence (p 331-341). *Stress and Health*, 23(5): 331-344, 2007.
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *The International Journal of Eating Disorders* 28(3): 265-271, 2000.
- O'Halloran, S.M. *Focus on eating disorders*. Teenage Perspectives, 1993.
- Oates, J.C. *Faithless: Tales of Transgression*. London: Fourth Estate, 2003.
- Ogden, J., & Steward, J. The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1): 78-83, 2000.
- Okon, D.M., Greene, A.L., & Smith, J.E. Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 450-457, 2003.
- Olivardia, R., Pope Jr, H.G., Mangweth, B., & Hadson, J.I. Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1279-1285, 1995.

- Olson D, Larsen, H., & McCubben, H. (1985). In: Family Inventories. Olson D., McCubben, H., Barrens, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. St Paul, MN: Family Social Science. University of Minnesota, 1989.
- Olson D., McCubben, H., Barrens, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (eds) Family Inventories. St Paul, MN: Family Social Science. University of Minnesota, 1989.
- Olson, D.H. Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2): 144-167, 2000.
- Openshaw, C., Waller, G & Sperlinger, D. Group cognitive –behavior therapy for bulimia nervosa: statistical versus clinical significance of changes in symptoms across treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 36:363-375, 2004.
- Orbach, S. Fat is a feminist issue. London: Hamlyn Paperbacks, 1979.
- Orbach, S. Foreword. In: Fed Up and Hungry, Lawrence, M. (ed). London: The Women’s Press, 1994 (4th edition).
- Orbach, S. Hunger strike: The anorectic’s struggle as a metaphor for our age. Faber, 1986.
- Palazzoli, M.S. Self starvation. London: Chaucer, 1974.
- Palazzoli, M. S. Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. NY: Jason Aronson, 1978.
- Palazzoli , M.S., & Viaro, M. The anorexic process in the family: a six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27:129-148, 1988.
- Palmer, R. L. Bulimia nervosa: 25 years on. *The British Journal of Psychiatry*, 185: 447-448, 2004.
- Palmer, R.L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. Dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281-286, 2002.
- Paredes-Franco, K., Mancilla-Díaz, H.M., Vázquez-Arévalo, R., et al. Perfectionism and eating disorders: a review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13(1): 61-70, 2005.
- Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W.L. Pica: Symptom or eating disorder? A Historical assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 160(3): 341-354, 1992.
- Patterson Brown, W. Reference in: Evolution of Psychosomatic Concepts: Anorexia Nervosa, a Paradigm, Kaufman. M. R., & Helman, M., (eds), New York: International University Press, 1964.
- Patton, C.G., Carlin, J.B., Shao, Q., et al. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3): 295-306, 1997.
- Patton, C.G., Coffey, C., et al. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *Br J Psychiatry* 192:294–9, 2008.
- Patton, G.S., Seltzer, R., Coffey, C., et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318 (7186): 765-768, 1999.
- Pemberton AR, Vernon SW, Lee ES. Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in two universities in Southeast Texas. *American Journal of Epidemiology*, 144:450– 455, 1996.
- Peñas Lledó, E.P., de Dios Fernández, J., & Waller, G. Association of anger with bulimic and other impulsive behaviors among non-clinical women and men. *European Eating Disorders Review*, 12(6): 392-397, 2004.
- Pennycook, W. Anorexia and adolescence. In Fed Up and Hungry. Lawrence, M. (ed). London: The Women’s Press, 1994 (4th edition).

- Perez, M., Voelz, Z.R., et al. The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4): 442-454, 2002.
- Perez, M., Thomas E. Joiner Jr. Body image dissatisfaction and disordered eating in black and white women. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3): 342-350, 2003.
- Perez, M., Joiner, T.E., & Lewinsohn, P.M. Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 36(1): 55-61, 2004.
- Peterson, C.B., et al. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: A comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2): 125-136, 1998.
- Peterson, C.B., et al. Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4): 363-374, 2001.
- Petrie, T.A. Sexual abuse and eating disorders: A test of a Conceptual Model, *Sex Roles*, 2001.
- Phares, V., Steinberg, A.R., & Thompson, J.K. Gender differences in peer and parental influences, body image disturbance, self-worth and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 2004.
- Phillips, E.L. Treatment of bulimia nervosa: Psychological and Psychopharmacologic considerations. *Journal of Adolescent Research*, 18:261-279, 2003.
- Picot, A.K., Lilienfeld, L.R.R. The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *International Journal of Eating Disorders* 34(1): 98-107, 2003.
- Piqueras Fernandez, J., Santos, J., Visedo, G., Pérez de Castro, I., et al. Familial congregation of manic-depressive illness and a form of hereditary cerebellar ataxia. *American Journal of Medical Genetics*, 60(3): 206-209, 1995.
- Pisetsky, E.M., Chao, Y.M., et al. Disordered eating and substance use in high school students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *International Journal of Eating Disorders* 34(1): 98-107, 2003, 41(5): 484-470, 2008.
- Podar, I & Allik, J. A Cross-cultural comparison of the eating disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4): 346-355, 2009.
- Poise-Lynch, M., Myers, B.J., Kilmartin, C.T., και συν. Gender and Age Patterns in Emotional Expression, Body Image, and Self-Esteem: A Qualitative Analysis. *Sex Roles*, 38(11-12), 1998.
- Polivy, J., & Herman, C.P. The Effects of Alcohol on Eating Behavior: Disinhibition or Sedation? *Addictive Behaviors*, 1:121-125, 1976.
- Polivy, J., & Herman, C.P. Etiology of binge eating: psychological mechanisms. In: *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. Fairburn, C.G., & Wilson, T., (eds), NY: Guilford Press, 1993.
- Pope, H. G., & Hudson, J.I. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149: 455-463, 1992.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R., & Heinsalmi, P. The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki heart study. *Soc Sci Med*, 49:109-20, 1999.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M. et al. The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European Journal of Epidemiology*, 18(5): 389-393, 2003.

- Poppius, E., Virkkunen, H., Hakama, M., & Tenkanen, L. The sense of coherence and risk of injuries: role of alcohol consumption and occupation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62:35-41, 2008.
- Powell, A.D., & Kahn, A.S. Racial differences in women's desire to be thin. *International Journal of Eating Disorders*, 17:191-95, 1995.
- Presnell, K., Bearman, S.K., & Stice, E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36: 389-401, 2004.
- Prince, R. Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 20: 299-300, 1983.
- Pritchard, B.J., Bergin, J.L., Wade, T.D. A case series evaluation of guided self-help for bulimia nervosa using a cognitive manual. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2): 144-56, 2004.
- Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*. 2001, (9): 788-805.
- Pumagiera, A.J. Acculturation and eating attitudes in adolescent girls: a comparative and correlational study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(2): 276-279, 1986.
- Quinlan, N.P., Hoy, M.H & Costanzo, P.R. Sticks and stones: The effects of teasing on psychosocial functioning in an overweight treatment-seeking sample. *Social Development*, Early View, Date: March 2009, Online.
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., et al. Life time anorexia nervosa in young men in the community: five cases and their co-twins. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5): 458-463, 2008.
- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, Pèrez, O., et al. Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1): 63-72, 1992.
- Rand, C.S., & Kuldau, J.M. Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: sex, age, race, and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1): 37-44, 1990.
- Ranke-Heinemann, V. *Eunuchs for the Kingdom of Heaven*, New York: Penguin Books, 1990
- Raphael, F.J., & Lacey, J.H. The etiology of eating disorders: a hypothesis of the interplay between social, cultural and biological factors. *European Eating Disorders Review*, 2(3): 143-154, 1994.
- Rastam, M., Gillberg, G., & Johansson, M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20item Toronto alexythymia scale. *Acta Psychiatr Scand*, 95(5):385-388, 1997.
- Rathner G. Research contact announcement: European cross-cultural epidemiological study (ECCES). Cross-cultural epidemiological study on general health and life quality: A European multi-centre study in Austria, Hungary, the Czech Republic, Poland, Slovenia, Croatia and Georgia. *European Eating Disorders Review*, 3(4): 260-261, 1995.
- Raty, L.K., Larsson, G., Soderfeldt, B.A., & Larsson, B.M.. Psychosocial aspects of health in adolescence: The influence of gender, and general self-concept. *Adolesc Health Care*, 36(6): 530, 2005.
- Reagan, P., & Hersch, J. Influence of Race, Gender, and Socioeconomic Status on Binge Eating Frequency in a Population-Based Study. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3): 252-256, 2005.

- Reas, D.L., Whisenhunt, B.L., Netemeyer, R., & Williamson, D.A. Development of the body-checking questionnaire: a self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 324-333, 2001.
- Reas, D.L., Schoemaker, C., Zipfel, S., & Williamson, D.A. Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: A systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 1-10, 2001.
- Reda, M., & Sacco, G. (translated by Newman, G. Anorexia and the Holiness of Saint Catherine of Siena. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*, 8(1): 37-47, 2001.
- Regier, D.A. Classifying eating disorders in DSM-V: New nosological perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S8-S9, 2007.
- Reich, G & Gierpka, M. Identity conflicts in bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 18: 383-402, 1998.
- Reiser, L. W. The Oral Triad and the Bulimic Quintet: Understanding the Bulimic Episode, *International Review of Psychoanalysis* 17: 238-248, 1990.
- Rhodes, P., Gosbee, M., Madden, S., & Brown, J. 'Communities of Concern' in the Family-Based Treatment of Anorexia nervosa: Towards a Consensus in the Maudsley Model. *European Eating Disorders review*, 13(6): 392-398, 2005.
- Ricciardelli, L.A., & McCabe, M.P. Self- esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*, . 44:189-207, 2001.
- Ricciardelli, L.A., & McCabe, M.P. Sociocultural and individual influences on muscle gain and weight loss strategies among adolescent boys and girls. *Psychology in the Schools*, 40(2): 209-224, 2003.
- Richard, M., Bauer, S, & Kordy, H. Relapse in anorexia and bulimia nervosa – a 2.5 – year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 13(3): 180-190, 2005.
- Richards, M.H., Casper, R.C., & Larson, R. Weight and eating concerns among pre and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11: 203-209, 1990.
- Richardson, C.G., Ratner, P.A., & Zumbo, B.D. A test of the age-based measurement invariance and temporal stability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *EPM*. 67(4): 679-96, 2007.
- Ridgeway, C. L., & Erickson, K. G. Creating and spreading status beliefs. *American Journal of Sociology*, 106:579-615, 2000.
- Riedl, A., et al. Psychopharmacotherapy in eating disorders: a systematic analysis. *Psychopharmacol Bull*, 41(1): 59-84, 2008.
- Rieger, E., Dean, H.Y., Steinbeck, K.S., et. Al. The use of motivational enhancement strategies for the maintenance of weight loss among obese individuals: A preliminary investigation. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 11, 637-640, 2009.
- Rigamonti, R.R., Todisco, P., & Oliosi, E. Dissociation and Traumatic Experiences in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 4(4): 232-240, 1996.
- Riley, S., Burns, M., et al. Critical bodies, representations, identities and practices of weight and body management. *Sociology of Health and Illness*, 31(1): 153-154, 2009.
- Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A. et al. The outcomes of psychotherapy with adolescents: A practitioner-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 59(11): 1177-1191, 2003.
- Roberts, S.J., Maxwell, S.M., et al. The incidence of dieting amongst adolescent girls: a question of interpretation? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14(2): 103-109, 2001.
- Robinson, P.H., & McHugh, P.R. A physiology of starvation that sustains eating disorders. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szukler, G., Dare, C., & Treasure, J., (eds), John Willey & Sons, 1995.

- Rockert, W., Kaplan, A.S., & Palmsted, M.P. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S99-S103, 2007.
- Rodgers, R., & Chabrol, L, H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review*, 17(2): 137-151, 2009.
- Rodriguez-Cano, T., Fernandez, L.S., Belmonde-Liario, A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: Detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20(2): 173-178, 2005.
- Roerig, J.L., Mitchell, J.E., Zwaan de, M., et al. The eating disorders medicine cabinet revisited: a clinician's guide to appetite suppressants and diuretics. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4): 443-457, 2003
- Rogers, C. *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin Company, 1951.
- Rogers, C. *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin Company, 1961.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiology study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3): 281-291, 2003
- Roof, T.L., Pinheiro, A.P., Thorton, L., et al. Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3 Mar 2009, Online.
- Rose, A. Socio-economic factors and family size as determinants of marital dissolution in Italy. *European Sociological Review* 8(1): 71-91, 1992.
- Rowa, K., Kerig, P.K., & Geller, J. The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9(2): 97-114, 2001.
- Rowland, CV. Anorexia and obesity. *Int Psychiatry Clin*, 7(1):37-173, 1970.
- Ruffolo, J.S., Phillips, K.A., Menard, W., et al. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1): 11-19, 2006.
- Ruggiero, G.M., Hannover, W., et al. Body acceptance and culture: a study in Northern and Southern Italy. *European Eating Disorders Review*, 8(1): 40-50, 2000.
- Ruggiero, G.M., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2): 220-226, 2003.
- Ruiselova, Z., & Prokopcakova, A. Sense of coherence (SOC) and its relation to cognitive (sense of control) and dynamic variables. *Studia Psychologica*, 35(4): 373-376, 1993.
- Russell, G.F.M. The present state of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1. 9: 429-448, 1977.
- Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., Dare, C., Eisler, I. An evaluation of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44: 1047-1056, 1987.
- Russell, G.F.M. Anorexia nervosa through time. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J., (eds), John Willey & Sons, 1995.
- Russell, M. *Narrative Therapy: Responding to your questions*. Adelaide, South Australia, Dulwich Centre Press, 2004.
- Russell, P.J.V. The History of Bulimia Nervosa. In: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Garner DM, Garfinkel PE (eds), NY: Guilford Press, 1997.
- Safer, D.L., Lively, T.J., Telch, C.F., & Agras, W. S. Predictors of relapse following successful dialectical behavior therapy for binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*,. 32:155-163, 2002.

- Sands, S. (1991) Bulimia, Dissociation, and Empathy: A Self-Psychological View. In: C. L. Johnson, (ed), 1991.
- Sands, S.H. The subjugation of the body in eating disorders: a particularly female solution. *Psychoanal. Psychology*, 20: 103-116, 2003.
- Santonastaso P., Ferrara, S., & Favaro, A. Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2): 215-218, 1999.
- Santonastaso, P., Scicluna, D., Colombo, G., et al. Eating disorders and attitudes in Maltese and Italian female students. *Psychopathology*, 39(3): 153-157, 2006.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G.M. The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2): 135-141, 2005.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164:591-598, 2007.
- Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *International Journal of Eating Disorders*, 31(6): 498-504, 2008.
- Schumacher, J., et al. The Antonovsky sense of coherence scale. Test statistical evaluation of a representative population sample and construction of a brief scale. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 50(12):472-482, 2000.
- Schur, E.A., Sanders, M., & Steiner, H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1): 74-82, 2000.
- Schwartz, H. J. (1988) *Bulimia: Psychoanalytic Perspectives*, in H. J. Schwartz, H.J., (ed). *Bulimia, psychoanalytic treatment and theory*. Connecticut: International Universities Press, 1988.
- Seid, R.P. Too “close to the bone”: The historical context for women’s obsession with slenderness. In: *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Fallon, P.,
- Selvini, M. Προφορική ανακοίνωση. Family Therapy Congress, Glasgow, 2007.
- Sesan, R. Feminist inpatient treatment of eating disorders: an oxymoron? Στο *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Fallon, P., Katzman, M.A., & Wooley, S.C., (eds), NY: Guilford Press, 1994.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulkan, M.K, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(7): 865-77, 1996.
- Shapiro, J.R., & Anderson, D.A. The effects of restraint, gender, and body mass index on the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): 177-180, 2003.
- Shapiro, J.R., Reba-Harrelson, R., Dymek-Valentine, M., et al. Feasibility and acceptability of CD-Rom based cognitive behavioral treatment for binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 15(3): 175-184, 2007.
- Sharpe, T.M., Ryst, E., Hinshaw, S.P., & Steiner, H. Reports of stress: A comparison between eating disordered and non-eating disordered adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*, 28(2): 117-32, 1997.
- Shaw, R.J., & Steiner, H. Temperament in juvenile eating disorders. *Psychosomatics*, 38(2): 126-31, 1997.

- Sherman, P.J., & Spence, J.T. A comparison of two cohorts of college students in responses to the male-female relations questionnaire. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2): 265-278, 1997.
- Shisslak, C.M., McKeon, R.T., & Crago, M. Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2): 185-189, 1990.
- Showers, C. J., & Larson, B. E. Looking at body image: The organization of self-knowledge about physical appearance and its role in disordered eating. *Journal of Personality*, 4: 659-700, 1999.
- Showers, C.J., & Larson, B.E. Looking at body image : the organization of self-knowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *Journal of Personality*, 67(4): 659-700, 1999.
- Shroff , H., & Thompson, J.K. Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2): 198-203, 2004.
- Shroff, H.J., & Thompson, K. Body image and eating disturbance in India: Media and interpersonal influences. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2): 198-203, 2004.
- Simmonds, M. Ueber kachexie hypophysaren ursprungs. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1: 190-191, 1916.
- Singh, S. Deconstructing 'gender and development' for 'identities of women'. *International Journal of Social Welfare*, 16(2): 100-109, 2006.
- Sinton, M.M., & Birch, L.L. Weight status and psychosocial factors predict the emergence of dieting in preadolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4): 346-354, 2005.
- Skarderud, F. Eating one's Words, Part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4): 243-252, 2007.
- Sloan, G. Anorexia nervosa: A cognitive behavioral approach. *Nursing Standard*, 13(19), 1999.
- Smolak,L., & Murnen, S.K. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2): 136-150, 2002.
- Soares, M.J., Macedo, A., Carvalho Bos, S., Marques, M., et al. Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., et al. Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6): 562-568, 2007
- Soares, M.J., Macedo, A., Carvalho Bos, S., Marques, M., et al. Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*. Apr 2009, Online
- Sohn, L. Anorexic and bulimic states of mind in the psychoanalytic treatment of anorexic/bulimic patients and psychotic patients. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1: 49-56, 1985.
- Sokol-Katz, J. S., Dunham, R. G., & R. S. Zimmerman. The relationships between parental attachment/family structure and adolescent deviant behavior: A test of the social control theory. A paper presented at the American Sociological Association Meeting in Miami, August 1993.
- Sokol-Katz, J., Dunham, R., & Zimmerman, R. Family Structure versus Parental Attachment in Controlling Adolescent Deviant Behavior: A Social Control Model. *Adolescence*, 32, 1997.
- Sontag, S. *Illness as Metaphor*. NY: Farrar, Straus & Giroux, 1978.
- Sperling, M. Psychosomatic disorders in childhood. Sperling, O., (ed). NY. London: Aronson, 1978.

- Spierling, M. The role of the mother in psychosomatic disorders in children, *psychosomatic medicine*, 11: 377-385, 1949.
- Spierling, O. On Appersonation. *International Journal of Psychoanalysis*, 24-26: 128-132, 1943-1945.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2): 37-153, 1993.
- Spoor, S.T.P., Stice, E., Bekker, M.H.J., et al. Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8): 700-707, 2006.
- Spurrell, E.B., Wilfrey, D., et al. Age of onset for binge eating: are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 21(1): 55-65, 1998.
- Squire-Dehouk B. Evaluation of conjoint family therapy vs. family counseling in adolescent anorexia nervosa patients: a two-year follow-up study [dissertation]. Institute of Psychiatry and University of Surrey; 1993.
- Steinhausen, H. C., Rauss-Mason, C., & Seidel, R. Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454, 1991.
- Steinhausen, H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8): 1284-1293, 2002.
- Stice, E., Agras, W.S., & Hammer, L.d. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4): 375-387, 1999.
- Stice, E., Akutagawa, D., Gaggar, A., & Agras, W.S. Negative affect moderates the relation between dieting and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2): 218-229, 2000.
- Stice, E., Agras, W.S., Telch, C.F., Halmi, K.A., et al. Sub typing binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1): 11-27, 2001.
- Stice, E., Maxfield, J., & Wells, T. Adverse effects of social pressure to be thin on young women: an experimental investigation of the effects of “fat talk”. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1): 108-117, 2003.
- Stice, E., Springer, D.W., & Shaw, H.E. Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: lack of replication. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1): 41-47, 2004.
- Stice, E., & Spoor, S.T. Commentary: Stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S79-S82, 2007.
- Stoppler, M.C. *Eating Disorders*, 2008, Online
- Story, M., French, S.A., et al. Ethnic, racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2): 173-179, 1995.
- Striegel-Moore, R.H. Etiology of binge eating: A developmental perspective. In: *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Fairburn, C.G., Wilson, G.T., (eds), New York: Guilford Press, 1993.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F., & Rosenbeck, R.A. Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans. Prevalence and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 405-414, 1999.
- Striegel-Moore, R.H. The epidemiology of binge eating. *European Eating Disorders Review*, 8(5): 344-346, 2000a.

- Striegel-Moore, R.H., Schreiber, G.B., Lo, A., Crawford, P., et al. Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1): 49-66, 2000b.
- Striegel-Moore, R.H., Dohn, F.A., Pike, K.M., Wilfrey, D.E., & Fairburn, C.G. Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(11): 1902-1907, 2002.
- Striegel-Moore, R.H., & Franko, D.L. Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34:19-29, 2003.
- Striegel-Moore, R.H., Garvin, V., Dohm, F.A., Rosenheck, R.A., Okon, D.M., Greene, A.L., Smith, J.E. Family interactions predict intra-individual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 450-457, 2003
- Striegel-Moore, R.H., & Bulik, C.M. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol*, 62: 181-198, 2007a.
- Striegel-Moore, R.H., & Wonderlich, S. Diagnosis and classification of eating disorders: Finding the way forward. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S1, 2007b.
- Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., et al. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms (Brief Report). *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 2009.
- Strober M., Freeman, R., Lampert, C., et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3): 393-401, 2000.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., & Diamond, G. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders*, . 40(S3): S46-S51, 2007.
- Stunkard, A.J. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, Springer, London: 284-295, 1959.
- Stunkard, A.J. A history of binge eating. In: *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. Fairburn, C.G., & Wilson, T., (eds), NY: Guilford Press, 1993.
- Suleiman, S, R., (ed). *The female body in western culture*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1985.
- Sullivan, F., Fear, J.L., McKenzie, J., & Bulik, C.M. Causes and Recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2): 143-154, 2003.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D.B., et al. Perfectionism in Anorexia Nervosa: A 6-24 month Follow-up Study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2): 225-229, 2003.
- Sweetingham, R., & Waller, G. Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5): 401-407, 2008.
- Sypeck Foley, M., Gray, J.J., & Ahrens, A.H. No longer just a pretty face: fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *International Journal of Eating Disorders*,. 36(3): 342-347, 2004.
- Sysko, R., & Walsh, T.B. A Critical Evaluation of the Efficacy of Self-Help Interventions for the Treatment of Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2): 97-112, 2008.
- Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J., (eds). *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Chichester: John Willey & Sons, 1995.
- Szumska, I. Prevalence of eating disorders among young Hungarian women. Psychosocial background characteristics and comorbidity with other mental problems. Doctoral Thesis, Semmelweis University, 2004.

- Szumska, I., Tury, F., Csoboth, C.T., et al. The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13(4): 278-284, 2005.
- Tanofsky-Kraff, M., et al. The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2): 112-122, 2005.
- Tate, D.F., Zabinski, M.F. Computer and Internet applications for psychological treatment: an update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2): 209-220, 2003.
- Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisslak, et al. Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24:31-42, 1998.
- Taylor, J.Y., Howard Caldwell, C., Baser, R.E., et al. Prevalence of eating disorders among blacks in the national survey of American life. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S10-S14, 2007.
- The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2): 248-54, 2003.
- Thelen, M.H., Farmer, J., et. al. A revision of the bulimia test: The Bulit-R. *Psychological Assessment*, 3, 119, 1991.
- Thomas, M.L., et al. Eating attitudes in English secondary school students: Influences of ethnicity, gender, mood, social class. *International Journal of eating Disorders*, 3(1): 92-96, 2002a.
- Thomas, C.L., James, A.C., Bachmann, M.O., et al. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3): 300-306, 2002b.
- Thompson – Brenner, H., Eddy, K.T., Franko, D.L., et al. Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3): 203-208, 2007.
- Thompson, J. K., & Stice, E. Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10:181-183, 2001.
- Thompson, J.K. *Exacting beauty: Theory, Assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
- Thompson, J.K., & Stice, E. Thin ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(4): 659-700, 1999.
- Thompson, J.K., Covert, M.D., & Stormer, S.M. Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 43-51, 1999.
- Tiggemann, M. Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same! *European Eating Disorders Review*, 11(5): 418-430, 2003.
- Tigner, L., Wertheim, E.H., & Paxton, S.J. Effect of social desirability on adolescent girl's responses to an eating disorders prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 35: 211-216, 2004.
- Toner, B.B., Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. Cognitive style of patients with bulimic and diet-restricting anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 144(4): 510-512, 1987.
- Toriola, A.L., Dolan, B.M., et al. Weight satisfaction of Nigerian women in Nigeria and Britain: Intergenerational and cross-cultural influences. *European Eating Disorders Review*, 4(2): 84-94, 1996.
- Tornstein, T., & Wold, B. School –related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16(3): 293-303, 2001.

- Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., et al. Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective, *International Journal of Eating Disorders*, 33(2): 143-154, 2003.
- Treasure, J., & Holland, A. Genetic factors in eating disorders. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J., (eds), Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
- Treasure, J., Todd, G., & Szmukler, G. The inpatient treatment of anorexia nervosa. In: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler G, Dare C & Treasure J (eds), pp. 275-289, Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995.
- Tseng, W-S. From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture related specific syndromes. *Transcultural Psychiatry*, 43(4): 554-576, 2006.
- Vannatta, R.A. Adolescent gender differences in suicide related behaviors. *J. Youth Adolesc*, 26(5), 559-568, 1997.
- Van Deth, R., & Vandereyken, W. Food refusal and insanity: Sitophobia and anorexia nervosa in Victorian asylums, *The International Journal of Eating Disorders*, 27(4): 2000.
- Van Egmond, J.J. Beyond Secondary Gain. *American Journal of Psychoanalysis*, 65(2): 167-177, 2005
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. *The Anorectic Empress: Elizabeth of Austria*. History Today, 1996.
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. *From Fasting Saints to Anorexic Girls, The History of Starvation*, 1997
- Vandereycken, W. The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: Questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 409-422, 2003.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., van Dyck, R., & Vertommen, H. Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2): 187-193, 1993.
- Vijaya Murali & Femi Oyebode. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 216-224, 2004.
- Vitousek, K., & Manke, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 137-147, 1994.
- Volanen, S.M., et al. Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5): 433-441, 2007.
- Vrabel, K.R., Rosenvinge, J.H., Hoffart, A., et al. The course of illness following inpatient treatment of adults with longstanding eating disorders: a 5year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3): 224-232, 2007.
- Vuori, Z. Pre-employment antecedents of health resources, job factors and health risk behavior in men and women. *Work and Stress*, 8(3): 269-277, 1994.
- Wade, T.D., Bulik, C.M., & Kendler, K.S. Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for sub clinical bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4): 389-400, 2001
- Wade, T.D., Bergin, J.L., Tiggemann, Bulik, C.M., Fairburn., C.G. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2): 121-128, 2006.
- Wade, T.D., Gillespie, N., & Martin, N.G. A comparison of early family life events amongst monozygotic twin women with lifetime anorexia nervosa, bulimia nervosa, or major depression. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8): 679-686, 2007a.
- Wade, T.D. Commentary: Epidemiology of eating disorders: creating opportunities to move the current classification paradigm forward. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S27-S30, 2007b.

- Wade, T.D., Treloar, S.A., Heath, C.A., & Martin, N.G. An examination of the overlap between genetic and environmental risk factors for intentional weight loss and overeating. *International Journal of Eating Disorders*, Early View, 2009, Online.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N.C., Frank, G.K., et al. Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39(4): 276-284, 2006.
- Wakeling, A. Physical Treatments. Στο: *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Szmukler G, Dare C & Treasure J (eds), 1995.
- Waldherr, K., Favaro, A., Santonastaso, P., et al. Comparison of the eating disorder inventory (eds) in the Netherlands, Austria and Italy. *European Eating Disorders Review*, 16(6): 472-479, 2008.
- Walker Bynum, C. *Fragmentation and redemption: essays on gender and the human body in medieval religion*. New York: Ursine, Inc, Zone Books, 1991.
- Waller, G., Babb's, M., Milligan, R., Meyer, C., et al. Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 118-124, 2002.
- Waller, G., Signes, J., Meyer, C., et al. NNarcissism and narcissistic defenses in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2): 143-148, 2007
- Waller, J. V., Kaufman, M. R., and Deutsch, F. (1940) Anorexia Nervosa: A psychosomatic Entity. In: M. R. Kaufman and M. Heiman, (eds), 1964, pp. 145-276.
- Waller, J.V., Kaufman, R.M., & Deutsch, F. Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2: 3, 1940.
- Walsh, B.T., Fairburn C.G., et al. Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. *American Journal of Psychiatry*, 161(3): 556-561, 2004.
- Walsh B.T. DSM-V from the perspective of the DSM-IV experience. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S3 –S7, 2007.
- Wallin van der Ster, G., Andersson, M., & Hambraeus, L. Nutritional aspects of amenorrhoea in eating disordered patients. *European Eating Disorders Review*, 5(4): 241-257,1998.
- Walters, E.E., & Kendler, K.S. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population –based female twin sample. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1): 64-71, 1995.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4): 370-376, 2000.
- Wardle, J., & Watters, R. Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: results of a natural experiment. *International Journal of Rating Disorders*, . 35(4): 589-596, 2004.
- Warren, C.S., Gleaves, D.H., Capeda-Benito, A., και συν. Ethnicity as a Protective Factor against Internalization of a Thin Ideal and Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3): 241-249, 2005.
- Watson, T.L., Bowers, W.A., Andersen, A.E. Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 157:1806-1810, 2000.
- Weiner, K.E., & Thompson, J.K. Overt and covert sexual abuse: relationship to body image and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3): 273-284, 1997.
- Weiss, E., & English, O.S. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia-London: W.B. Saunders, 1957, (3rd ed.).
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B, et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association* 281:1701-13, 1999.
- Weissman, M.M., Markowitzm, J.C., et al. Effectiveness research: transporting interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) from the lab to school-based health clinics. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 7: 251-261, 2004.

- Wenninger, K., & Heiman, J.R. Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3): 543-562, 1998.
- Wertheim, E.H., & Paxton, V.J. Relationships among adolescent girls eating behaviors and their parents weight related attitudes and behaviors. *Sex Roles*, 41: 31-48, 1999.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4): 547-562, 2001.
- Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., et al. The struggle to be thin: A survey of anorectic and bulimic symptoms in a nonreferred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163, 1989.
- White, J.H. The prevention of eating disorders: a review of the research on risk factors with implications for practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(2): 76-88, 2007.
- White, M. Deconstruction and therapy. *Dulwich Center Newsletter*, 1991.
- White, M. *Maps of Narrative Practice*. NY., London: W.W. Norton, 2007.
- White, M.A., Grilo, C.M. Ethnic Differences in the Prediction of Eating and Body Image Disturbances among Female Adolescent Psychiatric Inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1): 78-84, 2005.
- White, M. *Maps of Narrative Practice*. NY: W.W. Norton, 2007.
- White, M. *Re-authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Center Publications, 1995.
- Wichstrøm, L. Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6): 448-453, 2006.
- Wiederman, M.W., & Pryor, T.L. Body dissatisfaction, bulimia and depression among women: the mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1): 90-95, 2000.
- Wilfrey, D.E., Welch, R.R., et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59:713-721, 2002.
- Wilfrey, D.E., Wilson, G.T., Agras, W.S. The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1): S96-S106, 2003.
- Wilfrey, D.E., Bishop, M.E., et al. Classification of eating disorders: toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S123-S129, 2007.
- Wilkinson R.G. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge; 1996.
- Willey & Sons Ltd, 1995: 351-361.
- Williams, R.J. & Ricciardelli, L.A. Sex-role traits and the comorbidity of symptoms of disordered eating and problem drinking. *Eating Behaviors*, 2(1): 67-77, 2001.
- Williamson, I., & Hartley, P. British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 6(3): 160-170, 1998.
- Wilson, C. P., Hogan, C. C., (eds). *Psychodynamic Technique in the Treatment of The Eating Disorders*. New York: Jason Aronson, 1992.
- Winnicott, D.W. Transitional objects and transitional phenomena, a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34: 89-97, 1953.
- Winston, A.P. Physical assessment of the eating disordered patient. *European Eating Disorders Review*, 8(2): 188-191, 2000.
- Wlodarczyk-Bisaga, K., Dolan, B., McCluskey, S., & Lacey, H. Disordered eating behavior and attitudes towards weight and shape in polish Women. *European Eating Disorders Review*, 3(4): 205-216, 1995.

- Wolf, N. *The Beauty Myth*. London: Vintage, 1991.
- Wolk, S.L., Loeb, K.L., & Walsh, T. Assessment of patients with anorexia nervosa: interview versus self-report. *International Journal of eating Disorders*, 37(2): 92-99, 2005.
- Wonderlich, S.A., Brewerton, T.D., et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:1107-1115, 1997
- Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., et al. Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3): 270-279, 2001.
- Wonderlich, S.A., De Zwaan, M., Mitchell, J.E. et al. Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *International Journal of Eating Disorders*, 34:S58-S73, 2003
- Wonderlich, S.A., Lienfeld, L.P., et al. Personality and anorexia nervosa *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1): S68-S71, 2005.
- Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., et al. Testing the validity of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S40-S45, 2007.
- Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., et al., Comparisons of Men with Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders and Women with Eating Disorders in the Community, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, No. 4, pp. 570-74, 2001.
- Woodside, C.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., et al. Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individual with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 290-299, 2002.
- Wooley, O.W., & Wooley, S. The Beverly Hills eating disorder: The mass marketing of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(3): 57-69, 1982.
- Wooley, O.W. «And man created 'woman»: Representations of women's bodies in western culture. In: *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Fallon, P., Katzman, M.A., & Wooley, S.C., (eds), New York: Guilford Press, 1994a.
- Wooley, S.C. Sexual abuse and eating disorders: The concealed debate. In: *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. Fallon, P., Katzman, M.A., & Wooley, S.C., (eds), New York: Guilford Press, 1994b.
- Worell, J. Opening doors to feminist research. *Psychology of Women Quarterly*, 20(4): 469-485, 1996.
- Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). Classification of Child and Adolescent Eating Disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3): S117-S122, 2007.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993.
- Yager, J., & Smith, M. Restrictor anorexia nervosa in a thirteen-year-old sheltered Muslim girl raised in Lahore, Pakistan: Developmental similarities to westernized patients. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3): 383-386, 1993.
- Yager, J. E-Mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29:125-138, 2001.
- Yang, Su-Zin., Kim, Jae-Min., & Yoon, Jin-Sang. Disturbed eating attitudes and behaviours in South Korean boys and girls: A school-based cross-sectional study. *Yonsei Med J*, 51(3): 302-309, 2010.
- Yap, P.M. Mental diseases peculiar to certain cultures: A survey of comparative psychiatry. *Journal of Mental Science*, 97, 1951.

- Yarrow, L. J. Parents During Early Childhood. In: Review of Child Development Research Vol 1, M. H. Hoffman & I. W. Hoffman, (eds), NY: Russell Sage Foundation, 1964.
 - Young, J.E. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999.
 - Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. NY: Guilford Publications, 2003.
 - Zaidler, T.I., Johnson, J.G., & Cockell, S.J. Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1): 58-67, 2000.
 - Zaitsoff, S.L., Doyle, A.C., & Hoste, R.R. How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 41(5): 390-398, 2008.
 - Zaitsoff, S.L., Taylor, A., et al. Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23 Mar 2009. Online.
 - Zanarini, M.C., Reichman, C.A., Frankenburg, F.R., et al. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 2 Apr 2009, Online.
 - Ziolko, H.U. Bulimia: A historical outline. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4): 345-358, 1996.
 - Zipfel, S., Reas, D.L et al. Day hospitalization programs for eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2): 105-117, 2002.
 - Zirke, N., Schmid, G., Mazurek, B. Antonovsky's sense of coherence in psychosomatic patients. A contribution to construct validation. *Psychosoc. Med.*, 2007, Online.
-
- Γκότοβος, Α.Ε. Νεολαία και κοινωνική μεταβολή. Αθήνα: Gutenberg, 1996.
 - Γκότοβος, Α.Ε. Καταλήψεις: Ανορθόδοξες μορφές μαθητικής διαμαρτυρίας. Αθήνα: Gutenberg, 1992.
 - Μαδιανός Μ. Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα: Καστανιώτης, 1989.
 - Μαδιανός, Μ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Καστανιώτης, Αθήνα, 2000, σ. 180.
 - Μπαφίτη, Τ. Διαπροσωπικές σχέσεις στην οικογένεια και ψυχοσωματική υγεία: μια συστημική προσέγγιση. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθήνας, 1999.
 - Μωρόγιαννης, Φώτιος. Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία. Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2000.
 - Παλαιολόγου, Α., Κερκίρη, Τ. Τηλε – συμβουλευτική: τα LMSs σε έναν νέο ρόλο, 5th International Conference in Open and Distant Learning, Αθήνα, 2009.
 - Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β., Καλτσούδα, Α., Τσακοπιάκου, Μ., Λεοντίτση, Α., Αλεξίου, Δ. Ψυχοκοινωνική προσαρμογή φοιτητών στο πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Εφαρμογή του ερωτηματολογίου Student Adaptation to College Questionnaire (SACQ). Αθήνα. Πανελλήνιο Συνέδριο Συμβουλευτικής, 2007.
 - Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. Στοιχεία Περιγραφικής και Επαγωγικής Στατιστικής. Αθήνα. 1984.
 - Ρίτσαρντσον, Σ. Κ., & Βασιλαϊνας, Α. Εισαγωγή στη Στατιστική Επιστήμη. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος, 1999.
 - Σήμος, Γ. Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη, 1996.

- Σταλίκας, Α., και συν. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

Σε παρακαλούμε να συμπληρώσεις τα στοιχεία που σου ζητάμε ή να σημειώσεις χ ή να βάλεις σε κύκλο την απάντηση που ισχύει για σένα. Σε κάθε ερώτηση να δώσεις μόνο μια απάντηση. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σου

Ημερομηνία:/...../.....

1.ΦΥΛΟ:

Αγόρι

Κορίτσι

Ηλικία:.....

Σχολείο:.....

Τάξη/Τμήμα:.....

Περιοχή μόνιμης κατοικίας:

2.ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:.....

3.Αν ανήκεις σε κάποια από τις παρακάτω (εθνοτικές) ομάδες, σε παρακαλούμε να βάλεις χ σε αυτή που ισχύει για σένα:

Έλληνας/ίδα από την πρώην Σοβιετική Ένωση/ανατολικές χώρες ----

Έλληνας/ίδα από την Αλβανία ----

Έλληνας/ίδα Τσιγγάνικης καταγωγής ----

Έλληνας/ισα Μουσουλμάνος/α ----

Θα θέλαμε τώρα κάποιες πληροφορίες για την οικογένεια σου

4. Οι γονείς σου είναι: (βάλε χ στην απάντηση που ισχύει)

Παντρεμένοι ----

Χωρισμένοι/σε διάσταση ---- (πόσα χρόνια χωρ/νοι/σε διάσταση;)

(με ποιόν από τους δυο γονείς ζεις;)

5.Πόσα αδέλφια έχεις; ----

Ποια είναι η θέση σου στην οικογένεια; (1^ο παιδί, 2^ο, κ.ο.κ) ----

6.Σημείωσε με χ αυτό που ισχύει για σένα:

Ζω με τους γονείς/γονιό μου ----

Δεν ζω με τους γονείς/γονιό ου αλλά με άλλους (κηδεμόνες) που έχουν αναλάβει την ανατροφή μου

7. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας σου; (Σημείωσε με χ)

A. Πατέρας

B. Μητέρα

----- Μέχρι το δημοτικό σχολείο

----- Μέχρι την Γ' Γυμνασίου

----- Μέχρι τα έξι (6) χρόνια Γυμνασίου-Λυκείου

----- Τεχνική-Ανώτερη Εκπαίδευση

----- Πανεπιστήμιο/Πολυτεχνείο

----- Μεταπτυχιακές Σπουδές

8. Ποιο προς το παρόν είναι το επάγγελμα του πατέρα σου; (Γράψε ακριβώς τη δουλειά κάνει)

Ανεργος ----

Συνταξιούχος -----

9. Ποιο είναι προς το παρόν το επάγγελμα της μητέρας στο; (Γράψε ακριβώς τη δουλειά κάνει. Αν δεν δουλεύει σε εργασία για την οποία πληρώνεται, γράψε ότι είναι νοικοκυρά)

.....

...

Ανεργη ----

Συνταξιούχος -----

10. Σε παρακαλούμε να βάλεις χ σε αυτό που ισχύει για εσένα και την οικογένεια σου:

Μένετε σε δικό σας σπίτι (ή διαμέρισμα) -----

Μένετε σε σπίτι (ή διαμέρισμα) με ενοίκιο -----

11. Πόσα δωμάτια έχει το σπίτι (ή διαμέρισμα) που μένεις; -----

(μην υπολογίσεις την κουζίνα, το μπάνιο, χωλ, διαδρόμους)

12. Τι γενικό βαθμό έβγαλες την προηγούμενη σχολική χρονιά; -----

Ερωτηματολόγιο Q-EDD

Σε παρακαλούμε να απαντήσεις τις παρακάτω ερωτήσεις όσο πιο ειλικρινά μπορείς. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε συμπεριφορές και απόψεις που έχεις τους τελευταίους τρεις μήνες. Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σου

Ύψος: ----- μέτρα ----- εκατοστά

Βάρος: --- ----κιλά

Θα ήθελα να ζυγίζω ----- κιλά

1.Σου συμβαίνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, ΔΗΛΑΔΗ να τρως σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε 2 ώρες) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ένα παρόμοιο διάστημα;

NAI OXI

Εάν απάντησες NAI στην προηγούμενη ερώτηση, σε παρακαλούμε να απαντήσεις τις ερωτήσεις #2 & #3

Εάν απάντησες OXI στην προηγούμενη ερώτηση, σε παρακαλούμε να περάσεις κατευθείαν στην ερώτηση #4

2.Έχεις την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο στη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας (δηλαδή, έχεις την αίσθηση ότι δεν μπορείς να σταματήσεις να τρως ή να ελέγξεις τι τρως ή πόσο τρως);

NAI OXI

3.Πόσα, κατά μέσο όρο, επεισόδια υπερφαγίας σου συμβαίνουν την ΕΒΔΟΜΑΔΑ; (βάλε σε κύκλο τον αριθμό που ισχύει για σένα)

1, 2, 3, 4, 5, 6 ή περισσότερα

Εδώ και πόσο καιρό σου συμβαίνουν αυτά τα επεισόδια; (βάλε σε κύκλο το χρονικό διάστημα που ισχύει για σένα)

1 μήνα, 2 μήνες, 3 μήνες, 4 μήνες, 5 μήνες, 6-12 μήνες, περισσότερο από 1 χρόνο

4. Σε παρακαλούμε βάλε σε κύκλο τις κατάλληλες απαντήσεις σχετικά με πράγματα που πιθανά κάνεις αυτή την περίοδο για να αποφύγεις αύξηση βάρους.

Αν βάλεις κύκλο στο ΝΑΙ σε οποιαδήποτε ερώτηση, ανάφερε, κατά μέσο όρο, πόσο συχνά και πόσον καιρό το κάνεις αυτό

Α) Προκαλείς μόνος/η εμετό για να παοφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Β) Παίρνεις καθαρτικά για να αποφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Γ) Παίρνεις διουρητικά χάπια για να αποφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Δ) Νηστεύεις (δεν τρως τίποτα για 24 ώρες) για να αποφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Ε) Μασάς το φαγητό και μετά το φτύνεις για να αποφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

ΣΤ) Κάνεις υποκλυσμό (κλύσμα) για να αποφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Ζ) Παίρνεις χάπια αδυνατίσματος/ελέγχου της όρεξης για να αποφύγεις αύξηση βάρους;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Η) Κάνεις αυστηρή διαίτα για να αποφύγεις αύξηση βάρους; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

Θ) Ασκείσαι πολύ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο συχνά το κάνεις αυτό;

Καθημερινά Δυο φορές την εβδομάδα Μια φορά την εβδομάδα Μια φορά το μήνα

Εδώ και πόσο καιρό το κάνεις αυτό;

1 μήνα 2 μήνες 3 μήνες 4 μήνες 5-11 μήνες Περισσότερο από ένα χρόνο

5. Αν απάντησες ΝΑΙ στην ερώτηση «ασκείσαι πολύ», παρακαλούμε να απαντήσεις τις ερωτήσεις #5^α, #5β, #5γ & #5δ.

Αν απάντησες ΟΧΙ στην ερώτηση «ασκείσαι πολύ», πέρασε κατευθείαν στην ερώτηση #6

5^α. Συμπλήρωσε τα παρακάτω κενά:

Τι μορφή άσκησης κάνεις; (πάω γυμναστήριο, τρέχω, κολυμπώ κ.λπ.)

.....

Κατά μέσο όρι πόσες ώρες ασκείσαι κάθε φορά;

5β. Μερικές φορές οτ ότι ασκείσαι σου παίρνει πολύ χρόνο από άλλες σημαντικές ασχολίες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5γ. Ασκείσαι ακόμη και όταν είσαι τραυματίας ή/και άρρωστος/η;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5δ. Ο πρωταρχικός λόγος που ασκείσαι είναι για να καταπολεμήσεις τα αποτελέσματα υπερφαγίας ή να αποφύγεις αύξηση βάρους:

ΝΑΙ ΟΧΙ

Στις επόμενες ερωτήσεις, βάλε σε κύκλο την απάντηση που σου ταιριάζει περισσότερο:

6. Το βάρος και/ή το σχήμα του σώματος σου επηρεάζει το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πάρα πολύ	Υπερβολικά ή απόλυτα

7. Πόσο φοβάσαι μήπως γίνεις παχύς/ια;

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πάρα πολύ	Υπερβολικά ή απόλυτα
----------------	-------------	---------------	------------------	---------------------------------

8. Πόσο φοβάσαι μήπως πάρεις βάρος;

1	2	3	4	5
Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πάρα πολύ	Υπερβολικά

9. Θεωρείς ότι είσαι:

1	2	3	4	5	6
υπερβολικά μέτρια	υπέρβαρος/η	μετρίου	χαμηλού	υπερβολικά	

παχύσαρκος/η	παχύσαρκος/η	βάρους	βάρους	χαμηλού βάρους
--------------	--------------	--------	--------	----------------

10. Κάποια μέρη του σώματος μου (π.χ. η κοιλιά μου, οι γλουτοί/περιφέρεια μου, οι μηροί μου) είναι πάρα πολύ παχιά

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Αισθάνομαι παχύς/ιά σε όλο μου το σώμα

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Πιστεύω ότι είναι σοβαρό πρόβλημα το να έχω χαμηλό σωματικό βάρος

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Αν είσαι κορίτσι, μήπως δεν είχες περίοδο για τρεις τουλάχιστον φορές συνεχόμενα; (δεν ισχύει για τη διακοπή περιόδου κατά την εγκυμοσύνη)

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D)

Παρακαλούμε σημειώστε (με κύκλο) πόσο συχνά την προηγούμενη εβδομάδα αισθανθήκατε ή συμπεριφερθήκατε όπως αναφέρεται παρακάτω

	Σπανίως ή καθόλου (λιγότερο από 1 ημέρα)	Μερικές φορές (1 έως 2 ημέρες)	Αρκετές φορές (3 έως 4 ημέρες)	Τον περισσότερο καιρό (5-7ημέρες)
1. Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν	0	1	2	3
2. Δεν ήθελα να φάω, η όρεξη μου ήταν κακή	0	1	2	3
3. Ένοιωθα ότι δεν μπορώ να απαλλαγώ από την κακοκεφιά μου, ακόμη και αν οι φίλοι μου ή η οικογένεια μου με βοηθούσαν	0	1	2	3
4. Ένοιωθα ότι ήμουν καλός/ή όπως οι άλλοι άνθρωποι	0	1	2	3
5. Δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ σε αυτό που κάνω	0	1	2	3
6. Ένοιωθα μελαγχολικός/ή	0	1	2	3
7. Ένοιωθα πως ότι έκανα, το έκανα με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0	1	2	3
8. Ένοιωθα ελπίδα για το μέλλον	0	1	2	3
9. Σκεφτόμουν ότι η μέχρι τώρα ζωή μου ήταν αποτυχία	0	1	2	3
10. Ένοιωθα φοβισμένος/η	0	1	2	3
11. Είχα ανήσυχο ύπνο	0	1	2	3
12. Ήμουν ευτυχισμένος/η	0	1	2	3
13. Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
14. Ένοιωθα μοναξιά	0	1	2	3
15. Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου	0	1	2	3
16. Ευχαριστιόμουν (χαιρόμουν τη ζωή)	0	1	2	3
17. Έκλαιγα με λυγμούς	0	1	2	3
18. Ένοιωθα λυπημένος/η	0	1	2	3
19. Ένοιωθα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν	0	1	2	3
20. Δεν μπορούσα να κάνω τις δουλειές μου (σπίτι, σχολείο).	0	1	2	3

Κλίμακα Εσωτερικής Συγκρότησης

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν διάφορες πλευρές της ζωής μας. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει επτά πιθανές απαντήσεις, οι οποίες συμβολίζονται με τους αριθμούς από το 1 έως το 7. Σας παρακαλούμε να κυκλώσετε τον αριθμό που εκφράζει τελείως ή σε μεγάλο βαθμό την δική σας απάντηση, έχοντας υπόψη ότι οι αριθμοί 1 και 7 συμβολίζουν τις δυο ακραίες απαντήσεις σε κάθε ερώτημα. Παρακαλούμε να δώσετε μόνο μια απάντηση σε κάθε ερώτηση

1: Όταν μιλάς σε άλλους ανθρώπους έχεις την αίσθηση ότι δεν σε καταλαβαίνουν

1	2	3	4	5	6	7
ποτέ δεν έχω αυτήν την αίσθηση						πάντα έχω αυτήν την αίσθηση

2: Στο παρελθόν όταν έπρεπε να κάνεις κάτι που εξαρτιόταν από τη συνεργασία σου με άλλους, είχες την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
σίγουρα δεν θα γινόταν						σίγουρα θα γινόταν

3: Σκέψου ανθρώπους με τους οποίους έρχεσαι καθημερινά σε επαφή εκτός από αυτούς με τους οποίους αισθάνεσαι 'πολύ κοντά'. Πόσο καλά γνωρίζεις τους περισσότερους από αυτούς;

1	2	3	4	5	6	7
ποτέ δεν έχω αυτήν την αίσθηση						πάντα έχω αυτήν την αίσθηση

4: Έχεις την αίσθηση ότι στην πραγματικότητα δεν νοιάζεσαι για όσα συμβαίνουν γύρω σου. πολύ σπάνια ή ποτέ.....πολύ συχνά

1	2	3	4	5	6	7
πολύ σπάνια ή ποτέ						πολύ συχνά

5: Έχει συμβεί στο παρελθόν να εκπλαγείς από τη συμπεριφορά ανθρώπων που νόμιζες ότι γνώριζες καλά;

1	2	3	4	5	6	7
δεν συνέβη ποτέ						συνέβαινε πάντα

6: Έχει συμβεί να σε απογοητεύσουν άνθρωποι στους οποίους υπολόγιζες;

1	2	3	4	5	6	7
δεν συνέβη ποτέ						συνέβαινε πάντα

7: Η ζωή είναι:

1	2	3	4	5	6	7
γεμάτη						τελείως

ενδιαφέρον

ρουτίνα

8: Μέχρι τώρα η ζωή σου:

1	2	3	4	5	6	7
δεν είχε καθόλου ξεκάθαρους στόχους ή σκοπό						είχε ξεκάθαρους στόχους και σκοπό

9: Έχεις την αίσθηση ότι σου συμπεριφέρονται άδιστα;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ σπάνια ή ποτέ						πολύ συχνά

10: Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σου ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
γεμάτη αλλαγές χωρίς να ξέρεις τι θα επακολουθήσει						απόλυτα σταθερή και ξεκάθαρη

11: Τα περισσότερα πράγματα που θα κάνεις στο μέλλον θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
απολύτως συναρπαστικά						τελείως βαρετά

12: Έχεις την αίσθηση ότι βρίσκεσαι σε μια κατάσταση 'ξένη' προς εσένα και δεν ξέρεις τι να κάνεις;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

13: Ποια φράση περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπεις τη ζωή:

1	2	3	4	5	6	7
μπορεί πάντα κανείς να βρει λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής						δεν υπάρχει καμία λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής

14: Όταν σκέφτεσαι για τη ζωή σου, πολύ συχνά: νοιώθεις:

1	2	3	4	5	6	7
πόσο ωραίο είναι να είσαι ζωντανός						αναρωτιέσαι γιατί υπάρχεις

15: Όταν αντιμετωπίζεις ένα δύσκολο πρόβλημα,

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

η επιλογή λύσης:
σε μπερδεύει
και σε δυσκολεύει

είναι πολύ
ξεκάθαρη

16: Το να κάνεις τα πράγματα που κάνεις καθημερινά, είναι:

1	2	3	4	5	6	7
πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και απόλαυσης						πηγή πόνου και ανίας

17: Η ζωή σου στο μέλλον – κατά πάσα πιθανότητα – θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
γεμάτη αλλαγές, χωρίς να ξέρεις τι θα επακολουθήσει						απόλυτα σταθερή και ξεκάθαρη

18: Όταν συνέβαινε κάτι δυσάρεστο στο παρελθόν, είχε την τάση να:

1	2	3	4	5	6	7
νοιώθεις ότι σε 'τρώει' συνέχεια						να λες 'εντάξει έτσι είναι τα πράγματα πρέπει να ζήσω μα αυτό' και να συνεχίζεις

19: Έχεις πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

20: Όταν κάνεις κάτι που σου προκαλεί ευχαρίστηση:

1	2	3	4	5	6	7
είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσεις να αισθάνεσαι ωραία						είναι βέβαιο ότι θα συμβεί κάτι που θα χαλάσει το συναίσθημα αυτό

21: Συμβαίνει να νιώθεις μέσα σου συναισθήματα που θα προτιμούσες να μην τα ένιωθες;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

22: Προβλέπεις ότι η προσωπική σου ζωή στο μέλλον θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
τελείως χωρίς νόημα ή σκοπό						γεμάτη νόημα και σκοπό

23: Πιστεύεις ότι στο μέλλον πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους θα μπορείς να βασίζεσαι;

1	2	3	4	5	6	7
είσαι βέβαιος/η ότι θα υπάρξουν						αμφιβάλλεις ότι θα υπάρξουν

24: Συμβαίνει να έχεις την αίσθηση ότι δεν ξέρεις τι ακριβώς πρόκειται να συμβεί;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

25: Πολλοί άνθρωποι – ακόμα και αυτοί με ισχυρό χαρακτήρα – μερικές φορές αισθάνονται σαν χαμένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά ένοιωσες έτσι στο παρελθόν;

1	2	3	4	5	6	7
ποτέ						πολύ συχνά

26: Όταν κάτι συνέβαινε έβρισκες ότι σε γενικές γραμμές:

1	2	3	4	5	6	7
υπερεκτιμούσες ή υποτιμούσες τη σημασία του						έβλεπες τα πράγματα στις σωστές τους διαστάσεις

27: Όταν σκέφτεσαι τις δυσκολίες που πιθανώς θα αντιμετωπίσεις σε σημαντικούς τομείς της ζωής σου, έχεις την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
θα καταφέρνεις πάντα να υπερνικής τις δυσκολίες						δεν θα καταφέρνεις να υπερνικής τις δυσκολίες

28: Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι έχουν πολύ μικρό νόημα τα πράγματα που κάνεις στην καθημερινή σου ζωή;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

29: Πόσο συχνά έχεις την αίσθηση ότι δεν είσαι σίγουρος/η πως θα μπορέσεις να κρατήσεις τα πράγματα υπό έλεγχο;

1	2	3	4	5	6	7
πολύ συχνά						πολύ σπάνια ή ποτέ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΕΡΕΙΣΜΑΤΩΝ

Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό από το 1 έως το 4 που εκφράζει περισσότερο τις απόψεις σας

(1) « Στην οικογένεια μας μπορούμε να εκφράσουμε τα συναισθήματα μας»,

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

(2) « Στενοχωριόμαστε για πολλά πράγματα στην οικογένεια μας»,

1	2	3	4
διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ μέτρια	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ απόλυτα

(3) «Εμπιστευόμαστε ο ένας τον άλλο»

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

(4) « Τα ίδια προβλήματα επαναλαμβάνονται ξανά και ξανά»,

1	2	3	4
διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ μέτρια	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ απόλυτα

(5) «Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι συμπληρώνουν το ένα το άλλο»,

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

(6) « Το να πετύχουμε αυτό που θέλουμε φαίνεται δύσκολο για μας»,

1	2	3	4
διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ μέτρια	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ απόλυτα

(7) « Κάνουμε κριτική ο ένας στον άλλο»

1	2	3	4
διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ μέτρια	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ απόλυτα

(8) «Σαν οικογένεια μοιραζόμαστε κοινές αξίες και πιστεύω»,

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

(9)« Τα πράγματα πάνε καλά για μας ως οικογένεια»,

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

(10) «Τα μέλη της οικογένειας σέβονται το ένα το άλλο» ,

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

(11) « Υπάρχουν πολλές συγκρούσεις στην οικογένεια μας»

1	2	3	4
διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ μέτρια	συμφωνώ μέτρια	συμφωνώ απόλυτα

(12) «Είμαστε περήφανοι για την οικογένεια μας».

1	2	3	4
συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ μέτρια	διαφωνώ μέτρια	διαφωνώ απόλυτα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Τα παρακάτω Λύκεια και τμήματα τάξεων, πήραν μέρος στην έρευνα:

- 1^ο Λύκειο Κηφισιάς (Α2, Β1, Γ1)
- 2^ο Λύκειο Αμαρουσίου (Α3, Β1, Γ3)
- 1^ο Λύκειο Αγ. Βαρβάρας (Α1, Β2, Γ3)
- 3^ο Λύκειο Αχαρνών (Α2, Β1, Γ1)