



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΥ ΦΙΛΟΜΕΝΗ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ: ΧΑΪΝΤΣ ΕΛΕΝΑ
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: ΒΛΑΧΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ ΓΙΩΡΓΟΣ
ΒΑΒΟΥΓΥΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΗΣ

ΒΟΛΟΣ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΕΣ
Ευχαριστίες	2
Εισαγωγή	3
Τα Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας	4
Τα Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας	5
Αιτιολογία	6
Η Κλινική Εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας	20
Ιατρικές Επιπλοκές στην Ψυχογενή Ανορεξία	22
Θεραπεία	22
Η Κλινική Εικόνα της Ψυχογενούς Βουλιμίας	23
Ιατρικές Επιπλοκές στην Ψυχογενή Βουλιμία	24
Θεραπεία	25
Χαρακτηριστικά των οικογενειών με μέλος με ΔΠΤ	26
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	28
Έρευνες σε μαθητικό-εφηβικό πληθυσμό	32
Σκοπός και στόχοι της έρευνας	37
Μέθοδος προσέγγισης ή /και ανάπτυξης του θέματος	37
Το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26)	39
Το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (BITE)	41
Η Κλίμακα Εκτίμησης Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας (FACES)	42
Αποτελέσματα	46
Συζήτηση	70
Βιβλιογραφία	75
Παράρτημα	80

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την κα. Έλενα Χάιντς, Ψυχολόγο Ph.D., για την πολύτιμη συνεργασία μας, τις χρήσιμες οδηγίες και συμβουλές της, αλλά και την υποστήριξή της κατά την πραγμάτωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, που αποτέλεσε ένα ταξίδι με πολλά εμπόδια.

Ευχαριστίες προς τον κ. Κλεφτάρα Γιώργο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών της Συμβουλευτικής στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία, για την κατανόησή του και το ενδιαφέρον του, ώστε να ξεπεραστούν κάποιες διαδικαστικές ερευνητικές δυσκολίες.

Επίσης, από ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Βαβουγιό Διονύση, Αναπληρωτή Καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, και στον κ. Αβραμίδη Ηλία, Λέκτορα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για τον χρόνο τους και την καθοδήγηση που μου πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας και της στατιστικής τους ανάλυσης.

Ακόμα, ευχαριστώ την κα. Βλάχου Αναστασία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, που δέχτηκε να αναλάβει το ρόλο της επιβλέπουσας.

Πρέπει να ευχαριστήσω τους διευθυντές και τους καθηγητές των σχολείων που βοήθησαν ώστε να πραγματοποιηθεί η δειγματοληψία.

Τέλος, να μην ξεχάσω να ευχαριστήσω και όλους εκείνους, φίλους, συμφοιτητές και οικογένεια, που με ενθάρρυναν και μου συμπαραστάθηκαν ηθικά όλο το διάστημα της διεξαγωγής και συγγραφής αυτής της έρευνας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ήδη από τη δεκαετία του 1950 πολλοί επιστήμονες υποστήριζαν τη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων μορφών αλληλεπίδρασης στην οικογένεια και της ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Αυτές οι ιδέες ποτέ δεν κυριάρχησαν επιστημονικά καθώς το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί ιδιαίτερα στα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών και στα διαγνωστικά κριτήρια αυτών. Παρόλα αυτά, κλινικές παρατηρήσεις πολλών οικογενειών όπου τα παιδιά τους αναπτύσσουν κάποια διατροφική διαταραχή έχουν αναδείξει την ανάγκη να προσδιοριστούν κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ αυτών των οικογενειών. Επίσης, οι διατροφικές διαταραχές στην εφηβεία αποτελούν έναν εξαιρετικά ιδιαίτερο τομέα που χρειάζεται επιπλέον διερεύνηση για ποικίλους λόγους καθώς η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική και μέχρι σήμερα αδιευκρίνιστη. Ωστόσο, πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει με σκοπό την ανίχνευση της σχέσης παθολογικών συμπεριφορών διατροφής και του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος σε μη κλινικές ομάδες εφήβων.

Ακόμα, δεν πρέπει να αγνοούμε το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου και της οικογένειάς του πολυδιάστατα και αντιμετωπίζονται δύσκολα. Επιπλέον, φαίνεται ότι η συχνότητα εμφάνισης αυτών των διαταραχών αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και δεν θα ήταν συνετό να παραγκωνίζουμε και το ποσοστό θνησιμότητάς τους. Για τους παραπάνω λόγους, είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε αφενός τον αριθμό των ατόμων που εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές και αφετέρου να διερευνήσουμε ορισμένους παράγοντες στη λειτουργία της οικογένειας που υποδεικνύουν την εκδήλωσή τους.

Τέλος, έχει ιδιαίτερη σημασία η έγκαιρη ανίχνευση τους και η παραπομπή για θεραπεία, αλλά ταυτόχρονα και η πρόληψη αυτών των διαταραχών. Ωστόσο, από την βιβλιογραφική έρευνα διαπιστώνεται ότι υπάρχουν λίγες μελέτες για την εκτίμηση της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών στην Ελλάδα σε σχέση με τον τύπο λειτουργίας της οικογένειας ως συστήματος. Εμείς ελπίζουμε να τοποθετήσουμε το λιθαράκι μας στην ενίσχυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας που με τον καιρό ελπίζουμε ότι θα μετατρέψει την αποκτηθείσα γνώση σε εφαρμοσμένη πρακτική.

Τα Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας

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

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματός του στο επίπεδο ή άνω 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 αν έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει ως αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.

Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηνарχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων (μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

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

α) Περιοριστικός υπότυπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

β) Υπερφαγικός/ Καθαρτικός υπότυπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά DSM-IV (APA 1994)

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

(1) η κατανάλωση, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.

(2) αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τί και πόσο τρώει).

B. Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί ή αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών.

Δ. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

E. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Προσδιορίζονται δύο τύποι της ΨΒ:.

α) Καθαρτικός υπότυπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

β) Μη-καθαρτικός υπότυπος: 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 εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κατά τον Garner (1993), η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική και η εμφάνιση της είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσικοί (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες), ως Εκλυτικοί (Δυσαρέσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της αστιτίας και άλλοι) (Garner 1993).

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

α. Ατομικοί (Βιολογικοί και Ψυχολογικοί)

Ως προς τη γενετική προδιάθεση για νόσηση από ψυχογενή ανορεξία, οι ενδείξεις προέρχονται από μελέτες σε διδύμους όπου υπάρχει βαθμός συμφωνίας πάνω από 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και κάτω από 10% για τους διζυγωτικούς (Treasure και Holland 1995) ή η ύπαρξη στην οικογένεια Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής (Agras, Hammer & McNicholas, 1999), κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών, παχυσαρκίας, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999), Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας που μπορεί να συνεισφέρει μέσω μιας ειδικής ευαλωτότητας, ή μπορεί να παρεμβαίνει έμμεσα μέσω μιας προδιάθεσης για παχυσαρκία ή για κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πολύ πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία (Kaye 1995).

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων που είναι οι πλέον σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία (Garfinkel και Garner 1982). Οι διαταραχές που παρατηρούνται σε διάφορα συστήματα, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δευτεροπαθείς λόγω της αστιτίας. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει μια ιδιαίτερη διαταραχή στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (Kaye 1995).

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

Οι ανορεκτικές είναι έντρομες με την ιδέα ότι, αυτό που κάνουν, δε θα είναι και αρκετά καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την επιδιώκουν. Θέλουν να είναι άριστες σ' όλα όσα κάνουν. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τη θεώρησή τους όσα και αν κάνουν, ποτέ δεν είναι αρκετά. Βλέπουν τους άλλους πιο χαρισματικούς, πιο έξυπνους, πιο αποδεκτούς και πιστεύουν ότι τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους συμερίζονται τις απόψεις τους. Έτσι δεν είναι ποτέ ευτυχισμένες και βλέπουν τους εαυτούς τους αποτυχημένους. Σύμφωνα με τις περιγραφές του Slade (Slade, 1995), η τυπική περίπτωση του ατόμου που πιθανόν να νοσήσει από ψυχογενή ανορεξία είναι το εσωστρεφές και ευσυνείδητο παιδί με καλή συμπεριφορά που ποτέ δε θα δημιουργήσει προβλήματα στο σπίτι ή στο σχολείο. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι έχει υψηλή νοημοσύνη και ενδιαφέρεται υπερβολικά και σχολαστικά για την εξωτερική του εμφάνιση. Τα πιο χαρακτηριστικά και σταθερά στοιχεία της προσωπικότητάς του είναι η τελειοθρία και η ψυχαναγκαστικότητα. Και όταν αυτά τα χαρακτηριστικά εμπλέκονται με μια γενική έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή ή όταν το άτομο συναντιέται με τα γεγονότα ζωής χωρίς επαρκή προετοιμασία, τότε η ψυχογενής ανορεξία γίνεται μια «βιώσιμη εναλλακτική λύση». Το άτομο που πάσχει από ανορεξία, επικεντρώνοντας την προσοχή του σε μια προσπάθεια να μην παχύνει

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

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

Επίσης, στις ιστορίες τους υπάρχει αρκετά συχνά ιστορικό ψυχολογικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής κακοποίησης, μια ιδιοσυστασιακή φυσική ευαλωτότητα από την παιδική ηλικία (ιστορικό λοιμώξεων, σπασμών, χαμηλό βάρος γέννησης, γαστρεντερικές διαταραχές (Rastam, 1992), καθώς και μια τάση για πρόωμη ωρίμανση (τάση για παχυσαρκία, υψηλό ανάστημα) (Crisp, 1980).

Η ψυχαναλυτική θεωρία εστιάζει στην κατανόηση του συμπτώματος υπό το πρίσμα του ενδοψυχικού κόσμου του ασθενούς, παρέχοντας υποθέσεις για τη λειτουργία που επιτελεί η συμπτωματική συμπεριφορά για τον ίδιο. Σύμφωνα με την φροϋδική ψυχαναλυτική σκέψη, τα συμπτώματα της ανορεξίας και της βουλιμίας προκύπτουν από τις άμυνες του ατόμου απέναντι σε οιδιπόδειες φαντασιώσεις και επιθυμίες και συμβολίζουν τις επιθυμίες ενός παντοδύναμου ελέγχου στη μητέρα και ανταγωνισμού με τον πατέρα για την κατάκτησή του. Μεταγενέστερες του Freud οιδιπόδειες ερμηνείες που έχουν προταθεί για την ψυχαναλυτική κατανόηση του ανορεξικού και του βουλιμικού συμπτώματος, σχετίζονται με τον φθόνο του πέους και τη φαντασίωση του μικρού κοριτσιού ότι έχει πέος.

Τα ψυχοδυναμικά μοντέλα που εμπνέονται από τις θεωρίες της Klein και του Winnicott για τις αντικεμενοτρόπες σχέσεις, «χρεώνουν» τις ΔΠΤ σε αρχαϊκές δυσχέρειες στον αποχωρισμό του βρέφους από τη μητέρα του και στην αδυναμία δημιουργίας και χρήσης μεταβατικών αντικειμένων και εδραίωσης

αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Οι ασθενείς με ΔΠΤ δεν έχουν περάσει επιτυχώς τη διαδικασία αποχωρισμού από τη μητέρα τους (Farrell, 1995).

Ο Crisp (1980) θεώρησε ότι η ανορεξία πυροδοτείται από την ήβη. Το άτομο τρομοκρατείται από τις φυσιολογικές και συναισθηματικές αλλαγές που του συμβαίνουν και την συνειδητοποίηση της σεξουαλικότητας. Επομένως, προσπαθεί να σταματήσει αυτή τη διαδικασία λιμοκτονώντας.

Οι ρίζες των γνωσιακών-συμπεριφορικών μοντέλων της Ψυχογενούς Ανορεξίας ανάγονται στις κλινικές παρατηρήσεις της ψυχιάτρου Hilde Bruch. Με βάση τις κλινικές της παρατηρήσεις, η Bruch (1973) τόνισε τη σημαντικότητα του δυσπροσαρμοστικού τρόπου σκέψης στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η ίδια αντιλήφθηκε τον υποσιτισμό ως μία έκφραση της προσπάθειας της ασθενούς να επιτύχει αυτονομία, ικανότητα, έλεγχο και αυτοσεβασμό. Μεταγενέστερα, οι απόψεις της Bruch (1973) επαναπροσδιορίστηκαν και αναπτύχθηκαν από τους Garner και Bemis (1982). Η Vitousek (1993) αναφέρει ότι σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο, τα ανορεκτικά και τα βουλιμικά συμπτώματα διατηρούνται από ένα σύνολο υπερεκτιμημένων ιδεών για τις προσωπικές προεκτάσεις και τις επιπτώσεις που έχουν για την ασθενή το βάρος και το σχήμα του σώματός της. Η κεντρική πεποίθηση στις ασθενείς με ΔΠΤ, είναι ότι η αξία του εαυτού αναπαρίσταται στο βάρος και το σχήμα του σώματος. Σε μία σχετικά πρόσφατη προσπάθεια να διασαφηνιστούν οι διαδικασίες που μετέχουν στη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας οι Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) πρότειναν ένα νέο και υποσχόμενο γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο που εστιάζεται σε μία βαθιά ριζωμένη ανάγκη της ασθενούς για αυτο-έλεγχο και ειδικότερο για έλεγχο της τροφικής ανάλωσης.

Έως τώρα, η εικόνα του πατέρα εμφανίζεται σπάνια στη σχετική βιβλιογραφία, ενώ εκείνος παρουσιάζεται ως σκιώδης και απών (Neubauer, 1960). Αυτό είναι πιθανόν να οφείλεται στον προσανατολισμό της ψυχαναλυτικής αναζήτησης της πηγής των ΔΠΤ στο πρόσωπο της μητέρας. Η ανίχνευση όμως του ρόλου του «αόρατου» πατέρα στο πλαίσιο της ανορεξίας και της βουλιμίας θα μπορούσε να είναι αποκαλυπτική στα ψυχοδυναμικά μοντέλα των ΔΠΤ.

β. Οικογενειακοί

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

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

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

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

Ιστορικά οι οικογένειες των ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχουν κατηγορηθεί ως υπαίτιες για τα προβλήματα των παιδιών τους. Ο Gull (1874) θεωρούσε τις οικογένειες των ασθενών με ανορεξία ως «γενικά τους χειρότερους ακόλουθους» και πίστευε ότι οι ασθενείς είναι απαραίτητο να απομακρυνθούν από το οικογενειακό τους περιβάλλον προκειμένου να γίνουν καλά (Colahan & Robinson, 2002). Για έναν περίπου αιώνα από τότε που ο Lasègue (1873) σχηματοποίησε για πρώτη φορά την νευρική ανορεξία, η διαταραχή θεωρείτο μία μη-ειδική, αντιδραστική στο περιβάλλον νεύρωση των γυναικών, με τις ρίζες της στη δυσλειτουργική οικογένεια. Τα θεωρητικά μοντέλα και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της οικογενειακής θεραπείας στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ επικεντρώνονται στον παθολογικό ρόλο της οικογένειας που καθιστά το άτομο ευάλωτο στην εμφάνισή τους. Πυρήνας των οικογενειακών προσεγγίσεων είναι η «χρησιμοποίηση» των ΔΠΤ από τις ασθενείς σαν ένα μέσο για να εκφράσουν την ύπαρξη κάποιας δυσλειτουργίας στα πλαίσια της οικογένειάς τους, η οποία επίσης μπορεί να χρησιμοποιεί το σύμπτωμα ως ένα μέσο για να διατηρεί την ισορροπία της.

Ο Minuchin (1975) ως πρωτοπόρος της δομικής οικογενειακής θεραπείας, υποστήριξε το μοντέλο της «ψυχοσωματικής οικογένειας» σύμφωνα με το οποίο ένα συγκεκριμένο οικογενειακό πλαίσιο είναι αναγκαίο προκειμένου να αναπτυχθεί μία ΔΠΤ. Συγκεκριμένες οικογενειακές λειτουργίες και μοτίβα αλληλεπιδρούν με την παθολογική συμπεριφορά της νεαρής εφήβου, οι οποίες διακρίνονται από τέσσερα

χαρακτηριστικά: την υπερεμπλοκή, την υπερπροστασία, την αυστηρότητα και την αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων. Τα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας θεωρούνται ότι υποβοηθούν στη συντήρηση των παθολογικών αυτών οικογενειακών διεργασιών. Ο Minuchin (1978) τόνισε την ακραία μορφή εγγύτητας και έντασης στις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, όπου οι ατομικές διαφοροποιήσεις απουσιάζουν, με αποτέλεσμα το άτομο να χάνεται μέσα στο σύστημα και να έχει δυσκολία στην αποσύνδεση και στην επίτευξη της ατομικότητας.

Η Palazzoli (1974) εστίασε στην γονεϊκή υπερπροστατευτικότητα, στο φόβο του παιδιού για αυτονομία, στην οικογενειακή αξία της αυτοθυσίας, στην απόρριψη των μηνυμάτων μεταξύ των μελών και στην ανικανότητά τους να αναλάβουν την ευθύνη για οτιδήποτε πάει στραβά.

Πρόσφατες έρευνες επισημαίνουν την πιθανή σύνδεση ανάμεσα στη γονεϊκή υπερπροστατευτικότητα και τη μετέπειτα εκδήλωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Shoebridge & Gowers, 2000). Ειδικά ο ρόλος της μητέρας έχει λάβει ιδιαίτερο θεωρητικό και ερευνητικό ενδιαφέρον (Fassino et al., 2002, 2003; Selvini-Palazzoli, 1981). Οι μητέρες των ασθενών με ΔΠΤ έχουν χαρακτηριστεί ως «παθολογικές» (Selvini-Palazzoli, 1981), αν και ορισμένες μελέτες αδυνατούν να υποστηρίξουν επαρκώς τα υποθετικά αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας τους. Οι Fassino και συν. (2002, 2003) εντόπισαν στις μητέρες και στις κόρες χαμηλά επίπεδα ευθύτητας προς τον εαυτό τους, τα οποία εκφράζονταν με μία στάση έντονης κριτικής. Η αστάθεια του μητρικού χαρακτήρα θεωρείται ότι οδηγεί στην αποτυχία παροχής ενός υγιούς προτύπου για τις κόρες τους κατά την κρίσιμη περίοδο διαμόρφωσης της ταυτότητάς τους (Fassino et al., 2002; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnic, & Tocilj, 2005).

Αδύναμος, δίχως θέληση και επιμονή, περιγράφεται ο πατέρας των ασθενών με ΔΠΤ από τους Vidovic και συν. (2005). Η δημιουργία ισχυρής σχέσης ανάμεσα στον πατέρα και την κόρη είναι διακυβευμένη, καθ' ότι ο πατέρας τείνει να εγκαταλείπει στις στιγμές όπου παρουσιάζονται διαπροσωπικές ή ενδοοικογενειακές δυσκολίες και αποσύρεται από τον αναγκαίο προστατευτικό του ρόλο.

γ. Κοινωνικο-πολιτιστικοί Παράγοντες

Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που εμπεριέχει την αξία της λεπτότητας ως συνείδηση (Mumford και συν. 1991). Άλλοι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η τελειοθηρία, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, όπου καθημερινά προβάλλουν ένα γυναικείο πρότυπο το οποίο συνδυάζει την κομψότητα, το καλλίγραμμα σώμα, το όμορφο πρόσωπο και την ευφυΐα (Anastasio, Rose, & Chapman, 1999; Thompson & Heinberg, 1999), η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής (Katzman 1997).

Το σύγχρονο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο ορίζει το ιδανικό γυναικείο σώμα ως αδύνατο, με αποτέλεσμα όλο και περισσότερες γυναίκες να πιέζονται να ανταποκριθούν σε αυτό (Striegel-Moore et al., 1986). Οι σημερινές γυναίκες στη Δυτική κοινωνία, στην προσπάθειά τους να γίνουν αποδεκτές και όμορφες, να αποφύγουν την αρνητική κριτική από εξωτερικούς παράγοντες ή να μη χάσουν τα προσόντα που συνδέονται με την καλή εξωτερική εμφάνιση, οδηγούνται σε νοσηρές προσπάθειες αδυνατίσματος. Η σύγκρισή τους με τα μη-ρεαλιστικά πρότυπα ομορφιάς και λεπτότητας, τους δημιουργεί δυσαρέσκεια με το σώμα τους και πλήττει την αυτοπεποίθησή τους, αφού η απόσταση που τις χωρίζει από το τέλειο πρότυπο είναι συχνά μεγάλη, με αποτέλεσμα να χτίζονται οι νοσηρές βάσεις για την εμφάνιση των ΔΠΤ.

Η σύγχρονη φεμινιστική θεωρία αντιλαμβάνεται τη δυσαρέσκεια με το σώμα ως ένα κοινωνικό φαινόμενο και όχι ως αποτέλεσμα της παθολογίας της γυναίκας. Στη σημερινή κοινωνία, το σώμα της γυναίκας κρίνεται από τη νεαρή της ηλικία, δεχόμενο επιβράβευση ή κριτική, ανάλογα με το βαθμό στον οποίο συγκλίνει ή όχι με το υπάρχον πρότυπο. Τα νεαρά κορίτσια αρχίζουν να αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως ένα σώμα που βλέπεται και που οι άλλοι κοιτούν, προσπαθώντας αγωνιωδώς να αποφύγουν μία ενδεχόμενη αρνητική κριτική ή ακόμη και απόρριψη που караδοκεί. Σύμφωνα με την θεωρία του McKinley (1998), η αντικειμενικοποίηση της συνείδησης του σώματος αποτελείται από την εσωτερίκευση των πολιτισμικών κριτηρίων, την παρακολούθηση του σώματος και τις πίστεις που αναφέρονται στον έλεγχο της εμφάνισης. Η εσωτερίκευση των πολιτισμικών κριτηρίων αναφέρεται στη

διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα εσωτερικεύει τα κοινωνικά κριτήρια εμφάνισης σε τέτοιο βαθμό, ώστε αυτά να γίνονται μέρος της ψυχικής της εσωτερικής διεργασίας, ενώ τα πιστεύω ελέγχου εμφάνισης αναφέρονται στο βαθμό πίστης μίας γυναίκας ότι μπορεί να πλησιάσει τα πολιτισμικά κριτήρια για το σώμα της. Η έκταση της ντροπής για το σώμα έχει χρησιμοποιηθεί ως ένδειξη του βαθμού εσωτερίκευσης των πολιτισμικών κριτηρίων. Η μεγαλύτερη ντροπή με το σώμα έχει σχετιστεί με υψηλότερη αποδοχή των πολιτισμικών κριτηρίων, ενώ τα πιστεύω ελέγχου της εμφάνισης έχουν συσχετιστεί με συχνότερο περιορισμό του φαγητού (McKinley, 1999).

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση των διατροφικών προβλημάτων αποτελεί η επιρροή των συνομηλίκων. Ιδιαίτερα κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία, οι φίλοι και οι συνομηλικοί αποτελούν το στενότερο κοινωνικό περίγυρο, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Κοινωνικά κριτήρια όπως το να είναι κανείς αδύνατος για να αρέσει, είναι ένα από τα μηνύματα που άρρητα διαχέονται ως επιτακτικές προσδοκίες από το ένα παιδί στο άλλο στη μικρή κοινωνία του σχολείου (Crandall, 1988). Από τα πρώτα σχολικά χρόνια, τα παιδιά δέχονται υψηλές πιέσεις από τον περίγυρό τους να αδυνατίσουν και έρχονται συχνά για πρώτη φορά σε επαφή με τον όρο «δίαιτα» στα σχολικά τους χρόνια.

Μία σειρά μελετών αναδεικνύουν το πείραγμα ως βασικό αιτιολογικό παράγοντα στην έναρξη των προβλημάτων σε σχέση με τη διατροφή και την αρνητική εικόνα του σώματος ενός παιδιού. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα υπέρβαρα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχθούν πειράγματα και στιγματιστικές συμπεριφορές σχετικά με το βάρος τους, καθ' όσον τα παιδιά αυτά «παραβιάζουν» τις νόρμες σχετικά με την ιδεώδη εξωτερική εμφάνιση. Οι έρευνες κατανοούν τη δυσαρέσκεια με το σώμα ως μία αναγκαία προϋπόθεση για την εμφάνιση και την εκδήλωση των ΔΠΤ.

Μία ολοκληρωμένη κατανόηση λοιπόν των ΔΠΤ προϋποθέτει, αν μη τι άλλο, την ενδελεχή διερεύνηση του νοητικού χάρτη του ασθενούς και της αλληλεπίδρασής του με τις σύγχρονες κοινωνικές αρνητικές επιρροές, η οποία θα συμβάλλει και στην εφαρμογή αντίστοιχων αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων.

Εκλυτικοί Παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η περιοριστική δίαιτα μπορεί να προκαλέσει ψυχογενή ανορεξία σ' αυτούς που έχουν ευαλωτότητα (Hsu, 1990). Η δίαιτα υποκινείται είτε εξαιτίας του ότι μια έφηβη αισθάνεται συνήθως «παχουλιά», είτε λόγω σχολίων από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα εκλυτικό αίτιο σε κάποιες περιπτώσεις (Rastam, 1992). Υποστηρίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία έχει έναν εποχιακό τύπο εκδήλωσης, αντίστοιχο μ' αυτό των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών (Nielsen, 1992). Όσον αφορά τις δεξιότητες στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων φαίνεται ότι είναι ανεπαρκείς στους ανορεκτικούς, καθόσον η ψυχογενής ανορεξία αναδύεται ως απάντηση σε νέες εμπειρίες όπως η εφηβεία, η εγκατάλειψη του σπιτιού, η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο. Επίσης δυσμενή γεγονότα ζωής έχουν αναγνωρισθεί ως δυνητικά εκλυτικά αίτια, ειδικά σε ασθενείς με όψιμη έναρξη (Mynors-Wallis και συν., 1992).

Τέλος, ως παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της διαταραχής έχουν θεωρηθεί και οι δραστηριότητες που εστιάζουν στο βάρος και στην εμφάνιση (π.χ. γυμναστική). Έχει βρεθεί ότι χορεύτριες του μπαλέτου εμφανίζουν επικράτηση ψυχογενούς ανορεξίας 4 με 25 φορές υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό (Walsh & Cameron, 2005). Η βιβλιογραφία δείχνει ότι και οι ανορεκτικοί και οι βουλιμικοί χρησιμοποιούν την άσκηση για τον έλεγχο του βάρους τους (Le Grange & Eisler, 1993, Davis et al., 1997).

Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)

Είναι ενδιαφέρον για την κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας να επισημανθεί ότι, πρώτον τα συμπτώματα που παλαιότερα εθεωρούντο ότι αντανακλούν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, αναγνωρίζονται τώρα, ως κοινά σε λιμοκτονούντες ασθενείς, ανεξαρτήτως του αιτίου της αστίας και δεύτερον ότι η αστία καθεαυτή οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα που εν συνεχεία παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στη διαιώνιση της διαταραχής (Garfinkel και Garner, 1982). Έτσι, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε δίαιτα με σκοπό την ανάκτηση της αυτοεκτίμησης, η αστία προκαλεί περαιτέρω αποδιοργάνωση της διάθεσης. Η αστία αυξάνει την υπερενασχόληση με τις τροφές καθιστώντας τον έλεγχο της πρόσληψής τους ακόμη περισσότερο επιτακτικό και αναγκαίο. Η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η

μειωμένη γαστρική κινητικότητα ενισχύουν την αίσθηση πληρότητας του στομάχου και επομένως συμβάλλουν στην περαιτέρω μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής (Stacher και συν., 1992). Υπάρχουν επίσης ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες που συντηρούν τη διαταραχή. Τα συμπτώματα μπορεί να προκαλούν μέσω θετικής επανατροφοδότησης (feed-back), σταθεροποίηση στα οικογενειακά και ψυχολογικά συστήματα ή μπορεί να διασώζουν τις ισορροπίες εκτρέποντάς την εστίαση μακριά από δυσάρεστες περιοχές (Vandereyken, 1990).

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

Προδιαθεσικοί παράγοντες

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

Σε κάποιες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επεισοδίων υπερφαγίας και αντιρροπιστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών και της δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Έχει βρεθεί επίσης ότι τα επίπεδα των ενδορφινών στο αίμα είναι αυξημένα σε ορισμένους ασθενείς που κάνουν εμέτους.

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

Τα στοιχεία προσωπικότητας που κυριαρχούν στους βουλιμικούς ασθενείς είναι η παρορμητικότητα (υπερβολική σπατάλη χρημάτων, κλοπές καταστημάτων, σεξουαλικές εκδραματίσεις, αυτοακρωτηριασμοί), η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, μικρός έλεγχος των ενορμήσεων, χρόνια κατάθλιψη, συμπεριφορές εκδραμάτισης και ελάχιστη αντοχή στη ματαίωση (Wonderlich, 1995). Στους βουλιμικούς ασθενείς παρατηρούνται διασχιστικά συμπτώματα, σεξουαλικές παρεκκλίσεις και απόπειρες αυτοκτονίας (Mitchell και συν., 1985). Ως προς τη συνυπάρχουσα ψυχιατρική νοσηρότητα (συννοσηρότητα) σε ασθενείς με ψυχογενή

βουλιμία παρατηρούνται η δραματική, η ναρκισσιστική και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας με συχνότερη την οριακή διαταραχή (2-47%) και έχουν αναφερθεί αυξημένα ποσοστά Μείζονος Κατάθλιψης (46%), αγχωδών διαταραχών (43%), εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (49%) και διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (12%) (Steere και συν., 1990, Halmi και συν., 1991).

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

Το πιο σύγχρονο γνωστικό μοντέλο διατήρησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι το μοντέλο των Cooper, Wells, και Todd (2004). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ενεργοποίηση και η διατήρηση των βουλιμικών επεισοδίων λαμβάνει χώρα στα πλαίσια του ακόλουθου μηχανισμού: ένας πυροδοτικός παράγοντας ενεργοποιεί μία ή περισσότερες αρνητικές πίστεις της ασθενούς για τον εαυτό της (π.χ. «δεν είμαι αρεστή», «δεν είμαι αγαπητή, «είμαι αποτυχημένη»), ένα φάσμα αυτόματων αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με την αποδοχή του ατόμου από τους άλλους ή τον εαυτό του, καθώς και έντονα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και ενοχής. Η λήψη του φαγητού ταυτόχρονα αποτρέπει αλλά αποτελεί ταυτόχρονα και έναν τρόπο διαχείρισης των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων μέσω της μείωσης της υπερδιέγερσης. Το βίωμα αυτονομηματοδοτείται θετικά από την ασθενή και ενισχύεται μέσα από μία σειρά θετικών πίστεων για το φαγητό.

Οι έρευνες στην διεθνή βιβλιογραφία φανερώνουν ότι τα άτομα με βουλιμία πιέζονται να είναι αδύνατα από τον περίγυρό τους και ιδιαίτερα από την οικογένειά τους, περισσότερο από τα υγιή άτομα (Woodside, Bulik, Halmi, Fichter, Kaplan, Berrettini, Strober, Treasure, Lilienfeld, Klump, & Kaye, 2002). Σε έρευνες σε μικρά κορίτσια η αρνητική κριτική από την οικογένεια και ιδιαίτερα από τη μητέρα έχει συσχετιστεί με τη δυσαρέσκεια με το σώμα (Smolak, Levine, & Schermer, 1999;

Thelen & Cormier, 1995). Τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν περιορισμούς απέναντι στο φαγητό ήταν πιθανότερο να αναπτύξουν συμπεριφορές όπως είναι η πολυφαγία, απ' ό,τι τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν είχαν περιορισμούς απέναντι στο φαγητό (Fisher & Birch, 1999). Ένας από τους λόγους για τους οποίους ορισμένοι γονείς συχνά καταφεύγουν σε περιοριστικές πρακτικές γύρω από το φαγητό, είναι όταν αντιλαμβάνονται το παιδί τους είναι παχύσαρκο ή όταν φοβούνται ότι μπορεί να γίνει παχύσαρκο (Birch & Fisher, 2000; Francis, Hofer, & Birch, 2001). Συχνά, τα προβλήματα με τη λήψη τροφής ακολουθούν ένα συνεχιζόμενο μοτίβο στις μητέρες και τις κόρες, με τη συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο φαγητό να αντανακλάται και στη συμπεριφορά της κόρης (Hill & Franklin, 1998). Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία αντιλαμβάνονται ότι η φροντίδα του πατέρα τους είναι ανεπαρκής σε σχέση με την φροντίδα της μητέρας τους (Fassino et al., 2003).

Το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με βουλιμία έχει συνδεθεί με επιθετική αλληλοεμπλοκή, αμοιβαία αλληλοκατηγορία, έλεγχο μεταξύ της κόρης και των γονέων και αντιδραστικό θυμό ανάμεσα στη μητέρα και την κόρη (Humphrey, 1989). Οι προσπάθειες της κόρης να αυτονομηθεί και να διεκδικήσει τις δικές της ξεχωριστές ανάγκες υπονομεύονται από έναν μηχανισμό εχθρικής υποταγής απέναντι στους γονείς. Σύμφωνα με τους Fassino και συν. (2003), η οικογένεια αποτελεί το πλαίσιο για ανώριμες και συγκεχυμένες δυναμικές σχέσεων, οι οποίες ευθύνονται για την εμφάνιση ψυχοτραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι το επικρατών οικογενειακό κλίμα γίνεται αντιληπτό από το παιδί ως δυσλειτουργικό, μη-στοργικό και αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης για την εκδήλωση ΔΠΤ.

Συνολικά, ο παθογενετικός ρόλος της οικογένειας έγκειται στην περιορισμένη ψυχολογική ανεξαρτησία κάθε μέλους της και στους ισχνά καθορισμένους ρόλους, με αποτέλεσμα να υπερτερεί ένα μη-ευνοϊκό περιβάλλον για υγιή προσωπική ανάπτυξη. Οι ασθενείς με βουλιμία περιγράφουν τις οικογένειές τους ως μη-συνοχικές και μη-οργανωμένες, με απουσία παροχής φροντίδας και τρυφερότητας και με αλληλοσυγκρουόμενες σχέσεις ανάμεσα στα μέλη τους, σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία οι οποίοι περιγράφουν τις οικογένειές τους ως συνοχικές, σταθερές και οργανωμένες, αλλά με χαμηλότερα επίπεδα ανοχής στις συγκρούσεις (Vidovic et al., 2005).

Εκλυτικοί Παράγοντες και Επιβαρυντικοί Παράγοντες

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

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

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

γεγονότων, αλλά σταδιακά, η διαταραχή επεκτείνεται, καλύπτει και σταματά ολόκληρη τη ζωή, την ίδια τη ζωή.

Η Κλινική Εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η Ψυχογενής Ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και από την ανυποχώρητη επιδίωξη της ασθενούς να είναι λεπτή. Η διαταραχή μπορεί να γίνει κατανοητή ως ένας παράλογος φόβος για το πάχος ή όπως το ονόμασε ο Russell (1970) ως «νοσηρός φόβος του πάχους», ο οποίος οδηγεί το άτομο σε έναν σκόπιμο αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό της πρόσληψης της τροφής του και σε μία τέτοια επιλογή της ποσότητας και της ποιότητας των τροφών, ώστε εκείνο να οδηγείται σε μία απώλεια βάρους και απίσχυανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φτάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η καταναγκαστική σωματική άσκηση διατηρεί το χαμηλό βάρος των ασθενών, ενώ σε μικρό ποσοστό γίνεται χρήση διουρητικών, καθαρτικών ή αυτοπροκαλούμενου εμετού. Μόλις η απώλεια βάρους επιτευχθεί, όχι απλά η συμπεριφορά δεν θεωρείται πρόβλημα για την ίδια την ασθενή, αλλά αντίθετα, το χαμηλό της βάρος το αξιολογεί ως επίτευγμα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει περιορισμένο κίνητρο για αλλαγή. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την αυστηρή δίαιτα, κατά την οποία τα φαγητά που θεωρεί παχυντικά τα αποκλείει από το διαιτολόγιό της.

Οι ασθενείς αναπτύσσουν συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διατροφή, όπως το να κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού. Συνήθως τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν πολύ χρόνο στην προσπάθειά τους αναδιατάζουν την τροφή στο πιάτο τους. Όταν οι ασθενείς δέχονται παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά τους σε σχέση με το φαγητό, συνήθως δεν αποδέχονται το μη- φυσιολογικό της συμπεριφοράς τους και αρνούνται κάθε συζήτηση για το πρόβλημα (Fairburn, 1997). Ο έντονος φόβος να πάρουν βάρος είναι εμφανής σε όλες τις ασθενείς, με αποτέλεσμα εκείνες να μην έχουν ενδιαφέρον για οποιαδήποτε θεραπευτική πρόταση (Μαδιανός, 1997).

Σε ορισμένες ασθενείς με ανορεξία, ο περιορισμός της ληφθείσας τροφής ενεργοποιείται και από άλλες ψυχολογικές διεργασίες, όπως είναι ο ανταγωνισμός και η αυτοτιμωρία (Beumont, 2002). Κατά τους Westen και Harnden-Fisher (2001) οι ασθενείς εκδηλώνουν έναν περιορισμό απέναντι στην ευχαρίστηση, τις βαθύτερες ανάγκες τους, τα συναισθήματα, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, την αυτογνωσία, τη

σεξουαλικότητα και το βάθος με το οποίο κατανοούν τους άλλους. Συνήθως αισθάνονται κενές, χρόνια δυσφορικές, καταθλιμμένες, ανεπαρκείς και ανηδονικές. Παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά αυτοτραυματιστικών συμπεριφορών, όπως και οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία (Mitchell, 1992), π.χ. τράβηγμα του τριχωτού της κεφαλής, κόψιμο και πρόκληση μωλώπων (Claes, Vandereycken, & Verommen, 2001).

Η ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης όπως είναι η ευερεθιστότητα, η εναλλαγή της διάθεσης, η διαταραγμένη συγκέντρωση, η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια της σεξουαλικής όρεξης και οι έμμονες ιδέες έχουν επίσης επισημανθεί στη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Fairburn και Harrison (2003), τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης επιδεινώνονται με τη μείωση του βάρους και καλυτερεύουν κατά την ανάκτησή του. Οι Becker, DeViva, και Zayfert (2003) ανέφεραν υψηλά ποσοστά συσχέτισης ανάμεσα στην κοινωνική φοβία, τη μετατραυματική διαταραχή και τις ΔΠΤ.

Παρά τη λατινική ρίζα της λέξης, η νευρική ανορεξία, “anorexia nervosa”, δηλαδή «νευρική απώλεια της όρεξης», δεν σημαίνει πραγματική απώλεια της όρεξης. Αντίθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία αποκτούν μία πλήρη και αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό, ενώ συχνά βιώνουν οξείες κρίσεις πείνας. Η Ψυχογενής Ανορεξία έχει ερμηνευτεί ως μία αγχώδης αποφυγή της πρόσληψης βάρους, ως μία εμμονή με το σχήμα και το βάρος του σώματος και ως ένας εμμένων ψυχαναγκασμός γύρω από τον έλεγχο της πρόσληψης τροφής και του σωματικού βάρους. Μάλιστα ο Collier (2002) έχει θεωρήσει την Ψυχογενή Ανορεξία ως μία πρωτογενή διαταραχή του άγχους και του ελέγχου των παρορμήσεων, παρά του φαγητού. Η σχέση ανάμεσα στη Ψυχογενή Ανορεξία και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή άλλωστε είναι ιδιαίτερα συναφής, λόγω της υψηλής τους συνοσηρότητας (Zaider, Johnson, & Cockell, 2000), των επικαλυπτόμενων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των νευροβιολογικών ομοιοτήτων τους (Wilson, 1999).

Ιατρικές επιπλοκές στην Ψυχογενή Ανορεξία

Μία από τις επικίνδυνες διαστάσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι η σοβαρότητα των οργανικών επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει. Σύμφωνα με τους Leonard και Mehler (2001), οι σημαντικότερες ιατρικές επιπλοκές που συνδέονται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι: (1) δερματολογικές, (2) γαστρεντερικές, (3) ενδοκρινολογικές, (4) αιματολογικές, (5) καρδιαγγειακές οι οποίες ευθύνονται για το 50% των θανάτων που σχετίζονται με την ασθένεια, (6) σύνδρομο επανασίτισης (“refeeding syndrome”): μία από τις επικινδυνότερες περιόδους που παρουσιάζουν κίνδυνο καρδιακών επιπλοκών είναι οι πρώτες φάσεις της επανασίτισης των ασθενών με ανορεξία, οι οποίες στοχεύουν στην ανάκτηση του βάρους τους. Η επιθετική επανασίτιση και ιδιαίτερα υδατανθράκων και υγρών στην ασθενή με ανορεξία, μπορεί να δημιουργήσουν κατακράτηση υγρών, υποφωσφαταιμία και καρδιακή ανεπάρκεια, (7) αμηνόρροια. Η έμμηνος ρύση επιστρέφει μέσα σε έξι μήνες στις περισσότερες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όταν ανακτήσουν το φυσιολογικό τους βάρος, (8) οστεοπόρωση, η οποία πλήττει το 50% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και συνθέτει μία από τις σοβαρότερες κλινικές επιπλοκές της διαταραχής.

Οι παραπάνω ιατρικές επιπλοκές είναι δευτερογενείς στις διαταραγμένες συμπεριφορές των ασθενών στη λήψη τροφής και στο μειωμένο σωματικό τους βάρος. Ορισμένες επιπλοκές είναι αναστρέψιμες με την επαναφορά των ασθενών στο φυσιολογικό τους βάρος. Ωστόσο θα πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο, εξαιτίας της υπερβολικής νηστείας των ασθενών, της έκτασης της σοβαρότητας των συνδεόμενων ιατρικών επιπλοκών ή της αυξημένης πιθανότητας απόπειρας αυτοκτονίας που είναι εγγενής στη διαταραχή. Σύμφωνα με τις έρευνες, πάνω από το 10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία πεθαίνουν (Garfinkel & Garner, 1987).

Θεραπεία

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

βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι επιπλέον στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν:

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

Η Κλινική Εικόνα της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία στην προσπάθειά τους να ελέγξουν το βάρος τους ενδίδουν σε επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας και σε αντιρροπιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους τους. Συχνά μάλιστα περιγράφουν τους εαυτούς τους ως «αποτυχημένες ανορεξικές» (Fairburn & Harrison, 2003).

Το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται τα συχνότερα αίτια που πυροδοτούν τα επεισόδια βουλιμίας (Heatherton & Baumeister, 1991; Ruderman, 1985). Σύμφωνα με μία έρευνα, η πειραματικά εκλυόμενη δυσφορία οδηγεί τα άτομα με χρόνια περιορισμό της τροφής να τρώνε περισσότερο από τα άτομα που νιώθουν δυσφορία αλλά δεν περιορίζουν το φαγητό τους (Ruderman, 1985). Επιπροσθέτως, τα βουλιμικά επεισόδια θεωρείται ότι επιτρέπουν στην ασθενή να ρυθμίζει τα διάσπαρτα

συναισθήματά της (Steinberg, Tobin, & Johnson, 1989). Σύμφωνα με τον Fairburn (1999) άλλα άμεσα αίτια των βουλιμικών επεισοδίων είναι: (α) το αίσθημα υπερβολικού βάρους, (β) οι μικρές αυξήσεις του σωματικού βάρους, (γ) η δίαιτα, λόγω της σωματικής και της ψυχολογικής στέρησης που προκαλεί, (δ) η παραβίαση ενός διαιτητικού κανόνα, η οποία ερμηνεύεται από την ασθενή ως ένδειξη απώλειας ελέγχου, (ε) η ένταση, (στ) η σκέψη του φαγητού, (ζ) η έλλειψη οργάνωσης χρόνου και η πλήξη, (η) η απομόνωση και η μοναξιά, (θ) η προεμμηνορρυσιακή υπερένταση, η οποία αποτελεί το εύφορο έδαφος για την αρνητική παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων, και (ι) η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών η οποία συμβάλλει στην άρση αναστολών.

Στην αρχή οι ασθενείς βιώνουν μία κατάσταση στην οποία νιώθουν ευερέθιστες και αβοήθητες στην έντονη ανάγκη τους να καταναλώσουν απαγορευμένες τροφές. Σταδιακά χάνουν τον έλεγχο των ορίων στην ποσότητα και στο είδος της τροφής (Levine, 1987). Κατά τη διάρκεια ενός βουλιμικού επεισοδίου, κατακλύζονται από ευχάριστα συναισθήματα, τα οποία όμως στη συνέχεια μετατρέπονται σε αρνητικά. Μετά από μία μεγάλη και ταχεία κατανάλωση τροφής, αισθάνονται αηδία, κυριεύονται από τύψεις για τη βουλιμία και για την «αδυναμία» που νιώθουν ότι έδειξαν στη δύσκολη στιγμή (Mizes, 1995). Νιώθουν επίσης έντονο φόβο για πιθανές αλλαγές στο σχήμα και στο βάρος του σώματός τους (Fairburn, Cooper, & Cooper, 1986 στο Παπακώστας, 1994).

Ιατρικές επιπλοκές στην Ψυχογενή Βουλιμία

Σύμφωνα με τους Lasater και Mehler (2001), οι κυριότερες ιατρικές επιπλοκές στη Ψυχογενή Βουλιμία είναι: (1) ηλεκτρολυτικές (π.χ. υποκαλιαιμία η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση), (2) ενδοκρινολογικές, (3) στοματικές (π.χ. ξηροστομία, χειλίτιδα, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, φθορά της αδαμαντίνης των δοντιών), (4) γαστρεντερικές (π.χ. οισοφαγίτιδα, οισοφαγική ρήξη, δυσπεψία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, χρόνια δυσκοιλιότητα και διάρροια από τη συχνή χρήση καθαρτικών), (5) καρδιαγγειακές (π.χ. αρρυθμίες, καρδιομυοπάθειες και πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας), (6) υπερφαγία (η οποία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει γαστρική ρήξη, ναυτία, πόνους στην κοιλιακή χώρα και αύξηση του βάρους).

Οι παραπάνω ιατρικές επιπλοκές είναι δευτερογενείς στις αντιρροπιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία και ορισμένες θεωρούνται αναστρέψιμες με την θεραπεία της πρωτογενούς διαταραχής (Lasater & Mehler, 2001).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ασθενείς με βουλιμία είναι τόσο απελπισμένες να ελέγξουν το βάρος τους που καταφεύγουν σε οτιδήποτε μπορεί να τους φανεί χρήσιμο απέναντι στον σκοπό τους, όπως π.χ. το κάπνισμα, που λειτουργεί ως μέσο αποφυγής της τροφής. Έρευνες φέρνουν στο φως τη σύνδεση της Ψυχογενούς Βουλιμίας με την κατάθλιψη και την ασιτία (Leassle, Schweiger, & Pike, 1988), όπως επίσης και τη σχέση της με τη μανιοκατάθλιψη (Strober & Katz, 1988), τη δυσθυμία (Zaider et al., 2000), τις αγχώδεις διαταραχές (Bulik et al., 1996; Kaye et al., 1998; Becker et al., 2003) και ιδιαίτερα την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Crino & Andrews, 1996), την κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών (Bulik, Sullivan, Carter, & Joyce, 1997; Holderness, Brooks-Gunn, & Warren, 1994) και τις διαταραχές προσωπικότητας (Ames-Frankel, Devlin, Walsh, Strasser, Sadik, Oldham, & Roose, 1992).

Θεραπεία

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

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

7). Πρόληψη των υποτροπών, καθόσον η πορεία της νόσου, χαρακτηρίζεται από περιόδους υφέσεως, εξάρσεως.

Χαρακτηριστικά των οικογενειών με μέλος με ΔΠΤ

Ως προς τον παράγοντα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την οικογένεια των ανορεξικών εφήβων ως «συναινετικά ευαίσθητη» και των βουλιμικών ως «απόμακρα ευαίσθητη» (Reiss, 1971). Συνήθως, οι γονείς ανορεξικών εφήβων παρουσιάζονται ως πολύ χαλαροί απέναντι στα παιδιά τους, με μια απουσία ορίων στο όνομα του εκσυγχρονισμένου γονικού ρόλου. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι γονείς εφήβων με νευρική ανορεξία δείχνουν να ενδιαφέρονται για το παιδί τους, αλλά στην πραγματικότητα είναι απορροφημένοι στα δικά τους θέματα. Φροντίζουν να ικανοποιούν τις υλικές ανάγκες των παιδιών, αλλά απουσιάζει η ουσιαστική επικοινωνία και η επικέντρωση στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών. Οι οικογένειες με ανορεξικούς εφήβους περιγράφονται ως περισσότερο αυστηρές στην οργάνωση τους συγκριτικά με τις αυτοαναφορές των εφήβων, με δυσδιάκριτα διαπροσωπικά όρια και με τάση να αποφεύγονται οι ανοικτές συζητήσεις και οι διαφωνίες μεταξύ γονέων και παιδιών, ενώ επίσης παρατηρείται και παγιδευτική εμπλοκή, σύγχυση ρόλων, υπερπροστασία, ακαμψία και αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων (Minuchin και συν., 1978). Επίσης, οι ίδιοι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την οικογένειά τους ως έχοντας συνοχή και όχι συγκρουσιακή (Minuchin et al., 1978, Goldstein, 1981).

Από την άλλη παρατηρήθηκε ότι στις οικογένειες των βουλιμικών υπάρχει έντονη διαπροσωπική οριοθέτηση, ασταθής οικογενειακή οργάνωση, και λιγότερη αποφυγή διαφωνιών. Οι βουλιμικοί εξάλλου περιγράφονται ως άτομα με θυμό υποταγμένα σε γονείς εχθρικούς και αδιάφορους. Οι οικογένειες αυτές είναι λιγότερο κλειστές με περισσότερες συγκρουσιακές σχέσεις. Στην προβληματική οικογενειακή ιστορία των εφήβων με βουλιμία, κυριαρχεί η αδιαφορία και η ελλιπής φροντίδα κυρίως εκ μέρους τα μητέρας και ένας υπερπροστατευτισμός εκ μέρους του πατέρα. Οπότε το σχήμα που δημιουργείται μέσα στον βουλιμικό έφηβο είναι «μια οικογένεια που ασκεί έλεγχο χωρίς αγάπη» (Walter Vandereycken, 2002). Οι οικογένειες των βουλιμικών εκδηλώνουν χαμηλά επίπεδα υποστήριξης και συνοχής και υψηλά επίπεδα βίαιων και συγκρουσιακών εμπειριών (Fairburn, Welch & Doll, 1997). Παρόμοια, οι οικογένειες με ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία εκδηλώνουν

περισσότερες οικογενειακές διαμάχες και μεγαλύτερη άσκηση ελέγχου (Hodges, Cochrane & Brewerton, 1998). Οι ίδιοι οι ασθενείς περιγράφουν την οικογένειά τους ως μη συνοχική, συγκρουσιακή και με προβλήματα στην οργάνωσή της (Strober, 1981, Garner et al., 1985).

Όσον αφορά στην επεισοδιακή υπερφαγία, τα μέλη της οικογένειας φαίνεται να αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους για συναισθηματική υποστήριξη δεν αναγνωρίζονται. Αυτές οι ανάγκες για συναισθηματικότητα και φροντίδα συνδυάζονται με φτωχή ικανότητα για διαχείριση των εντάσεων και της εκδήλωσης των συναισθημάτων και με έλλειψη μιας σταθερής δομής και οργάνωσης (Strober et al., 1981, Johnson, Lewis & Hagman, 1987). Επίσης, η εχθρότητα και η έλλειψη συνοχής είναι χαρακτηριστικά που συναντώνται (Strober & Humphrey, 1987, Johnson & Connors, 1987).

Οι Lundholm και Waters (1991) υποστηρίζουν ότι όσο η οικογενειακή δυσλειτουργία αυξάνεται, τόσο εντείνονται και οι προβληματικές διατροφικές συνήθειες. Από την άλλη, η υγιής λειτουργία της οικογένειας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που προβλέπουν καλή βραχύχρονη εξέλιξη των εφήβων με νευρική ανορεξία (North et al., 1997, Saccomani, Savoini, Cirrincione, Vercellino & Favera, 1998). Επιπλέον, η οικογενειακή εγγύτητα σχετίζεται με ευνοϊκότερα αποτελέσματα στους παχύσαρκους εφήβους (Mellin et al., 2002, Resnick et al., 1997, 2002). Εξαιτίας της αυξανόμενης επικράτησης των διατροφικών διαταραχών και το ρόλο κλειδί που διαδραματίζει η οικογένεια στην συναισθηματική, προσωπική και γνωστική ανάπτυξη των παιδιών (Golan & Crow, 2004), είναι κρίσιμης σημασίας να ερευνηθεί αυτή η σχέση, καθώς παρεμβάσεις που εμπλέκουν και τους γονείς μπορούν να θεωρηθούν αποδοτικές στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών (Kluck, 2008).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στις ΔΠΤ η αυτοεικόνα και η αυτοαξία ορίζονται αποκλειστικά από το βάρος και το σχήμα του σώματος. Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι η τρίτη συχνότερη χρόνια ασθένεια της εφηβείας, μετά από την παχυσαρκία και το άσθμα (Leonard & Mehler, 2001). Σύγχρονες έρευνες φανερώνουν ότι ο ετήσιος αριθμός θνησιμότητας που συνδέεται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι 12 φορές υψηλότερος από τον ετήσιο αριθμό θνησιμότητας που σχετίζεται με όλα τα αίτια θανάτου στις γυναίκες 15-24 ετών στον γενικό πληθυσμό (Sullivan, 1995).

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες, οι ΔΠΤ έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια (Fairburn & Harrison, 2003; Gelder, 2001; Lucas, Crowson, O'Fallon, & Melton, 1999; Σίμος, 1996; Turnbull, Ward, Treasure, Jick, & Derby, 1996). Τόσο οι Hoek και Hoeken (2003) όσο και ο Wakeling (1996) σε επισκόπηση των υπαρχόντων επιδημιολογικών μελετών, ανέφεραν μία σημαντικά ραγδαία αύξηση της επίπτωσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στις νεαρές γυναίκες της ηλικίας των 15-24 ετών τα τελευταία 50 χρόνια. Με τον όρο επίπτωση αναφερόμαστε στον αριθμό των νέων περιπτώσεων της νόσου που παρουσιάζονται σε έναν δεδομένο πληθυσμό, εντός ενός συγκεκριμένου χρονικού ορίου (συνήθως εντός ενός έτους). Συχνά δε, αναφέρεται ως αριθμός ανά 100.000 κατοίκους. Σύμφωνα με άλλες μελέτες επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα νέα κρούσματα της διαταραχής. Για παράδειγμα οι Soundy, Lucas, Suman και Melton (1995) υπολόγισαν ότι τα ετήσια ποσοστά επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας αυξήθηκαν από 7.4 γυναίκες ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού το 1980, σε 49.7 γυναίκες ανά 100.000 του πληθυσμού το 1983 και σταθεροποιήθηκαν στις 30 περιπτώσεις γυναικών ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού μέχρι το 1990. Αντίστοιχα οι Turnbull και συν. (1996) ανέφεραν μία σημαντική αύξηση των ετήσιων ποσοστών επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε κορίτσια και γυναίκες της ηλικίας των 10-39 ετών, από 14.6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού το 1988, σε 51.7 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού το 1993.

Σύμφωνα με τα δημογραφικά ευρήματα, οι ΔΠΤ εκδηλώνονται συνήθως σε έφηβες και νεαρές γυναίκες οι οποίες αποτελούν τουλάχιστον το 90% των ασθενών με ΔΠΤ (Fairburn, 1999; Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & Van Hoeken, 2003). Η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1%

έως 3%, ενώ στη Ψυχογενή Ανορεξία από 0.3% έως 0.5% (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994; Fairburn & Beglin, 1990; Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan, & Wodside, 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003; Kachele, Kordy, & Richard, 2001; Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000; Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell, & Nonas, 1992; Striegel-Moore & Franko, 2003). Η επικράτηση αναφέρεται στον αριθμό όλων των περιπτώσεων (παλαιών και νέων) της νόσου, σε έναν δεδομένο πληθυσμό, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι ΔΠΤ εκδηλώνονται συνήθως στα τέλη της εφηβείας και στην αρχή της ενηλικίωσης. Οι επιδημιολογικές έρευνες αναφέρουν ότι το ποσοστό επίπτωσης των ΔΠΤ είναι περίπου 2.8% μέχρι την ηλικία των 18 ετών και μειώνεται στο 1.3% στο ηλικιακό φάσμα των 19 με 23 ετών (Lewinsohn et al., 2000). Στην Ψυχογενή Ανορεξία η ηλικιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής είναι τα 15-19 έτη καθ' ότι το 40% των κλινικών περιπτώσεων εντοπίζονται στις ηλικίες αυτές (Hoek & Van Hoeken, 2003). Η επικράτηση της υποουδικής Ψυχογενούς Βουλιμίας στις νεαρές ενήλικες γυναίκες υπολογίζεται στο 5.4% (Fairburn & Beglin, 1990) και της υποουδικής Ψυχογενούς Ανορεξίας στο 1.09% (Szumska, Tury, Csoboth, Rethelyi, Purebl, Hajnal, 2005).

Οι ΔΠΤ εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες σε αναλογία 10:1 (Hoek & Van Hoeken 2003; Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom, & Kennedy, 2001). Οι άντρες αποτελούν το 5-10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (Lucas et al., 1991; Sharp, Clark, Dunan, Blackwood, & Shapiro, 1994) και το 10-15 % των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία στην κοινότητα (Carlat & Camargo, 1991; Garfinkel et al., 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003). Σύμφωνα με τους Lucas και συν. (1999) η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους άνδρες υπολογίζεται στις 0.5 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος, ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στις 0.8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος (Hoek et al., 1995).

Τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία ποικίλλουν στις διαφορετικές έρευνες. Για παράδειγμα, οι Fairburn και Harrison (2003) και ο Hsu (1996) υπολόγισαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία είναι 4-10 %, ενώ σύμφωνα με τον Μαδιανό (2004), μετά από εικοσαετή

πορεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας υπάρχει ένα ποσοστό 18% θνησιμότητας, στο οποίο εμπίπτει το 20% των ασθενών κατά τους Crisp, Callendar, Halek, και Hsu (1992).

Στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, η πιθανότητα εκδήλωσης Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στο 2-5% (Kreipe & Birndorf, 2000; Van Hoeken, Lucas, & Hoek, 1998) ενώ το ποσοστό της πιθανότητας αυτής διπλασιάζεται για τις Άτυπες Διαταραχές Διατροφής. Το 20% των γυναικών με καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Βουλιμία και το 13% με μη-καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Βουλιμία παρουσίαζαν ιστορικό Ψυχογενούς Ανορεξίας (Striegel- Moore et al., 2000).

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μία χρόνια ασθένεια (Le Grange, 1999). Η πρόγνωσή της δεν είναι ικανοποιητική: πέντε έως δέκα χρόνια μετά από την έναρξη της διαταραχής το 25% των ασθενών θεραπεύεται πλήρως, το 55% παραμένει σε μία κυμαινόμενη χρονιότητα, ενώ το υπόλοιπο 20-25% δεν εμφανίζει θεραπευτική βελτίωση (Fairburn & Harrison, 2003; Μαδιανός, 2004).

Ως προς τη μακροχρόνια εξέλιξη της Ψυχογενούς Βουλιμίας, οι έρευνες φανερώνουν ότι το 35% των περιπτώσεων δεν έχει καλή πρόγνωση, το 35% εμφανίζει μερική βελτίωση των συμπτωμάτων, ενώ τέλος, το 30% των ασθενών παρουσιάζει ύφεση των συμπτωμάτων (Μαδιανός, 2004). Η ηλικία έναρξης είναι στην εφηβεία ή την πρώτη ενηλικίωση, συνήθως αργότερα από την ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας. Αφορά γυναίκες και είναι σπάνια στους άνδρες. Μπορεί να συνυπάρχει με ψυχογενή ανορεξία και παχυσαρκία, απαντάται όμως συχνότερα σε γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Είναι επίσης σπάνια εκτός των Δυτικών Κοινωνιών. Είναι συχνότερη από την ψυχογενή ανορεξία (Whitaker και συν., 1990).

Επιπλέον, οι ασθενείς που πάσχουν από τη Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας αντιπροσωπεύουν περίπου το 1% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Brewerton, Dansky, Kilpatrick & O' Neil, 1996).

Σε έρευνά τους οι Kagan και Squires (1985) βρήκαν ότι η καταναγκαστική υπερφαγία μεταξύ των γυναικών σχετιζόταν μόνο με τον παράγοντα της έλλειψης συνοχής στην οικογένεια. Αντίθετα, για τους άντρες η οικογενειακή δυσλειτουργία γενικότερα και στον τομέα της προσαρμογής αλλά και της συνοχής έμοιαζε να παίζει σημαντικό ρόλο.

Στην έρευνα των Hodges, Cochrane και Brewerton (1998) οι ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία αξιολόγησαν την οικογένειά τους ως λιγότερο συνοχική, με

πολλές συγκρουσιακές σχέσεις, με περιορισμένη έμφαση στην αυτονομία και την εκφραστικότητα και με μικρότερο βαθμό οργάνωσης, δομής και ελέγχου και έχουν περισσότερο άκαμπτους κανόνες σε σχέση με τις άλλες ομάδες με διατροφικές διαταραχές.

Στην έρευνα των Waller, Slade και Calam (1990) γυναίκες που έπασχαν από ανορεξία και βουλιμία εκτίμησαν ότι η οικογένειά τους χαρακτηριζόταν από μικρότερη συνοχή και προσαρμοστικότητα από ότι οι γυναίκες ελέγχου.

Άλλη μια έρευνα (Calam et al., 1990), υποστήριξε την υπόθεση ότι η γονεϊκή υπερπροστασία σχετίζεται με την ανορεξία και τη βουλιμία, καθώς σημαίνει την υπερβολική εμπλοκή στα θέματα των παιδιών και κατά συνέπεια τα αποτρέπει από την ανάπτυξη αυτονομίας και έτσι δεν μπορούν να αποκτήσουν έλεγχο πάνω στην ίδια τους τη ζωή.

Σε δείγμα 69 γυναικών με νευρική ανορεξία, περισσότερες από το ένα τρίτο υπέδειξαν την οικογενειακή δυσλειτουργία με χαρακτηριστικά την φτωχή φροντίδα, την υπερπροστασία και τον έλεγχο, τη φτωχή σχέση με τους γονείς ως παράγοντες που συνεισέφεραν στην ανάπτυξη της διαταραχής τους (Tozzi et al., 2003).

Ο Vidonic και συν. (2005) μελέτησαν τις διαφορές στην αντίληψη της οικογενειακής συνοχής, της ευελιξίας και της επικοινωνίας ανάμεσα σε γυναίκες ασθενείς με ΔΠΤ και στις μητέρες τους και ανέφεραν ότι οι κόρες αντιλαμβάνονταν τις οικογένειές τους ως λιγότερο συνοχικές και λιγότερο προσαρμοστικές, από ότι οι μητέρες τους, οι οποίες θεωρούσαν ότι η επικοινωνία με τις κόρες τους ήταν δυσλειτουργική. Οι ασθενείς με περιοριστικού τύπου ανορεξία είχαν παρόμοιες αντιλήψεις για τις οικογένειές τους με τις υγιείς μάρτυρες, αντιλαμβανόμενες τις οικογένειές τους ως ισορροπημένες, λόγω της εγγενούς τάσης τους να αποφεύγουν τις συγκρούσεις και να χρησιμοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς άρνησης. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι οι ασθενείς με υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο ανορεξίας και οι ασθενείς με βουλιμία αντιλαμβάνονταν ότι η οικογένειές τους παρουσίαζαν διαταραγμένη επικοινωνία, λιγότερη συνοχή και προσαρμοστικότητα. Σύμφωνα με έρευνα των Rowa, Kerig, και Geller (2001), οι ασθενείς με ανορεξία συγκριτικά με υγιή άτομα, βίωναν σοβαρά προβλήματα με τα ενδοοικογενειακά όρια μέσα στην οικογένεια και ιδιαίτερα με τα όρια στη σχέση με τον πατέρα και με τη μητέρα τους.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο μέγεθος της οικογένειας, στη σειρά γέννησης και στον φύλο των αδερφιών ανάμεσα σε άτομα με

διατροφικές διαταραχές και σε ομάδες ελέγχου (Dolan et al., 1989, Lacey et al., 1991, Boumann & Yates, 1993). Φαίνεται να μην υπάρχει ένα σταθερό και συνεπές μοτίβο (Vandereycken, Van Vreckem, 1992) και δεν υπάρχουν ξεκάθαρα δεδομένα εάν αυτοί οι παράγοντες έχουν κάποια αιτιολογική σχέση με τις διατροφικές διαταραχές (Britto et al., 1997). Αντικρουόμενα είναι και τα δεδομένα όσον αφορά την ηλικία των γονέων των ασθενών με διατροφικές διαταραχές (Dolan et al., 1989).

Έρευνες σε μαθητικό – εφηβικό πληθυσμό

Σε μία εμπειριστατωμένη ανασκόπηση από τους Fairburn & Beglin (1990) των υπαρχουσών επιδημιολογικών ερευνών φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό της έρευνας της επιδημιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής είναι αυτό που αφορά τη χρήση ως υποκειμένων μαθητών και σπουδαστών, συνήθως με τη βοήθεια αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Οι λόγοι μιας τέτοιας επιλογής αφορούν ουσιαστικά το γεγονός πως οι Δ.Π.Τ. «ενδημούν» σε αυτές τις ηλικίες, άρα η μελέτη τέτοιων πληθυσμών καθίσταται περισσότερο από αναγκαία, αλλά και το γεγονός πως ως πληθυσμοί είναι εύκολα προσπελάσιμοι.

Η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας συμβαίνει συνήθως στην εφηβεία. Στα μεν κορίτσια στην ηλικία 16-18 ετών, στα δε αγόρια στο 12ο έτος. Η αναλογία κορίτσια /αγόρια είναι 9/1, αλλά οι άρρενες ασθενείς προεφηβικής ηλικίας αποτελούν το 25% των πασχόντων (Lask 1997). Προσβάλλονται άτομα, σχεδόν αποκλειστικά, Λευκής φυλής που ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις, αλλά και στις μεσαίες (Garner 1993). Παρατηρείται συχνότερα σε γυμναστές, αθλητές, μοντέλα, μπαλαρίνες (Brownell, 1995).

Η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι 8,1 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος, ενώ για τις γυναίκες 15-24 ετών, 10-11 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος. Η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες στην όψιμη εφηβεία και πρόωμη ενήλικη ζωή είναι μικρότερη του 1% (0,5-1%) ενώ σε πληθυσμούς μαθητριών και φοιτητριών είναι 1-2% και 5% οι άτυπες μορφές των. Η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλμίας είναι 11,4 νέες περιπτώσεις 100.000/έτος και η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλμίας σε έφηβες και νεαρές ενήλικες είναι περίπου 1-3% (1,2%) με τις άτυπες μορφές αυτών των διαταραχών να είναι πολύ συχνότερες (DSM-IV) (EDA 1995).

Στην έρευνα των Mann και συν. (1983) βρέθηκε ότι εκ των 1012 μαθητών (αγοριών και κοριτσιών) της έρευνάς του, οι 83 (8,2%) έλαβαν στα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν τιμές πάνω από την οριακή τιμή, αλλά μόνο 4 (4,8%) εκ των 83 βρέθηκε να πληρούν τα κριτήρια διαταραχών διατροφής κατά την κλινική συνέντευξη.

Αντιστοίχως, εκ των 1331 μαθητριών ιδιωτικών σχολείων, 65 (4,9%) είχαν τιμές, πάνω από την τιμή του κατωφλιού, ενώ κατά τη συνέντευξη μόνον 8, δηλαδή 0,6%, εκ των 65, βρέθηκε να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. Όταν τα κριτήρια, συμπεριέλαβαν και τις άτυπες μορφές και τις περιπτώσεις μερικού συνδρόμου «partial syndrome», ο αριθμός έγινε 38 περιπτώσεις (2,85%), ο οποίος είναι περίπου το μισό του πρώτου αριθμού που είναι το ποσοστό των ατόμων με τιμές στο EAT, πάνω από την τιμή κατωφλιού. Οι ερευνητές σχολίασαν ότι οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο EAT επηρεάζονται από την κοινωνική τάξη των ερωτηθέντων (Eisler, Szmukler, 1986).

Οι Gross & Rosen (1988) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε 1373 μαθητές/τριες βρήκαν ότι η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών ήταν 9,6% για τα κορίτσια και 1,2% για τα αγόρια. Σε 5596 μαθητές /τριες το 8,5% αυτών παρουσίαζαν κάποια διατροφική διαταραχή (Whitaker & συν., 1990). Το 3.1% των κοριτσιών και το 0.9% των αγοριών πληρούσαν τα κριτήρια της επεισοδιακής υπερφαγίας (Walsh & Cameron, 2005).

Η Grigg και οι συνεργάτες της (1996) βρήκαν ότι το 36% των 869 κοριτσιών της έρευνά τους χρησιμοποιούσε χάπια διαίτης, διουρητικά, καθαρτικά, ενώ σε μια έρευνα του 1999 το 11% των κοριτσιών έπαιρνε χάπια διαίτης ενώ τα αγόρια σε ποσοστό 4% και πάνω από το 7% των κοριτσιών χρησιμοποιούσαν καθαρτικά ή έκαναν εμετό σε σύγκριση με το 2% των αγοριών (Walsh & Cameron, 2005).

Σε μια ακόμη έρευνα με 10.123 εφήβους ηλικίας 13 έως 18 χρονών η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας ήταν 0.3%, της ψυχογενούς βουλιμίας 0.9% και της διαταραχής υπερφαγίας 1.6% (Swanson και συν., 2011).

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστες δημοσιευμένες εργασίες, που αναφέρονται στην επικράτηση των διαταραχών διατροφής σε ελληνικό πληθυσμό. Η πρώτη είναι η μελέτη του Fichter και συν. (1983), που είχε σα σκοπό την εκτίμηση της επικράτησης της ψυχογενούς ανορεξίας σε Ελληνίδες μαθήτριες 13-18 ετών, που ζούσαν στα Ιωάννινα και στη Βέροια με αριθμό συμμετεχόντων 567 και 1420 αντιστοίχως. Βάσει

των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής, η επικράτηση της ψυχογενούς ανορεξίας σε μαθήτριες 13-18 ετών στα Ιωάννινα είναι 0,35% και στη Βέροια 0,41%, αντιστοίχως.

Η δεύτερη έρευνα διενεργήθηκε στη Θεσσαλονίκη από τον Γρηγόρη Σίμο (Σίμος 1996). Η έρευνα αυτή είχε σα σκοπό τη «διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών πρόσληψης τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψής των». Σ' αυτή χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια EAT-26 (Eating Attitudes Test) και EDI (Eating Disorders Inventory), για τη διερεύνηση των διαταραχών διατροφής σ' ένα τυχαίο σύνολο 1190 μαθητών και μαθητριών Λυκείου του κέντρου και των συνοικιών της Θεσσαλονίκης καθώς και η προσπάθεια αξιολόγησης μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης με στόχο την πρόληψη των διαταραχών διατροφής. Στα συμπεράσματα της έρευνας προκύπτει ότι 24,8% των κοριτσιών και 7,8% των αγοριών είχαν βαθμολογία στο EAT-26 > 20, ότι η πιθανή επικράτηση σημείου της ψυχογενούς ανορεξίας για τα κορίτσια 17 ετών είναι 1,7% για τα κορίτσια 18 ετών είναι 2,2%, ενώ η ετήσια επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας υπολογίσθηκε στο 1,2% για τα κορίτσια και στο 0,2% για τα αγόρια (ηλικίας 17-18 ετών).

Ο Μωρόγιαννης (2000) διεξήγαγε επιδημιολογική έρευνα σε 856 μαθητές και μαθήτριες του Νομού Ιωαννίνων και μελετήθηκαν οι παθολογικές συμπεριφορές διατροφής και η ψυχοπαθολογία. Στην έρευνα βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν οι γονείς τόσο βάσει του επαγγέλματος του πατέρα αλλά και της μητέρας, γεγονός που ανεξαρτητοποιεί τις παραμέτρους ανορεκτική συμπεριφορά και κοινωνική τάξη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι στα κορίτσια της έρευνας υπάρχει σχέση μεταξύ βουλιμικής συμπεριφοράς και κοινωνικής ομάδας βάσει του επαγγέλματος της μητέρας, δηλαδή ότι όταν στην οικογένεια η μητέρα εντάσσεται ως εργαζόμενη σε περιβάλλον που το σχήμα, το βάρος και η αισθητική της παρουσίας κυριαρχούν, οι συμπεριφορές βουλιμικού τύπου (περιορισμός φαγητού, επεισόδια υπερφαγίας, αποβολή των τροφών) μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα ανάπτυξης διαταραχής διατροφής σε κάποιο νεαρότερο μέλος αυτής της οικογένειας, γεγονός που ενισχύεται και από το εύρημα ότι υπάρχει διαφορά ως προς την βουλιμική συμπεριφορά μεταξύ κοριτσιών αστικών και μη αστικών Λυκείων (καθόσον οι γυναίκες στα χωριά δεν εργάζονται σε περιβάλλοντα με κυρίαρχες αξίες την αισθητική της εμφάνισης). Βρέθηκε ότι 4 κορίτσια (0,85%) είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και άλλα 6 από άτυπη μορφή της διαταραχής και ότι 119 κορίτσια (25,4%) παρουσιάζουν

παθολογικές συμπεριφορές διατροφής, όπως διαπιστώνεται με το ερωτηματολόγιο EAT-26. Η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας βάσει των κριτηρίων της έρευνας είναι 0,3% για τα αγόρια και 0,6%-1,1% για τα κορίτσια. Επιπλέον, η επικράτηση της Επεισοδιακής Υπερφαγίας εκτιμάται ότι είναι 12,4% για τα αγόρια και 20,2% για τα κορίτσια.

Οι Βιτάλη, Γαλάνης, Βελονάκης και Κατοσταράς (2010), διεξήγαγαν μια επιδημιολογική έρευνα σε 540 μαθητές ηλικίας 13-18 χρονών στην Πάτρα, με σκοπό να γίνει εκτίμηση της επικράτησης των προβληματικών συμπεριφορών διατροφής και να προσδιοριστούν οι παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με αυτές τις συμπεριφορές. Στην έρευνά τους χρησιμοποίησαν το EAT-26. Βρέθηκε ότι η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών ήταν 16,7%. Επίσης, αναδείχτηκε ότι οι γυναίκες, οι κάτοικοι αστικών περιοχών, όσοι είχαν δείκτη μάζας σώματος κάτω του φυσιολογικού, η αίσθηση ότι είναι υπέρβαροι, η κακή εικόνα για το σώμα και η ύπαρξη στην οικογένεια ενός μέλους που βρίσκεται σε δίαιτα σχετίζονται με προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές.

Έρευνες στη λειτουργία της οικογένειας έχουν συνδέσει ειδικά ενδοοικογενειακά χαρακτηριστικά με την εμφάνιση ΔΠΤ. Ωστόσο, σχετικά λιγότερα είναι γνωστά σχετικά για τη δυναμική της οικογένειας που σχετίζεται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Η Humphrey (1986) σε μια έρευνα με 16 οικογένειες βουλιμικών εφήβων βρήκε ότι η οικογένεια βίωνε μεγαλύτερη απομόνωση, ήταν αποσυνδεδεμένη και συγκρουσιακή, με μικρότερη ανάμειξη και υποστήριξη. Επίσης, οι οικογένειες με ανορεκτικούς εφήβους βρέθηκαν με δυσαρμονίες στα θέματα της οργάνωσης, των ορίων και ήταν χαοτικές.

Σε μια ακόμα έρευνα 30 οικογενειών με έφηβο με διατροφική διαταραχή (Kog, Vandereycken, 1989) βρέθηκε ότι οι οικογένειες με μέλος με ανορεξία είχαν προβλήματα με τα διαπροσωπικά όρια και με σταθερότητα απέφευγαν τις ανοιχτές συζητήσεις και διαφωνίες και εκλαμβάνονταν και από τον ασθενή ως μη συγκρουσιακές και συνοχικές. Οι οικογένειες με βουλιμικό μέλος έδειχναν ισχυρά διαπροσωπικά όρια, μια λιγότερο σταθερή δομή και απέφευγαν σε μικρότερο βαθμό τις συγκρούσεις. Οι ίδιοι οι ασθενείς περιέγραψαν την οικογένειά τους ως συγκρουσιακή, μη συνοχική και με κακή οργάνωση.

Οι Felker και Stievers (1994) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο φύλο και στο οικογενειακό περιβάλλον αναφορικά με τον κίνδυνο εμφάνισης Ψυχογενούς

Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας σε δείγμα 219 αγοριών και 174 κοριτσιών και κατέληξαν ότι ανάμεσα στους σημαντικότερους παράγοντες που συνδέονταν με την κίνδυνο εμφάνισης ΔΠΤ ήταν η χαμηλή εκφραστικότητα, η υψηλή σύγκρουση και ο έλεγχος.

Μια έρευνα σε 572 εφήβους βρέθηκε ότι όσο περισσότερο τα κορίτσια ήταν υπέρβαρα τόσο μικρότερη συνοχή, εκφραστικότητα και δημοκρατικό στιλ απέδιδαν στην οικογένειά τους. Επίσης, υπήρξε μία τάση για τα ελλειποβαρή αγόρια να αντιλαμβάνονται την οικογένειά τους παρόμοια με των παχύσαρκων κοριτσιών, δηλαδή με μικρότερη συνοχή, λιγότερη εκφραστικότητα και όχι τόσο δημοκρατική δομή αλλά συγκρουσιακή (Mendelson, White, Schliecker, 1995).

Η έρευνα των Fonseca, Ireland και Resnick (2002) κατέληξε στο ότι 61,1% των κοριτσιών σε σχέση με το 42,8% των αγοριών ανέφερε ότι ασκούνταν για να χάσει βάρος. Επίσης, μεγαλύτερος αριθμός κοριτσιών ανέφερε ότι κατέφευγε στον εμετό και στη χρήση χαπιών διαίτης από ότι τα αγόρια (4% και 1,7%, 3,8% και 1,1% αντίστοιχα). Από την άλλη, δεν υπήρξε διαφοροποίηση για αγόρια και κορίτσια στη χρήση καθαρτικών και διουρητικών. Τα αγόρια ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα γονεϊκής υπερπροστασίας και ελέγχου και χαμηλότερα επίπεδα συνοχικότητας και επικοινωνίας. Τα κορίτσια ανέφεραν επίσης χαμηλότερα επίπεδα συνοχής και επικοινωνίας.

Η Gillett και συν. (2009) κατέληξαν στο ότι οι 51 οικογένειες με έφηβο με διατροφική διαταραχή της έρευνάς τους έχουν λιγότερο λειτουργικούς κανόνες κάτι που επιβεβαιώνουν και άλλες έρευνες (Bailey, 1991, Howorth-Hoepfner, 2000, Herzog et al., 2000, Lilenfeld et al., 2000, Reeves & Johnson, 1992, Stern et al., 1989). Ο Riskin (1963) υπέδειξε ότι οι κανόνες σε μια οικογένεια σπάνια είναι γραπτοί. Αποτελούν συνήθως τον «άγραφο νόμο». Ωστόσο, υπάρχουν αυτοί που είναι «διευκολυντικοί» ή «λειτουργικοί» και επιτρέπουν την ανοιχτή επικοινωνία, την κατανόηση, την επαφή και τη διαφορετικότητα και ενθαρρύνουν την αγάπη και την αποδοχή (Blevins, 1993, Hoopes & Harper, 1992, Larson et al., 2000, Stoll, 2002). Από την άλλη, υπάρχουν και αυτοί που είναι «περιοριστικοί» ή «δυσλειτουργικοί» και διακόπτουν την επικοινωνία, δημιουργούν συναισθηματική απόσταση και διαταράσσουν την προσωπική ανάπτυξη (Larson et al., 2000, Stoll, 2002).

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 χρόνων, η επιδημιολογική έρευνα των διαταραχών διατροφής έχει αυξηθεί, με κοινή διαπίστωση την αύξηση της συχνότητας εμφάνισής τους σε εφήβους (Hoek, 1993, Fombonne, 1995, Fairburn και συν., 1993, Devaud και συν., 1995). Ωστόσο, πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει με σκοπό την ανίχνευση της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών σε ένα τοπικό, αλλά αντιπροσωπευτικό σύνολο εφήβων (αγοριών και κοριτσιών) στην Ελλάδα. Η παρούσα επιδημιολογική έρευνα έχει σαν στόχο να διερευνήσει τις παθολογικές συμπεριφορές διατροφής των εφήβων μαθητών και μαθητριών στην ευρύτερη περιοχή της Χαλάστρας-Θεσσαλονίκης σε σχέση με τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας ως συστήματος.

Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι οι πιο γνωστές διατροφικές διαταραχές, η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία και οι άτυπες μορφές τους, αυξάνονται κατά τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως στα νεαρά άτομα εφηβικής ηλικίας. Επίσης, από μελέτες προκύπτει ότι ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος της οικογένειας φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση αυτών των διαταραχών.

Άρα ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διπλός:

- 1). Να διερευνήσει πόσο συχνή είναι η εμφάνιση των Διατροφικών Διαταραχών στα αγόρια και τα κορίτσια 11-19 ετών στη συγκεκριμένη περιοχή
- 2). Να διερευνήσει ποια ενδέχεται να είναι η σχέση μεταξύ της εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και της μορφής οργάνωσης και του τύπου λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ Η/ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Η έρευνα διενεργήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε 472 εφήβους μαθητές, 233 αγόρια και 239 κορίτσια, ηλικίας περίπου 12 έως 19 ετών που φοιτούν στο γυμνάσιο και στο λύκειο της περιοχής της Χαλάστρας-Θεσσαλονίκης και αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα. Πρόκειται για επιδημιολογική έρευνα κατά την οποία η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία της ερευνήτριας και μετά από προγραμματισμένη συνεννόηση, ώστε να γίνει κατανοητό το περιεχόμενο των ερωτήσεων και να γίνει η συμπλήρωση ευχερώς.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

- Το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής των 26 ερωτήσεων (Eating Attitudes Test, EAT-26) των Garner & Garfinkel, σε μετάφραση Βάρσου, Ε. και Τρίκκα, Γ.
- Το Ερωτηματολόγιο Βουλμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburg, BITE) των Henderson & Freeman, σε μετάφραση Βάρσου, Ε. και Τρίκκα, Γ., που καταγράφουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής Ανορεκτικού, Βουλμικού και Υπερφαγικού τύπου
- Η Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale, FACES-III) του Olson, σε μετάφραση Παπαγεωργίου, Β. και Σίμου, Γ. και προσαρμογή Μπίμπου, Α., Στογιαννίδου, Α., Παπαγεωργίου, Β. και Κιοσέογλου, Γ., που διερευνά τη λειτουργικότητα της οικογένειας και διακρίνει τις οικογένειες σε γενικούς τύπους.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αφορά δημογραφικά, σωματομετρικά δεδομένα, καθώς και στοιχεία για τη σωματική άσκηση και το ιστορικό εμμηνορρυσίας για τα κορίτσια. (για τα ερωτηματολόγια βλ. παράρτημα)

Ως κριτήρια για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ελήφθησαν:

- α. Ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) Quetelet ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{B}/\text{Y}^2$) με τιμές 17,5 ή λιγότερο (ICD-10, WHO, 1992).
- β. Η ολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου EAT-26, με τιμή μεγαλύτερη ή ίση του 20 (Garner, 1979).
- γ. Η αμηνόρροια για τα κορίτσια, μεγαλύτερη ή ίση από 3 μήνες (DSM-III-R, 1987).

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο Δείκτης Σωματικής Μάζας Quetelet πρέπει να χρησιμοποιείται από την ηλικία των 16 ετών και άνω. Για μικρότερες ηλικίες χρησιμοποιούνται ειδικοί πίνακες. Στην καμπύλη αναφοράς του ΔΜΣ που έχει εκδοθεί από το Ίδρυμα Ανάπτυξης του Παιδιού σαν μέτρο για την υπόδειξη ότι ένας έφηβος μπορεί να πάσχει από νευρική ανορεξία είναι η χρήση της δεύτερης εκατοστιαίας θέσης ως διακριτικού σημείου. Παρόμοια και η εκτίμηση του υπέρβαρου και του παχύσαρκου διαφοροποιείται ανάμεσα σε εφήβους και ενήλικες. Στην ενήλικη ζωή, όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται μεταξύ 17,51 έως 19,99 το άτομο θεωρείται ελλειποβαρές, ενώ τιμές μεταξύ 20,00 έως 24,99 θεωρούνται μέσα στο φάσμα του φυσιολογικού, ενώ ένα άτομο θεωρείται υπέρβαρο όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται μεταξύ 25,00 και 29,99, ενώ είναι παχύσαρκο όταν ο ΔΜΣ υπερβαίνει το 30,00

kg/m². Για τους μικρότερους εφήβους όταν ο ΔΜΣ $\geq 95^\circ$ στις καμπύλες ανάπτυξης τότε θεωρούνται υπέρβαροι ενώ όταν ο ΔΜΣ είναι μεταξύ 85^ο και 94^ο τότε είναι «σε κίνδυνο για υπέρβαρο». Αντίθετα, για τους μεγαλύτερους εφήβους, το όριο του ΔΜΣ που σηματοδοτεί την παχυσαρκία προκύπτει από την εκατοστιαία θέση (ΕΘ) στις καμπύλες ΔΜΣ των παιδιών που αντιστοιχεί στο ΔΜΣ=30 του ενηλίκου. Κατ' αναλογία, ένας έφηβος θεωρείται υπέρβαρος όταν υπερβαίνει στις καμπύλες ΔΜΣ την ΕΘ που αντιστοιχεί σε ΔΜΣ=25 του ενηλίκου (Cole et al., 1995, 2000). (βλ. παράρτημα).

Ως κριτήρια για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας ελήφθησαν:

α. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου BITE (Υποκλίμακα Συμπτωμάτων με βαθμολογία μεγαλύτερη του 20 και Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων μεγαλύτερη του 5) (Henderson, 1987).

β. Η τιμή της κλίμακας βουλιμίας του Ερωτηματολογίου EAT-26, με βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση της τιμής 9 (BET, EAT-26 > 9).

Πρέπει να αναφερθεί πως η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του προγράμματος SPSS 20.

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

(Eating Attitudes Test, EAT)

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

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

Το EAT -26 αποτελεί έγκυρη και αναθεωρημένη έκδοση του αρχικού EAT -40 και όπως αναφέρθηκε περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις που ταξινομούνται σε τρεις

υποκλίμακες που προέκυψαν μετά από παραγοντική ανάλυση, ως εξής: α) Δίαιτα, που αξιολογεί το βαθμό αποφυγής παχυντικών τροφών, τον περιορισμό γενικά των προσλαμβανόμενων τροφών, αλλά και την ενασχόληση με τη λεπτότητα και την επιθυμία αδύνατου σώματος. Στη βαθμολογία της κλίμακας α) «Δίαιτα» ανήκουν οι απαντήσεις 13 ερωτήσεων. β) «Βουλιμία και ενασχόληση με την τροφή»: αξιολογεί τα συμπτώματα της βουλιμίας όπως προκλητοί εμετοί επεισόδια υπερφαγίας με απώλεια του ελέγχου καθώς και την παρουσία επαναλαμβανόμενων και μη ελεγχόμενων σκέψεων γύρω από την τροφή, με 6 ερωτήσεις. γ) «Στοματικός έλεγχος» που αξιολογεί το βαθμό αυτοελέγχου ως προς την πρόληψη τροφής καθώς και την αντίληψη των πιέσεων από τους άλλους για απόκτηση βάρους. Ελέγχεται με 7 ερωτήσεις. Η βαθμολογία του EAT -26 κυμαίνεται μεταξύ 0-78, ως τιμή κατωφλιού (cut-off) θεωρείται η βαθμολογία ≥ 20 (Garner, 1979, 1982).

Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά

Το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (Eating Attitudes Test, EAT, Garner and Garfinkel, 1979) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (40 ερωτήσεων -η αρχική μορφή, 26 ερωτήσεων- η τελική μορφή) για την αξιολόγηση των συνηθειών και συμπεριφορών πρόσληψης τροφής που παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία. Κάθε απάντηση κυμαίνεται σε μια τύπου Likert εξάβαθμη κλίμακα (1= ποτέ, 6= πάντοτε), οι δε απαντήσεις βαθμολογούνται με 3 (έντονα ανορεκτική συμπεριφορά), 2 (ενδιάμεση), 1 (ήπια) και 0 οι υπόλοιπες. Υψηλή βαθμολογία του ερωτηματολογίου, παρότι υποδηλώνει την ύπαρξη των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας, δεν τεκμηριώνει νοσολογικά τη διάγνωσή της. Παρ' όλα όμως τα παραπάνω, το ερωτηματολόγιο EAT αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο και για κλινική εργασία αλλά και για ερευνητική εργασία καθώς μας παρέχει τη δυνατότητα αναγνώρισης των παθολογικών συνηθειών διατροφής που είναι τα πρώτα σημεία κάποιας διαταραχής διατροφής.

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

A. Κανόνες (Norms). Οι εισηγητές του ερωτηματολογίου EAT (Garner and Garfinkel, 1979) και (Garner et al, 1982) στις πρωτότυπες εργασίες τους, καταθέτουν τα αποτελέσματα των μετρήσεων, μέσω του ερωτηματολογίου EAT, των

παθολογικών συνηθειών και συμπεριφορών πρόσληψης τροφής σε ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (ΨΑ), υγιών γυναικών (ΥΓ), υγιών ανδρών (ΥΑ), παχύσαρκων (Π) και θεραπευθέντων ασθενών με ΨΑ (ΘΨΑ) και παραθέτουν τις τιμές της ολικής βαθμολογίας. Νεώτερα δεδομένα (Allison, 1995) παραθέτουν τιμές του EAT σε πληθυσμούς με Διαταραχή Υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) και σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Οι συγγραφείς προτείνουν ως κατώφλι (ουδός, με την έννοια του βαθμολογικού ορίου) (cut-off score) ολικής τιμής των ερωτηματολογίων EAT-40 και EAT-26 τις τιμές 30 και 20 αντιστοίχως για τον εντοπισμό περιπτώσεων με παθολογικές συνήθειες και συμπεριφορές πρόσληψης τροφής.

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

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΕΔΙΜΒΟΥΡΓΟΥ

Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)

Το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, Henderson and Freeman 1987), έτσι όπως μεταφράστηκε στα ελληνικά από την ομάδα του Αιγινήτειου (Ε. Βάρσου, Γ. Τρίκκας, 1992) και οι οποίοι ευγενικά μας το παραχώρησαν, έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση των επεισοδίων υπερφαγίας (binge-eating) και των γνωσιακών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων της βουλιμίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως εργαλείο επιδημιολογικής έρευνας για τη διακρίβωση των κλινικών και υποκλινικών περιπτώσεων του συνδρόμου της βουλιμίας αλλά και ως όργανο αξιολόγησης της βαρύτητας των

συμπτωμάτων της διαταραχής κατά την εξέλιξή της θεραπείας. Αποτελείται από 33 ερωτήσεις και περιλαμβάνει απαντήσεις τύπου ΝΑΙ/ΟΧΙ, αλλά και του τύπου της εξάβαθμης κλίμακας Likert. Εμπεριέχει δύο υποκλίμακες που αξιολογούνται χωριστά. Πρόκειται για την κλίμακα Συμπτωμάτων καθώς και την κλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων. Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένο στα Ελληνικά από την ομάδα του Αιγινήτειου (Βάρσου και Τρίκκας 1992), οι οποίοι ευγενικά μας το παραχώρησαν. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου περιγράφονται ως εξής:

A. Κανόνες (Norms): Η ανώτερη τιμή της υποκλίμακας Συμπτωμάτων είναι 30 και η τιμή 20 αποτελεί το κατώφλι κλινικής σημασίας. Η ανώτερη τιμή της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων είναι 39 και η τιμή 5 αποτελεί το κατώφλι κλινικής σημασίας. Μια τιμή 25 και άνω, που αποτελεί το άθροισμα των τιμών των 2 υποκλιμάκων (20+5) αναδεικνύει ένα σοβαρά διαταραγμένο μοντέλο διατροφής.

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

Η Κλίμακα Εκτίμησης Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) FACES

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο FACES-III (Olson, Portner, Lavee, 1985) έτσι όπως μεταφράστηκε από τους Παπαγεωργίου Β. και Σίμος Γ. και σταθμίστηκε από τους Μπίμπου Α., Στογιαννίδου Β., Παπαγεωργίου Β. και Κιοσέογλου Γ. και οι οποίοι ευγενικά μας το παραχώρησαν.

Ερευνητικές και κλινικές προσεγγίσεις στο χώρο της οικογενειακής θεραπείας (Minuchin, Rosman & Baker, 1978, Olson, Russel & Sprenkle, 1980, 1983, Olson, Sprenkle & Russel, 1979) αναφέρουν τρεις βασικές διαστάσεις της συμπεριφοράς της οικογένειας, που καθορίζουν τη λειτουργία της ως συστήματος: τη «συνοχή», την «προσαρμοστικότητα» στις αναπτυξιακές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα με την πάροδο του χρόνου και την «επικοινωνία» μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Η συνοχή αφορά στο βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται απομονωμένα ή συνδεδεμένα με την οικογένειά τους, δηλαδή, η συναισθηματική συνοχή ορίζεται ως ο συναισθηματικός δεσμός που νιώθουν τα μέλη της οικογένειας

μεταξύ τους. Στα πλαίσια του θεωρητικού αυτού μοντέλου, η συναισθηματική συνοχή κινείται σε τέσσερα επίπεδα, από πολύ χαμηλή έως πολύ υψηλή. Έτσι, έχουμε τις οικογένειες που είναι: α) αποδεσμευμένες, στις οποίες το κάθε μέλος ασχολείται με τα δικά του θέματα, βιώνοντας περιορισμένο συναισθηματικό δεσμό ή δέσμευση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, β) διαχωρισμένες, στις οποίες τα μέλη έχουν κάπως μεγαλύτερη συναισθηματική συνοχή από τις προαναφερθείσες, αλλά οι ατομικές δραστηριότητες του κάθε μέλους εξακολουθούν να θεωρούνται σημαντικότερες και να καταλαμβάνουν περισσότερο χρόνο από τις κοινές, γ) συνδεδεμένες, όπου υπάρχουν ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί, συναισθηματική εγγύτητα και αφοσίωση στη σχέση και ο κοινός χρόνος και οι κοινές δραστηριότητες θεωρούνται σημαντικότερες από τις ατομικές, υπάρχουν προσωπικοί φίλοι και προσωπικές δραστηριότητες, αλλά δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο «μαζί» και δ) αλληλοεμπλεκόμενες, στις οποίες τα μέλη της οικογένειας είναι τόσο αλληλεξαρτώμενα, ώστε δεν υπάρχει ατομικότητα και αυτονομία και υπάρχει ακραία συναισθηματική εγγύτητα και απαιτείται η αφοσίωση στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Από τα τέσσερα επίπεδα οικογενειακής συνοχής, αυτά που θεωρούνται λειτουργικά είναι τα ενδιάμεσα, όταν, δηλαδή, η οικογένεια κατατάσσεται στις διαχωρισμένες και στις συνδεδεμένες οικογένειες, οπότε τα μέλη της οικογένειας έχουν τον απαραίτητο βαθμό αυτονομίας που τους επιτρέπει να διαφοροποιηθούν από την οικογένεια, χωρίς να απομονωθούν συναισθηματικά. Αντίθετα, στις οικογένειες με εξαιρετικά υψηλή συνοχή (αλληλοεμπλεκόμενες οικογένειες), η υπερβολική ταύτιση και αφοσίωση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας απαγορεύει τη διαμόρφωση μιας διαφοροποιημένης, εξατομικευμένης εικόνας εαυτού. Στο αντίθετο άκρο, οι αποδεσμευμένες οικογένειες επιτρέπουν έναν υπερβολικό βαθμό αυτονομίας στα μέλη τους, που υπονομεύει τη συναισθηματική σύνδεση και δέσμευση μεταξύ τους.

Η οικογενειακή προσαρμοστικότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα οικογενειακό σύστημα είναι ευέλικτο και ικανό να αλλάζει. Η οικογενειακή προσαρμοστικότητα ορίζεται ως η ικανότητα ενός συστήματος ζευγαριού ή οικογένειας να μεταβάλλει την ιεραρχική δομή, τους ρόλους και τους κανόνες που ρυθμίζουν τις σχέσεις των μελών, ώστε να χειριστεί το στρες που προκαλούν κάποιες εξωτερικές συνθήκες ή ακόμα και εξελικτικές ανάγκες του συστήματος. Υπάρχουν

κατά τον Olson, επίσης, τέσσερα επίπεδα οικογενειακής «προσαρμοστικότητας» ή «ευελιξίας», που κυμαίνονται από την ακραία χαμηλή προσαρμοστικότητα μέχρι την ακραία υψηλή προσαρμοστικότητα. Έτσι, έχουμε: α) τις άκαμπτες οικογένειες που δεν επιδέχονται καμία αλλαγή στη δομή τους και στους κανόνες της λειτουργίας τους, ένα μέλος έχει την ευθύνη της οικογένειας και είναι πολύ ελεγκτικό προς τα υπόλοιπα μέλη, οι ρόλοι είναι προσδιορισμένοι με αυστηρότητα και οι κανόνες δεν αλλάζουν, β) τις δομημένες οικογένειες που έχουν μια βασική δομή η οποία, όμως, μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Υπάρχει ένα είδος «δημοκρατικής» ιεραρχίας στις σχέσεις, με διαπραγματεύσεις στις οποίες κατά ένα μέρος συμμετέχουν και τα παιδιά. Οι ρόλοι παραμένουν σχετικά σταθεροί και υπάρχει «μοίρασμα», συνευθύνη σε αυτούς τους ρόλους. Γίνονται μικρές αλλαγές στους κανόνες αλλά οι κανόνες που υπάρχουν είναι αρκετά ισχυροί, γ) τις ευέλικτες, που επιτρέπουν αλλαγές στους κανόνες τους ευκολότερα από τις προηγούμενες. Υπάρχει ισότιμη ιεραρχία με δημοκρατική διαδικασία στη λήψη αποφάσεων. Οι διαπραγματεύσεις γίνονται ανοιχτά και συμμετέχουν τα παιδιά ενεργητικά. Οι ρόλοι μοιράζονται και τροποποιούνται, όταν χρειάζεται. Οι κανόνες αλλάζουν και συγχρονίζονται με τις αναπτυξιακές απαιτήσεις κάθε φάσης. δ) τις χαοτικές οικογένειες, που δεν έχουν καθόλου δομή, ούτε ξεκάθαρους και σαφείς κανόνες, υπάρχει αλλοπρόσαλλη ή περιορισμένη αρχηγία, οι αποφάσεις είναι παρορμητικές και όχι μελετημένες, οι ρόλοι είναι ασαφείς και μετακυλίνουν από πρόσωπο σε πρόσωπο. Τα επίπεδα ισορροπίας ως προς την προσαρμοστικότητα διαθέτουν οι ευέλικτες και οι δομημένες οικογένειες, διότι καταφέρνουν να εξισορροπούν ανάμεσα στις μορφοστατικές και μορφογενετικές τάσεις της οικογένειας, ανάλογα με τις κοινωνικο-πολιτισμικές απαιτήσεις. Σε αυτές τις οικογένειες η επικοινωνία είναι ανοιχτή αλλά και οριοθετημένη, υπάρχει ισότιμη ιεραρχία, δυνατότητα διαπραγμάτευσης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, ευελιξία στο «μοίρασμα» των ρόλων, συμμετοχική θέσπιση κανόνων, ενώ οι περισσότεροι κανόνες είναι σαφείς και λίγοι υπονοούνται.

Ο Olson, σε συνεργασία με τη Russel και τον Sprenkle ενοποίησε τις δύο από τις τρεις αυτές πρωταρχικές διαστάσεις για τη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος σε ένα θεωρητικό «συνδυαστικό κυκλικό μοντέλο». Η κυκλική γραφική αναπαράσταση του μοντέλου αναπαριστά μόνο τις δύο διαστάσεις, δηλαδή συνοχή και προσαρμοστικότητα, και η επικοινωνία θεωρείται διάσταση του μοντέλου που περιγράφεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Οι Olson, Portner & Bell (1982) κατασκεύασαν το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) για τη μέτρηση των διαστάσεων αυτών της λειτουργίας της οικογένειας. Από το συνδυασμό των τεσσάρων επιπέδων των δύο διαστάσεων που μετρά το ερωτηματολόγιο αυτό, προκύπτουν 16 διαφορετικοί τύποι συζυγικών και οικογενειακών συστημάτων. Από αυτούς τους 16 τύπους οικογενειακής λειτουργίας, οι 4 τύποι είναι οι πιο «ισορροπημένοι», οι πιο υγιείς και οι πιο λειτουργικοί: οι οικογένειες που είναι ευέλικτες και διαχωρισμένες, ευέλικτες και συνδεδεμένες, δομημένες και διαχωρισμένες, και δομημένες και συνδεδεμένες. (βλ. παραρτήματα). Ο Olson (1993) θεωρεί ότι ζευγάρια και οικογένειες που ανήκουν στους «ισορροπημένους τύπους» ως προς τη συνοχή και την προσαρμοστικότητα, λειτουργούν πιο αποτελεσματικά σε όλα τα στάδια της οικογενειακής ζωής από τους ακραίους τύπους. Οι ισορροπημένες οικογένειες δεν παραμένουν σταθερά στο μέσο της βαθμολογίας, αλλά μπορούν να λειτουργούν με ακραίο τρόπο σε κάποιες περιόδους, όταν χρειάζεται, αλλά σύντομα επανέρχονται στο συνήθη μέσο όρο τους.

Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου περιγράφονται ως εξής:

A. Κανόνες (Norms). Η κλίμακα αποτελείται από 20 ερωτήσεις υπό μορφής πεντάβαθμης κλίμακας Likert (1=σχεδόν ποτέ, 5= σχεδόν πάντα) που απαντώνται δύο φορές. Αρχικά οι απαντήσεις αφορούν στον τρόπο που λειτουργεί η οικογένεια στο παρόν. Στη συνέχεια το άτομο απαντά πώς θα ήθελε να λειτουργεί η οικογένειά του. Η προσαρμοστικότητα μετριέται προσθέτοντας τους αριθμούς που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων με ζυγή αρίθμηση (π.χ. 2,4,6 κ.λ.π.), όπου το αποτέλεσμα αυτής της πρόσθεσης αντιστοιχεί σε τέσσερις κατηγορίες τύπου οικογένειας (άκαμπτη, δομημένη, ευέλικτη, πολύ ευέλικτη - χαοτική). Η συνοχή μετριέται προσθέτοντας τους αριθμούς που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτήσεων με μονή αρίθμηση (π.χ. 1,3,5 κ.λ.π.), όπου το αποτέλεσμα αυτής της πρόσθεσης αντιστοιχεί ανάλογα σε τέσσερις κατηγορίες τύπου οικογένειας (διασπασμένη – αποσυνδεδεμένη - αποδεδεμένη, χωρισμένη - διαχωρισμένη, συνδεδεμένη, πολύ συνδεδεμένη – μπερδεμένη - αλληλοεμπλεκόμενη).

B. Αξιοπιστία (Reliability). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας βρέθηκε ότι είναι 0,97 για τη συνοχή και 0,96 για την προσαρμοστικότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 472 έφηβοι ηλικίας 12 έως 19 ετών, εκ των οποίων 233 ήταν αγόρια και 239 ήταν κορίτσια. Ο πίνακας 1 δείχνει την κατανομή τους με βάση το φύλο και την ηλικία.

Πίνακας 1. Κατανομή κατά φύλο και ηλικία

Ηλικία	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο ανά ηλικία
12 ετών	46	36	82
13 ετών	33	36	69
14 ετών	28	39	67
15 ετών	46	40	86
16 ετών	37	38	75
17 ετών	40	46	86
18 ετών	2	2	4
19 ετών	1	2	3
Σύνολο	233 49,4%	239 50,6%	472

Ως προς το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας, έγινε ταξινόμηση των επαγγελμάτων σε κατηγορίες σύμφωνα με την κατάταξη των επαγγελματικών κατηγοριών που έγινε από τους Μουζά και Παπαϊωάννου (Μουζάς, 1996) και στη συνέχεια ενοποιήθηκαν σε 6 ομάδες. Οι κατηγορίες επαγγελμάτων παρατίθενται στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 2: Κατάταξη των επαγγελμάτων

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

7. Ανειδίκευτοι εργάτες.
8. Γεωργοί μικρού κλήρου, αλιείς, βοσκοί.
9. Οικιακά
10. Συνταξιούχοι
11. Άνεργοι
12. Στρατιωτικοί και Σωμάτων Ασφαλείας.

Η κατάταξη σύμφωνα με το φύλο και το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας φαίνεται στους πίνακες 3 και 4 αντίστοιχα, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό πατέρων ανήκει στα μεσαία επαγγέλματα (31,6%) και ακολουθούν οι έμποροι (21,4%), οι εργάτες (15,5%), οι γεωργοί, οι κτηνοτρόφοι και οι αλιείς (15%), τα ανώτερα επαγγέλματα (10,6%), ενώ το 5,9% αποτελούν οι άνεργοι και οι συνταξιούχοι.

Πίνακας 3. Κατανομή κατά φύλο και επάγγελμα πατέρα.

Ομάδες	Επαγγέλματα	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	%
1.Ανώτερα	1 και 2	21	29	50	10,6
2.Μεσαία	4 , 5 και 12	69	80	149	31,6
3.Έμποροι	3	55	46	101	21,4
4.Εργάτες	6 και 7	41	32	73	15,5
5.Γεωργοί, Βοσκοί και Αλιείς	8	29	42	71	15,0
6.Άνεργοι, Οικιακά και Συνταξιούχοι	9, 10 και 11	18	10	28	5,9
Σύνολο		233	239	472	100

Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάταξη των μητέρων, η σημαντική πλειοψηφία ανήκει στην κατηγορία άνεργοι, οικιακά και συνταξιούχοι με ποσοστό 42,4% και ακολουθούν τα μεσαία επαγγέλματα (15,2%), οι εργάτες (13,8%), τα ανώτερα επαγγέλματα (10,4%), οι έμποροι (7,4%), ενώ ένα μικρό ποσοστό ασχολείται με τη γεωργία, την κτηνοτροφία και την αλιεία (0,8%).

Πίνακας 4. Κατανομή κατά φύλο και επάγγελμα μητέρας.

Ομάδες	Επαγγέλματα	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	%
1.Ανώτερα	1 και 2	24	25	49	10,4
2.Μεσαία	4 , 5 και 12	57	62	119	25,2
3.Έμποροι	3	17	18	35	7,4
4.Εργάτες	6 και 7	33	32	65	13,8
5.Γεωργοί, Βοσκοί και Αλιείς	8	1	3	4	0,8
6.Ανεργοί, Οικιακά και Συνταξιούχοι	9, 10 και 11	101	99	200	42,4
Σύνολο		233	239	472	100

Στους πίνακες 5 και 6 παρατίθενται τα στοιχεία του ύψους, του βάρους και του Δείκτη Μάζας Σώματος των αγοριών και των κοριτσιών αντίστοιχα, χωρισμένα σε δύο ομάδες με βάση την ηλικιακή ομαδοποίηση όπου για τους εφήβους 12-14 ετών χρησιμοποιήθηκαν οι καμπύλες ανάπτυξης του Cole (Cole et.al, 1995, 2000). Να υπενθυμίσουμε ότι για μεγαλύτερες ηλικίες όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται κάτω από 17,5 τότε σηματοδοτεί την οριακή τιμή σύμφωνα με το κριτήριο για την εκτίμηση της ψυχογενούς ανορεξίας σύμφωνα με το ICD-10, ενώ όταν βρίσκεται μεταξύ 17,51 έως 19,99 το άτομο θεωρείται ελλειποβαρές, ενώ τιμές μεταξύ 20,00 έως 24,99 θεωρούνται μέσα στο φάσμα του φυσιολογικού, ενώ ένα άτομο θεωρείται υπέρβαρο όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται μεταξύ 25,00 και 29,99, ενώ είναι παχύσαρκο όταν ο ΔΜΣ υπερβαίνει το 30,00 kg/m².

Πίνακας 5. Στοιχεία ύψους, βάρους, ΔΜΣ στα αγόρια 12-14 ετών.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Βάρος	107	30,0	90,0	54,505	12,0956
Ύψος	107	1,28	1,90	1,6315	,09807
ΔΜΣ	107	14,87	29,39	20,3087	3,23482

Πίνακας 6. Στοιχεία ύψους, βάρους, ΔΜΣ στα αγόρια 15-19 ετών.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Βάρος	126	43,5	100,0	71,544	11,1062
Ύψος	126	1,50	1,99	1,7879	,07531
ΔΜΣ	126	15,24	31,67	22,3198	2,78087

Πίνακας 7. Στοιχεία ύψους, βάρους, ΔΜΣ στα κορίτσια 12-14 ετών

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Βάρος	111	30,0	90,0	52,012	11,2947
Ύψος	111	1,38	1,79	1,6196	,07522
ΔΜΣ	111	13,33	31,29	19,6862	3,28347

Πίνακας 8. Στοιχεία ύψους, βάρους, ΔΜΣ στα κορίτσια 15-19 ετών

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Βάρος	128	40,0	90,0	58,051	9,4099
Ύψος	128	1,52	1,80	1,6803	,05377
ΔΜΣ	128	15,24	30,42	20,5186	2,86260

Πίνακας 9. Κατανομή σύμφωνα με το ΔΜΣ στα παιδιά ηλικίας 12-14.

	N	%	Αγόρια	Κορίτσια
Κάτω από το κανονικό	31	14,2	13	18
Κανονικό	152	69,7	73	79
Υπέρβαρο	23	10,6	14	9
Παχύσαρκο	12	5,5	7	5

Ο πίνακας 9 δείχνει την κατανομή σύμφωνα με το ΔΜΣ για τις ηλικίες 12-14 σε σύνολο 218 εφήβων. Φαίνεται ότι από τους 31 ελλειποβαρείς οι 18 είναι κορίτσια και οι 13 είναι αγόρια. Επιπλέον, 14 αγόρια είναι υπέρβαρα ενώ 9 κορίτσια. Παχύσαρκα είναι 7 αγόρια και 5 κορίτσια.

Πίνακας 10. Κατανομή σύμφωνα με το ΔΜΣ στα παιδιά ηλικίας 15-19.

	N	%	Αγόρια	Κορίτσια
Πολύ πιο κάτω από το κανονικό	22	8,7	5	17
Κάτω από το κανονικό	63	24,8	19	44
Κανονικό	140	55,1	83	57
Υπέρβαρο	27	10,6	18	9
Παχύσαρκο	2	0,8	1	1

Ο πίνακας 10 δείχνει την κατανομή σύμφωνα με το ΔΜΣ στα 254 παιδιά ηλικίας 15-19 ετών, όπου 5 αγόρια και 17 κορίτσια βρίσκονται πολύ πιο κάτω από το κανονικό, δηλαδή κάτω από 17,5, ενώ 19 αγόρια και 44 κορίτσια μοιάζει να έχουν χαμηλότερο βάρος από το κανονικό. 18 αγόρια εμφανίζονται υπέρβαρα σε αντίθεση με 9 κορίτσια, ενώ παχύσαρκα είναι 1 αγόρι και 1 κορίτσι. Στο σύνολο φαίνεται ότι η επικράτηση της παχυσαρκίας βρίσκεται στο 3%. Από περαιτέρω ανάλυση βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εκτίμησης του ΔΜΣ και του φύλου για τις ηλικίες 15-19 ετών. ($\chi^2=24.280$, $df=4$, $p=0.000$).

Επιπλέον, στον πίνακα 11 φαίνεται ότι στους 254 εφήβους 5 αγόρια και 17 κορίτσια έχουν $\Delta\text{Μ}\Sigma \leq 17,5$ που σηματοδοτεί την οριακή τιμή για την διάγνωση της ανορεξίας και μια συχνότερη εμφάνιση στα κορίτσια.

Πίνακας 11. Κατανομή σύμφωνα με το ΔΜΣ κατά φύλο για ηλικίες 15-19.

ΔΜΣ	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	%
$\leq 17,50$	5	17	22	8,7
$>17,50$	121	111	232	91,3

Για να διερευνηθεί η συνήθεια σωματικής άσκησης σε σχέση με τις συμπεριφορές διατροφής των ατόμων εξετάστηκε το κατά πόσο τα αγόρια και τα κορίτσια της έρευνάς μας ασχολούνται συστηματικά με κάποια μορφή άσκησης. Ο πίνακας 12 δείχνει την συστηματική ενασχόληση με την άσκηση.

Πίνακας 12. Συστηματική ενασχόληση με την άσκηση.

	Ναι	Όχι
Αγόρια	176	56
Κορίτσια	135	99
Σύνολο	311 65,9%	155 32,8%

Φαίνεται ότι η πλειοψηφία των εφήβων, 65,9%, ασχολείται συστηματικά με κάποια μορφή άσκησης και μάλιστα τα αγόρια σε μεγαλύτερο αριθμό από τα κορίτσια, κάτι που διαπιστώνεται και από περαιτέρω στατιστική ανάλυση ($\chi^2=17.326$, $df=1$, $p=0.000$, Fisher`s Exact Test $p=0.000$), όπως επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της άσκησης και της ηλικίας ($\chi^2=18.003$, $df=1$, $p=0.000$, Fisher`s Exact Test $p=0.000$) με κυριότητα στις ηλικίες 12-14 ετών.

Όσον αφορά στην κανονικότητα της περιόδου, οι απαντήσεις φαίνονται στον πίνακα 13 για τις ηλικίες 12-14 ετών (111 κορίτσια) όπου 28 κορίτσια μοιάζει να έχουν ακανόνιστη περίοδο και σε 18 να μην έχει γίνει ακόμα έναρξη της εμμηνορροσίας.

Πίνακας 13. Κανονικότητα περιόδου στα κορίτσια ηλικίας 12-14 ετών.

Ναι	65	58,6%
Όχι	28	25,2%
Δεδομένα που λείπουν (Δεν υπάρχει ακόμα περίοδος)	18	16,2%

Όσον αφορά στις ηλικίες 15-19 και την κανονικότητα της περιόδου φαίνεται ότι από τα 128 κορίτσια τα 28 δεν έχουν κανονικότητα στην περίοδό τους. (Πίνακας 14)

Πίνακας 14. Κανονικότητα της περιόδου στα κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών.

Ναι	99	77,3%
Όχι	28	21,9%
Δεδομένα που λείπουν	1	0,8%

Από τις απαντήσεις σχετικά με την αμηνόρροια, καθορίστηκαν δύο ομάδες, αυτή με μικρότερη διάρκεια από 3 μήνες και αυτή με ίση ή μεγαλύτερη από 3 μήνες (που

αποτελεί και ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση της ανορεξίας). Στον πίνακα 15 φαίνεται ότι από τα 239 κορίτσια τα 11 εμφανίζουν αμηνόρροια για διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο των 3 μηνών.

Πίνακας 15. Αμηνόρροια στα κορίτσια.

<3 μήνες	45
≥3 μήνες	11

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα δεδομένα σχετικά με την ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και του ΔΜΣ για τις ηλικίες 12-14 ετών, όπου ένα κορίτσι φαίνεται να συνδυάζει απουσία έμμηνης ρύσης για διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο των 3 μηνών και να έχει ΔΜΣ κάτω από το κανονικό και για τις ηλικίες 15-19 ετών, όπου 2 κορίτσια φαίνεται να συνδυάζουν απουσία έμμηνης ρύσης για διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο των 3 μηνών και ΔΜΣ κάτω από το κανονικό.

Πίνακας 16. Ημερομηνία τελευταίας έμμηνης ρύσης και ΔΜΣ για κορίτσια 12-14 ετών.

	Κάτω από το κανονικό	Κανονικό	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο	Σύνολο
≥3 μήνες	1	5	0	0	6
<3 μήνες	1	17	2	2	22
Σύνολο	2	22	2	2	28

Πίνακας 17. Ημερομηνία τελευταίας έμμηνης ρύσης και ΔΜΣ για κορίτσια 15-19 ετών.

	Κάτω από το κανονικό	Κανονικό	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο	Σύνολο
≥3 μήνες	2	0	3	0	5
<3 μήνες	1	11	7	4	23
Σύνολο	3	11	10	4	28

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των τιμών του ΔΜΣ και της ημερομηνίας της τελευταίας περιόδου στα κορίτσια 12-14 ετών ($t = -0.959$, $df=26$, $p=0.346$) όσο και σε αυτά των 15-19 ετών ($t = -0.506$, $df=26$, $p=0.617$).

Η ολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) προκύπτει από το άθροισμα των τιμών των 26 απαντήσεων. Σύμφωνα με τους Garner και Garfinkel (1979, 1982) η τιμή 20 θεωρείται τιμή κατώφλι, δηλαδή όταν η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου είναι ίση ή μεγαλύτερη του 20, τότε είναι πολύ πιθανό το άτομο να παρουσιάζει παθολογική διατροφική συμπεριφορά ή να πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή. Βάσει αυτής της διαπίστωσης, τα υποκείμενα της έρευνάς μας ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες, αυτής με τιμή ολικής βαθμολογίας ≥ 20 και αυτής με τιμή ολικής βαθμολογίας < 20 . Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα κατά φύλο και ηλικία.

Πίνακας 18. Ολική βαθμολογία EAT-26, φύλο και ηλικία.

	Ολική βαθμολογία EAT-26 \geq 20	Ολική βαθμολογία EAT-26 $<$ 20
Αγόρια 12-14 ετών	6	101
Κορίτσια 12-14 ετών	20	91
Αγόρια 15-19 ετών	14	112
Κορίτσια 15-19 ετών	17	111
Σύνολο Αγοριών	20 8,6%	213 91,4%
Σύνολο Κοριτσιών	37 15,5%	202 84,5%
Σύνολο	57 12,1%	415 87,9%

Στον πίνακα που προηγείται, παρατηρούμε ότι συνολικά 20 αγόρια και 37 κορίτσια εμφανίζουν ολική βαθμολογία στο EAT-26 \geq 20 και το συνολικό ποσοστό των εφήβων με βαθμολογία ίση ή ανώτερη της τιμής κατωφλίου φτάνει το 12,1%. Επίσης, το ποσοστό των κοριτσιών (15,5%) είναι σχεδόν το διπλάσιο από αυτό των αγοριών

(8,6%). Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και αγοριών και κοριτσιών ($\chi^2=5.286$, $df=1$, $p=0.021$ και Fisher's Exact Test $p=0.024$). Αξιοσημείωτο είναι ότι η στατιστική αυτή σχέση είναι σημαντική όταν αφορά τις ηλικίες 12-14 ετών ($\chi^2=7.989$, $df=1$, $p=0.005$ και Fisher's Exact Test $p=0.006$).

Ως προς τη σύγκριση με στατιστική ανάλυση (One way ANOVA) κατά κοινωνική ομάδα, που προέκυψε από το επάγγελμα του πατέρα, της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και του φύλου φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 των αγοριών και των κοριτσιών και της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν βάσει του επαγγέλματος του πατέρα (Για τα αγόρια: $F=1.146$, $df=5$, $p=0.337$, $\eta^2=0.701$ και για τα κορίτσια: $F=0.485$, $df=5$, $p=0.787$, $\eta^2=0.843$).

Από τη στατιστική ανάλυση (One way ANOVA) με παράγοντα την κοινωνική ομάδα που προέκυψε από το επάγγελμα της μητέρας, της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και του φύλου φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 των αγοριών και των κοριτσιών και της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν βάσει του επαγγέλματος της μητέρας (Για τα αγόρια: $F=1.079$, $df=5$, $p=0.373$, $\eta^2=0.205$ και για τα κορίτσια: $F=0.570$, $df=5$, $p=0.723$, $\eta^2=0.070$).

Από την επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει ότι 4 αγόρια και 7 κορίτσια συνδυάζουν Ολική βαθμολογία του EAT-26 ≥ 20 και ΔΜΣ πολύ πιο κάτω από το κανονικό ή κάτω από το κανονικό. (Πίνακες 19 και 20).

Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας του EAT-26 και του ΔΜΣ στα κορίτσια (12-14 ετών: $r=0.25$, $df=109$, $p=0.008$, 15-19 ετών: $r=0.21$, $df=126$, $p=0.017$).

Πίνακας 19. Ολική βαθμολογία EAT-26 και ΔΜΣ εφήβων 12-14 ετών.

	≥20		<20		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	
Κάτω από το κανονικό	1	1	12	17	31
Κανονικό	2	13	71	66	152
Υπέρβαρο	3	3	11	6	23
Παχύσαρκο	0	3	7	2	12
Σύνολο	6	20	101	91	218

Πίνακας 20. Ολική βαθμολογία EAT-26 και ΔΜΣ εφήβων 15-19 ετών.

	≥20		<20		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	
Πολύ πιο κάτω από το κανονικό	1	0	4	17	22
Κάτω από το κανονικό	2	6	17	38	63
Κανονικό	8	8	75	49	140
Υπέρβαρο	3	3	15	6	27
Παχύσαρκο	0	0	1	1	2
Σύνολο	14	17	112	111	254

Η υποκλίμακα του Ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής (EAT-26), Βουλμιά και Ενασχόληση με τις Τροφές (BET), που αποτελείται από τις ερωτήσεις 3, 4, 9, 18, 21 και 26 του EAT-26, χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο εκτίμησης των παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών τύπου βουλμίας που εντάσσονται τόσο στην βουλμική μορφή της Ψυχογενούς Ανορεξίας όσο και στη διαταραχή της Ψυχογενούς Βουλμίας με τιμή κατωφλίου ίση ή μεγαλύτερη του 9. Βάσει αυτού του κριτηρίου, τα υποκείμενα της έρευνάς μας ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες, αυτής με τιμή βαθμολογίας BET ≥9 και αυτής με τιμή βαθμολογίας BET <9. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα κατά φύλο και ηλικία.

Από τα στοιχεία του πίνακα 21 προκύπτει ότι 2 αγόρια (0,9%) και 3 κορίτσια (1,3%) έχουν βαθμολογία στην υποκλίμακα $BET \geq 9$ και συνολικά το 1,1% του δείγματός μας είναι πιθανό να παρουσιάζουν συμπτώματα Ψυχογενούς Ανορεξίας Βουλιμικού Τύπου ή Ψυχογενούς Βουλιμίας. Ωστόσο, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας στο BET και του φύλου ($\chi^2=0.177$, $df=1$, $p=0.674$, Fisher`s Exact Test $p=1.000$) όσο και της ηλικιακής ομάδας ($\chi^2=1.394$, $df=1$, $p=0.238$, Fisher`s Exact Test $p=0.380$).

Πίνακας 21. Βαθμολογία BET, φύλο και ηλικία.

	Βαθμολογία $BET \geq 9$	Βαθμολογία $BET < 9$
Αγόρια 12-14 ετών	0	107
Κορίτσια 12-14 ετών	1	110
Αγόρια 15-19 ετών	2	124
Κορίτσια 15-19 ετών	2	126
Σύνολο Αγοριών	2 0,9%	231 99,1%
Σύνολο Κοριτσιών	3 1,3%	236 98,7%
Σύνολο	5 1,1%	467 98,9%

Το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (BITE) αποτελείται από 33 ερωτήσεις και συλλέγει πληροφορίες για διατροφικές συμπεριφορές που εντάσσονται στη διαταραχή της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Σύμφωνα με τους Henderson και Freeman (1987), η τιμή 25 αποτελεί την οριακή τιμή για την ολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Βάσει αυτού του κριτηρίου, τα υποκείμενα της έρευνάς μας ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες, αυτής με τιμή ολικής βαθμολογίας ≥ 25 και αυτής με τιμή ολικής βαθμολογίας < 25 . Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα κατά φύλο και ηλικία.

Στον πίνακα 22, φαίνεται ότι 1 αγόρι (0,4%) και 6 κορίτσια (2,5%) έχουν Ολική βαθμολογία στο $BITE \geq 25$. Επίσης, το συνολικό ποσοστό των εφήβων του δείγματός

μας με τιμή κατωφλίου φτάνει το 1,5%. Από περαιτέρω ανάλυση βρέθηκε ότι μόνο στις ηλικίες 15-19 ετών υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας του BITE και του φύλου ($\chi^2=6.049$, $df=1$, $p=0.014$, Fisher's Exact Test $p=0.029$).

Πίνακας 22. Ολική βαθμολογία BITE, φύλο και ηλικία.

	Ολική βαθμολογία BITE \geq 25	Ολική βαθμολογία BITE<25
Αγόρια 12-14 ετών	1	106
Κορίτσια 12-14 ετών	0	111
Αγόρια 15-19 ετών	0	126
Κορίτσια 15-19 ετών	6	122
Σύνολο Αγοριών	1 0,4%	232 99,6%
Σύνολο Κοριτσιών	6 2,5%	233 97,5%
Σύνολο	7 1,5%	465 98,5%

Από τη στατιστική ανάλυση (One way ANOVA) με παράγοντα την κοινωνική ομάδα που προέκυψε από το επάγγελμα του πατέρα, της Ολικής βαθμολογίας του BITE και του φύλου προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής βαθμολογίας του BITE των αγοριών και των κοριτσιών και της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν βάσει του επαγγέλματος του πατέρα (Για τα αγόρια: $F=1.347$, $df=5$, $p=0.246$, $\eta^2=0.208$ και για τα κορίτσια: $F=1.018$, $df=5$, $p=0.408$, $\eta^2=0.553$).

Ως προς τη σύγκριση κατά κοινωνική ομάδα, που προέκυψε από το επάγγελμα της μητέρας, της Ολικής βαθμολογίας του BITE και του φύλου από τη στατιστική ανάλυση (One way ANOVA) φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής βαθμολογίας του BITE των αγοριών και των κοριτσιών και της κοινωνικής ομάδας που ανήκουν βάσει του επαγγέλματος της μητέρας (Για τα

αγόρια: $F=0.827$, $df=5$, $p=0.531$, $\eta^2=0.894$ και για τα κορίτσια: $F=0.967$, $df=5$, $p=0.439$, $\eta^2=0.281$).

Πίνακας 23. Ολική βαθμολογία ΒΙΤΕ και ΔΜΣ εφήβων 12-14 ετών.

	≥ 25		< 25		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	
Κάτω από το κανονικό	1	0	12	18	31
Κανονικό	0	0	73	79	152
Υπέρβαρο	0	0	14	9	23
Παχύσαρκο	0	0	7	5	12
Σύνολο	1	0	106	111	218

Πίνακας 24. Ολική βαθμολογία ΒΙΤΕ και ΔΜΣ εφήβων 15-19 ετών.

	≥ 25		< 25		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	
Πολύ πιο κάτω από το κανονικό	0	0	5	17	22
Κάτω από το κανονικό	0	2	19	42	63
Κανονικό	0	2	83	55	140
Υπέρβαρο	0	2	18	7	27
Παχύσαρκο	0	0	1	1	2
Σύνολο	0	6	126	122	254

Στους πίνακες 23 και 24 αναφέρεται η Ολική βαθμολογία του ΒΙΤΕ και του ΔΜΣ κατά ηλικία και φύλο. Από την στατιστική ανάλυση φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας του ΒΙΤΕ και του ΔΜΣ μόνο στα κορίτσια (12-14 ετών: $r=0.31$, $df=109$, $p=0.001$, 15-19 ετών: $r=0.29$, $df=126$, $p=0.001$).

Στο ερωτηματολόγιο BITE συμπεριλαμβάνονται και δύο υποκλίμακες, αυτή της υποκλίμακας Βαρύτητας Συμπτωμάτων στην οποία καταγράφονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων 6, 7 και 27 και ως τιμή κατωφλίου είναι η τιμή 5 και η υποκλίμακα Συμπτωμάτων που περιλαμβάνει τις απαντήσεις των υπόλοιπων ερωτήσεων με βαθμολογίες που όταν κυμαίνονται κάτω από 10 χαρακτηρίζεται χαμηλή, με βαθμολογίες 10-19 μέση και ≥ 20 υψηλή. Στον πίνακα 25 παρατίθεται η κατανομή της υποκλίμακας Συμπτωμάτων κατά φύλο και ηλικία.

Πίνακας 25. Υποκλίμακα Συμπτωμάτων, φύλο και ηλικία.

	Υποκλίμακα Συμπτωμάτων ≥ 20	Υποκλίμακα Συμπτωμάτων 10-19	Υποκλίμακα Συμπτωμάτων <10
Αγόρια 12-14 ετών	0	21	86
Κορίτσια 12-14 ετών	1	29	81
Αγόρια 15-19 ετών	0	22	104
Κορίτσια 15-19 ετών	7	37	84
Σύνολο Αγοριών	0 0%	43 18,5%	190 81,5%
Σύνολο Κοριτσιών	8 3,3%	66 27,6%	165 69,0%
Σύνολο	8 1,7%	109 23,1%	355 75,2%

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι στην ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών ο μέσος όρος των τιμών στην υποκλίμακα Συμπτωματολογίας των κοριτσιών ($M=8.69$, $SD=5.30$) είναι σημαντικά υψηλότερος ($t= -3.22$, $df=217$, $p=0.001$, για άνισες διακυμάνσεις) από αυτόν των αγοριών ($M=6.89$, $SD=3.42$).

Όσον αφορά στην υποκλίμακα Βαρύτητας Συμπτωμάτων τα αποτελέσματα κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 26. Βαρύτητα Συμπτωμάτων, φύλο και ηλικία.

	Υποκλίμακα Βαρύτητας Συμπτωμάτων ≥ 5	Υποκλίμακα Βαρύτητας Συμπτωμάτων < 5
Αγόρια 12-14 ετών	9	98
Κορίτσια 12-14 ετών	13	98
Αγόρια 15-19 ετών	9	117
Κορίτσια 15-19 ετών	17	111
Σύνολο Αγοριών	18 7,7%	215 92,3%
Σύνολο Κοριτσιών	30 12,6%	209 87,4%
Σύνολο	48 10,2%	424 89,8%

Από την στατιστική ανάλυση δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας Βαρύτητας Συμπτωμάτων και φύλου ($\chi^2=3.009$, $df=1$, $p=0.083$, Fisher`s Exact Test $p=0.094$) όσο και της ηλικίας ($\chi^2=0.003$, $df=1$, $p=0.959$, Fisher`s Exact Test $p=1.000$).

Η διερεύνηση της συσχέτισης της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 με την Ολική βαθμολογία του BITE έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των ερωτηματολογίων στα κορίτσια ($\chi^2=12.323$, $df=1$, $p=0.000$, Fisher`s Exact Test $p=0.006$) και στην ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών των εφήβων του δείγματός μας ($\chi^2=17.011$, $df=1$, $p=0.000$, Fisher`s Exact Test $p=0.002$).

Επιπλέον, η διερεύνηση της συσχέτισης της Ολικής βαθμολογίας του BITE με την βαθμολογία της υποκλίμακας BET του EAT-26 έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των ερωτηματολογίων στα κορίτσια ($\chi^2=51.094$, $df=1$, $p=0.000$ και Fisher`s Exact Test $p=0.002$) και στην ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών των εφήβων του δείγματός μας ($\chi^2=39.987$, $df=1$, $p=0.000$ και Fisher`s Exact Test $p=0.003$).

Ακόμα, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα BET και στην υποκλίμακα Συμπτωματολογίας ($r=0.436$, $df=470$,

$p=0.000$) και μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακας BET και της υποκλίμακας Βαρύτητας ($r=0.192$, $df=470$, $p=0.000$).

Η συνοχή που μελετάται με το ερωτηματολόγιο FACES αφορά στο βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται απομονωμένα ή συνδεδεμένα με την οικογένειά τους, δηλαδή, η συναισθηματική συνοχή ορίζεται ως ο συναισθηματικός δεσμός που νιώθουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους. Η συναισθηματική συνοχή κινείται σε τέσσερα επίπεδα, από πολύ χαμηλή έως πολύ υψηλή ανάλογα με το σκορ των απαντήσεων στις μονές απαντήσεις της Κλίμακας Εκτίμησης Συνοχής και Προσαρμοστικότητας της Οικογένειας. Έτσι έχουμε τη διασπασμένη ή αποσυνδεδεμένη, τη διαχωρισμένη ή χωρισμένη, τη συνδεδεμένη και την αλληλοεμπλεκόμενη ή πολύ συνδεδεμένη οικογένεια.

Πίνακας 27. Συνοχή, φύλο και ηλικία.

	Διασπασμένη	Διαχωρισμένη	Συνδεδεμένη	Αλληλοεμπλεκόμενη
Αγόρια 12-14 ετών	56	29	12	10
Κορίτσια 12-14 ετών	48	29	30	4
Αγόρια 15-19 ετών	62	38	19	7
Κορίτσια 15-19 ετών	59	26	33	10
Σύνολο Αγοριών	118 50,6%	67 28,8%	31 13,3%	17 7,3%
Σύνολο Κοριτσιών	107 44,8%	55 23,0%	63 26,4%	14 5,9%
Σύνολο	225 47,7%	122 25,8%	94 19,9%	31 6,6%

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της υποκλίμακας Συνοχής της οικογένειας κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα. Από τον πίνακα φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί έφηβοι του δείγματός μας (225, 47,7%) θεωρούν την οικογένειά τους

διασπασμένη ως προς τη συνοχή της. Η στατιστική επεξεργασία έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της κλίμακας Συνοχής της οικογένειας και του φύλου ($\chi^2=12.828$, $df=3$, $p=0.005$) και των ηλικιών 12-14 ($\chi^2=10.831$, $df=3$, $p=0.013$).

Από στατιστική διερεύνηση προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ Ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της υποκλίμακας Συνοχής όταν αφορά τα κορίτσια ($\chi^2=8.894$, $df=3$, $p=0.031$) και όταν αφορά την ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών των εφήβων του δείγματός μας ($\chi^2=13.788$, $df=3$, $p=0.003$).

Επιπλέον, προέκυψε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων των τιμών της υποκλίμακας Συνοχής με Ολική βαθμολογία BITE \geq 25 και αυτών με Ολική βαθμολογία BITE $<$ 25 ($t= -1.33$, $df=470$, $p=0.183$).

Η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής ομάδας με βάση το επάγγελμα του πατέρα και της υποκλίμακας Συνοχής έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση (Για τα αγόρια: $F=0.649$, $p=0.663$, για τα κορίτσια: $F=2.007$, $p=0.079$). Στατιστικά σημαντική σχέση φάνηκε να μην υπάρχει και μεταξύ του επαγγέλματος της μητέρας και της υποκλίμακας Συνοχής (Για τα αγόρια: $F=0.542$, $p=0.744$, για τα κορίτσια: $F=1.265$, $p=0.280$).

Το ερωτηματολόγιο FACES μελετά επίσης την προσαρμοστικότητα της οικογένειας που αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα οικογενειακό σύστημα είναι ευέλικτο και ικανό να αλλάζει. Η οικογενειακή προσαρμοστικότητα ορίζεται ως η ικανότητα μιας οικογένειας να μεταβάλλει την ιεραρχική δομή, τους ρόλους και τους κανόνες που ρυθμίζουν τις σχέσεις των μελών, ώστε να χειριστεί το στρες που προκαλούν κάποιες εξωτερικές συνθήκες ή ακόμα και εξελικτικές ανάγκες του συστήματος. Ανάλογα με τη βαθμολογία που συγκεντρώνεται έχουμε την άκαμπτη, τη δομημένη, την ευέλικτη και την πολύ ευέλικτη ή χαοτική οικογένεια. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας της οικογένειας κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 28. Προσαρμοστικότητα, φύλο και ηλικία.

	Άκαμπτη	Δομημένη	Ευέλικτη	Χαοτική
Αγόρια 12-14 ετών	40	32	22	13
Κορίτσια 12-14 ετών	36	33	30	12
Αγόρια 15-19 ετών	26	40	34	26
Κορίτσια 15-19 ετών	15	46	34	33
Σύνολο Αγοριών	66	72	56	39
	28,3%	30,9%	24,0%	16,7%
Σύνολο Κοριτσιών	51	79	64	45
	21,3%	33,1%	26,8%	18,8%
Σύνολο	117	151	120	84
	24,8%	32,0%	25,4%	17,8%

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των εφήβων του δείγματός μας (151, 32%) θεωρούν την οικογένειά τους δομημένη ως προς την προσαρμοστικότητά της. Η στατιστική διερεύνηση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της κλίμακας Προσαρμοστικότητας της οικογένειας και της ηλικιακής ομάδας ($\chi^2=26.695$, $df=3$, $p=0.000$).

Η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής ομάδας με βάση το επάγγελμα του πατέρα και της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση (Για τα αγόρια: $F=0.916$, $p=0.471$, για τα κορίτσια: $F=1.653$, $p=0.147$). Όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος της μητέρας και της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση στα αγόρια ($F=1.573$, $p=0.169$) αλλά υπήρξε στα κορίτσια ($F=2.564$, $p=0.028$). Μετά από έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων βρέθηκε ότι ο μέσος όρος των τιμών της προσαρμοστικότητας στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα ήταν σημαντικά διαφορετικός από τον μέσο όρο των εργατών ($p=0.035$) και από τον μέσο όρο των ανέργων ή συνταξιούχων ($p=0.028$).

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας και της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 ($\chi^2=2.650$, $df=3$, $p=0.449$), αλλά ούτε βρέθηκαν και στατιστικά σημαντικές διαφορές

μεταξύ των μέσων όρων των τιμών της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας με Ολική βαθμολογία στο $BITE \geq 25$ και αυτών με Ολική βαθμολογία $BITE < 25$ ($t = -1.65$, $df = 470$, $p = 0.100$).

Συγκεντρωτικά μετά από υπολογισμό των τιμών της υποκλίμακας Συνοχής και της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας, προκύπτει ένας τύπος οικογένειας που ανάλογα με τη βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ των υγιών ή ισορροπημένων οικογενειών, αυτών με μέσες τιμές και αυτών με ακραίες τιμές ή δυσλειτουργικές. Στον πίνακα 29 παρουσιάζεται συνολικά ο τύπος της οικογένειας που προκύπτει από τον συμψηφισμό της υποκλίμακας Συνοχής και της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 29. Κατανομή τύπου οικογένειας κατά φύλο και ηλικία.

	Ακραίων Τιμών	Μέσων Τιμών	Ισορροπημένες
Αγόρια 12-14 ετών	36	47	24
Κορίτσια 12-14 ετών	24	52	35
Αγόρια 15-19 ετών	28	65	33
Κορίτσια 15-19 ετών	22	73	33
Σύνολο Αγοριών	64 27,5%	112 48,1%	57 24,5%
Σύνολο Κοριτσιών	46 19,2%	125 52,3%	68 28,5%
Σύνολο	110 23,3%	237 50,2%	125 26,5%

Από τον πίνακα φαίνεται ότι 125 έφηβοι (26,5%) της έρευνάς μας έχουν κατατάξει την οικογένειά τους, σύμφωνα με τη βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο FACES, στις ισορροπημένες, ενώ το 23,3% του δείγματός μας την έχει κατατάξει σαν ακραίο τύπο. Το 50,2% μοιάζει να βρίσκεται στις μεσαίες κατηγορίες. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας Συνοχής και της υποκλίμακας Προσαρμοστικότητας ($\chi^2 = 48.027$, $df = 9$, $p = 0.000$). Ωστόσο, δεν

βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ του τύπου οικογένειας και του φύλου ($\chi^2=4.551$, $df=2$, $p=0.103$), αλλά ούτε και μεταξύ του τύπου οικογένειας και της ηλικιακής ομάδας ($\chi^2=5.002$, $df=2$, $p=0.082$).

Ακόμα, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κοινωνικής ομάδας (σύμφωνα με το επάγγελμα του πατέρα) και του τύπου οικογένειας ($\chi^2=15.057$, $df=10$, $p=0.130$). Αντίθετα, υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επαγγέλματος της μητέρας και του τύπου οικογένειας ($\chi^2=21.552$, $df=10$, $p=0.018$).

Επιπλέον, δεν βρέθηκαν διαφορές στους μέσους όρους των τριών τύπων οικογένειας σε σχέση με την βαθμολογία στο EAT-26 ($F=0.541$, $p=0.592$), αλλά ούτε και σε σχέση με την βαθμολογία στο BET ($F=0.084$, $p=0.920$) και με αυτήν στο BITE ($F=2.525$, $p=0.081$).

Ως κριτήρια για την εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας ελήφθησαν:

- α. Ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) Quetelet ($\Delta M\Sigma=B/Y^2$) με τιμές 17,5 ή λιγότερο (ICD-10, WHO, 1992).
- β. Η ολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου EAT-26, με τιμή μεγαλύτερη ή ίση του 20 (Garner 1979).
- γ. Η αμηνόρροια για τα κορίτσια, μεγαλύτερη ή ίση από 3 μήνες (DSM-III-R, 1987).

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο Δείκτης Σωματικής Μάζας Quetelet πρέπει να χρησιμοποιείται από την ηλικία των 16 ετών και άνω. Για μικρότερες ηλικίες χρησιμοποιούνται ειδικοί πίνακες. Στην καμπύλη αναφοράς του ΔΜΣ που έχει εκδοθεί από το Ίδρυμα Ανάπτυξης του Παιδιού σαν μέτρο για την υπόδειξη ότι ένας έφηβος μπορεί να πάσχει από νευρική ανορεξία είναι η χρήση της δεύτερης εκατοστιαίας θέσης ως διακριτικού σημείου.

Πίνακας 30. Εκτίμηση Επικράτησης Ψυχογενούς Ανορεξίας.

	Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)	Σύνολο (%)
1.ΔΜΣ $\leq 17,5$ (για ηλικίες 15-19 ετών)	5 (4%)	17 (13,2%)	22 (8,7%)
1.ΔΜΣ \leq δεύτερης εκατοστιαίας θέσης (για ηλικίες 12-14 ετών)	13 (12,1%)	18 (16,2%)	31 (14,2%)
2.EAT-26 ≥ 20	20 (8,6%)	37 (15,5%)	57 (12%)
3.Αμηνόρροια ≥ 3 μηνών		11 (4,6%)	
1 & 2 (ηλικίες 12-14 ετών)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (0,9%)
1 & 2 (ηλικίες 15-19 ετών)	1 (0,8%)	-	
2 & 3	-	0	
1 & 3 (ηλικίες 12-14 ετών)	-	1 (0,9%)	
1 & 3 (ηλικίες 15-19 ετών)	-	2 (1,6%)	
1, 2 & 3 (ηλικίες 12-14 ετών)	-	0	
1, 2 & 3 (ηλικίες 15-19 ετών)	-	0	

Σχετικά με την επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, από τα στοιχεία του πίνακα 30, προκύπτει ότι σύμφωνα με το κριτήριο του Δείκτη Μάζας Σώματος, 5 αγόρια (4%) και 17 κορίτσια (13,2%) έχουν $\Delta\text{Μ}\Sigma \leq 17,5$ και ανήκουν στο ανορεκτικό φάσμα και είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία, όπως και τα 13 αγόρια (12,1%) και τα 18 κορίτσια (16,2%) των μικρότερων ηλικιών. Σύμφωνα με το κριτήριο EAT-26 ≥ 20 , 20 αγόρια (8,6%) και 37 κορίτσια (15,5%) ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία, που σημαίνει ότι συνολικά το 12% των εφήβων της έρευνάς μας παρουσιάζει παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές. Ως προς την αμηνόρροια

διάρκειας τουλάχιστον τριών μηνών, βρέθηκαν 11 κορίτσια (4,6%) που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του $\Delta\text{Μ}\Sigma \leq 17,5$ και την Ολική βαθμολογία στο $\text{EAT-26} \geq 20$, 1 αγόρι και κανένα κορίτσι ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία για τις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ 1 αγόρι και 1 κορίτσι πληρούν αυτά τα κριτήρια στις μικρότερες ηλικίες. Λαμβάνοντας υπόψη την Ολική βαθμολογία στο $\text{EAT-26} \geq 20$ και την αμηνόρροια ≥ 3 μήνες, κανένα κορίτσι δεν φαίνεται να εκπληρώνει αυτά τα κριτήρια. Σύμφωνα με το $\Delta\text{Μ}\Sigma$ και την αμηνόρροια 1 κορίτσι μικρότερης ηλικίας και 2 κορίτσια της ηλικιακής ομάδας 15-19 ετών, βρέθηκαν να πληρούν τα κριτήρια αυτά και έχουν σοβαρή πιθανότητα να πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία.

Τέλος, κανένα αγόρι και κανένα κορίτσι δεν βρέθηκε να εκπληρώνει και τα τρία κριτήρια ταυτοχρόνως.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την εκτίμηση νόσησης από ΨΑ σύμφωνα με το αν και ποια από τα προαναφερθέντα κριτήρια πληρούνται σε κάθε περίπτωση. Όταν εκπληρώνονται τα δύο «σκληρά» κριτήρια, αυτό του $\Delta\text{Μ}\Sigma$ κάτω από το κανονικό και αυτό της αμηνόρροιας, τότε γίνεται κατάταξη ως πιθανή ΨΑ. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις θεωρείται ως μια άτυπη μορφή της νόσου. Ειδικά για τα αγόρια επειδή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί το κριτήριο της αμηνόρροιας ως κριτήριο, έγινε κατάταξή τους σε άτυπες μορφές της νόσου, καθώς απαιτούνται επιπλέον στοιχεία για την διάγνωση.

Πίνακας 31. Εκτίμηση νόσησης από ΨΑ.

α/α	Αριθμός Ερωτηματολογίου	Αμηνόρροια ≥ 3 μήνες	$\Delta\text{Μ}\Sigma$ κάτω από το κανονικό	EAT-26	Εκτίμηση νόσησης από ΨΑ
1	33	Αγόρι	15,22	25	Άτυπη ΨΑ
2	57	Όχι	16,80	36	Άτυπη ΨΑ
3	186	Ναι	15,62	6	Πιθανή ΨΑ
4	255	Αγόρι	15,24	35	Άτυπη ΨΑ
5	277	Ναι	15,24	16	Πιθανή ΨΑ
6	302	Ναι	16,33	6	Πιθανή ΨΑ

Άρα, συνολικά θα λέγαμε ότι κανένας έφηβος δεν φαίνεται να συγκεντρώνει και τα τρία κριτήρια για νόσηση από ΨΑ. Ωστόσο, 3 έφηβοι (0,6%) φαίνεται να εμφανίζουν πιθανή νόσηση από ΨΑ και 3 έφηβοι (0,6%) φαίνεται να εμφανίζουν άτυπη μορφή της ΨΑ. Τέλος, το 12% του δείγματός μας παρουσιάζει παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές σύμφωνα με τη βαθμολογία στο EAT-26.

Πίνακας 32. Εκτίμηση επικράτησης ΨΑ και Παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών.

Κριτήρια 1, 2, 3	0	0
Πιθανή ΨΑ	3/472	0,6%
Άτυπη ΨΑ	3/472	0,6%
Παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές EAT-26 \geq 20	57/472	12%

Πίνακας 33. Εκτίμηση Επικράτησης Ψυχογενούς Βουλμίας.

	Αγόρια (%)	Κορίτσια (%)	Σύνολο (%)
1.Ερωτηματολόγιο BITE			
A). Υποκλίμακα Συμπτωμάτων \geq 20	0	8 (3,3%)	
1.Ερωτηματολόγιο BITE	18 (7,7%)	30 (12,5%)	48 (10,2%)
B). Υποκλίμακα Βαρύτητας \geq 5			
A και B	0	4 (1,7%)	
Ολική βαθμολογία BITE \geq 25	1 (0,4%)	6 (2,5%)	7 (1,5%)
BET \geq 9	2 (0,8%)	3 (1,2%)	5 (1%)

Ως κριτήρια για την εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλμίας ελήφθησαν:

α. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου BITE (Υποκλίμακα Συμπτωμάτων με βαθμολογία μεγαλύτερη του 20 και Υποκλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων μεγαλύτερη του 5) (Henderson, 1987).

β. Η τιμή της κλίμακας βουλιμίας του Ερωτηματολογίου EAT-26, με βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση της τιμής 9 (BET, EAT-26 > 9).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 33, κανένα αγόρι αλλά 8 κορίτσια (3,3%) πληρούν το κριτήριο της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Συμπτωμάτων ≥ 20 , που θα μπορούσε να παρέχει ενδείξεις σχετικά με την πιθανή επικράτηση της Επεισοδιακής Υπερφαγίας. Το κριτήριο της βαθμολογίας στην υποκλίμακα Βαρύτητας ≥ 5 εκπληρώνουν 18 αγόρια (7,7%) και 30 κορίτσια (12,5%). Ταυτόχρονα τα κριτήρια της υποκλίμακας Συμπτωμάτων ≥ 20 και της υποκλίμακας Βαρύτητας ≥ 5 , που σημαίνει πιθανή νόσηση από ΨΒ, εκπληρώνουν 4 κορίτσια (1,7%) και κανένα αγόρι. Ολική βαθμολογία στο BITE ≥ 25 φαίνεται να έχει 1 αγόρι (0,4%) και 6 κορίτσια (2,5%). Το 1,5% του δείγματός μας παρουσιάζει παθολογική διατροφική συμπεριφορά σύμφωνα με τη βαθμολογία στο BITE. Τέλος, 2 αγόρια (0,8%) και 3 κορίτσια (1,2%) πληρούν το κριτήριο της κλίμακας BET ≥ 9 και κατατάσσονται με συνολικό ποσοστό 1% στους πολύ πιθανόν πάσχοντες από διατροφική διαταραχή βουλιμικής συμπτωματολογίας.

Πίνακας 34. Εκτίμηση νόσησης από ΨΒ και πιθανή Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας.

Πιθανή ΨΒ (κριτήρια A και B)	0 Αγόρια	4 Κορίτσια
Βουλιμική Συμπτωματολογία (Υπερφαγία-έμετοι)	2 Αγόρια	3 Κορίτσια
Επεισόδια Υπερφαγίας	0 Αγόρια	8 Κορίτσια
Παθολογική διατροφική συμπεριφορά BITE ≥ 25	1 Αγόρι	6 Κορίτσια

Διενεργήθηκε επίσης η σχέση των παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών με τις υπόλοιπες μεταβλητές που βρέθηκαν συσχετίσεις με τη μεθοδολογία της Διωνυμικής Λογιστικής Παλινδρόμησης, που είναι μια πολυπαραγοντική στατιστική τεχνική για την εκτίμηση της πιθανότητας να συμβεί ή να μη συμβεί ένα γεγονός με βάση τις τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Για τη μεταβλητή Ολική βαθμολογία EAT-26 ως εξαρτημένη, φάνηκε ότι το φύλο, και συγκεκριμένα, τα κορίτσια, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές ($p=0.027$). Επίσης, για τα κορίτσια ειδικά αυτό ισχύει όταν ανήκουν στη διασπασμένη μορφή ως προς τη συνοχή της οικογένειας και ιδιαίτερα όταν είναι μεγαλύτερης ηλικίας ($p=0.028$).

Για την εξαρτημένη μεταβλητή Ολική βαθμολογία BITE, το φύλο, και ειδικά τα κορίτσια, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές και ειδικά σε μεγαλύτερες ηλικίες ($p=0.029$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 χρόνων, η επιδημιολογική έρευνα των διαταραχών διατροφής έχει αυξηθεί, με κοινή διαπίστωση την αύξηση της συχνότητας εμφάνισής τους σε εφήβους (Hoek, 1993, Fombonne, 1995, Fairburn και συν., 1993, Devaud και συν., 1995). Ωστόσο, επισημαίνεται ότι, πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει με σκοπό την ανίχνευση της επικράτησης των διατροφικών διαταραχών στην Ελλάδα και ειδικότερα σε μη κλινικούς πληθυσμούς.

Στην έρευνά μας τα κορίτσια αποτελούν το 50,6% (329) και τα αγόρια το 49,4% (233) του δείγματός μας. Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία μελετήσαμε την ηλικία τους που κυμαίνεται από 12 έως 19 ετών, το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας όπου η μεγαλύτερη διαφορά έγκειται στο ότι η σημαντική πλειοψηφία των μητέρων ανήκει στην κατηγορία άνεργοι, οικιακά και συνταξιούχοι με ποσοστό 42,4% ενώ στους πατεράδες το ποσοστό αυτό αγγίζει το 5,9%.

Σε σχέση με τα σωματομετρικά στοιχεία και ειδικά με το ΔΣΜ, φαίνεται ότι το 14,2% των εφήβων ηλικίας 12-14 ετών παρουσιάζει τιμές κάτω του φυσιολογικού, ενώ στις ηλικίες 15-19 ετών, πολύ κάτω από το κανονικό μοιάζει να είναι το 8,7%.

Ένας παράγοντας που φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις ΔΠΤ είναι η ενασχόληση με κάποια μορφή άσκησης όπου ανήκει το 65,9% των εφήβων μας. Έχει αποδειχτεί ότι η παθολογική διατροφική συμπεριφορά και ο έλεγχος του σωματικού βάρους, καθώς και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών, είναι κοινά στους αθλητές και ιδιαίτερα στις γυναίκες (Brownell, 1995).

Όσον αφορά στην Ολική Βαθμολογία του EAT-26 κατά φύλο, διαπιστώθηκε ότι στα κορίτσια παρουσιάζεται διπλάσιο ποσοστό (15,5%) έναντι 8,6% των αγοριών με

τιμές ίσες ή μεγαλύτερες της τιμής κατωφλίου 20. Επίσης, φαίνεται ότι ο αριθμός των αγοριών αυτών αυξάνεται στις ηλικίες 15-19 ετών, ενώ για τα κορίτσια παραμένει σχεδόν σταθερός στις δύο ηλικιακές ομάδες. Στην έρευνα των Mann και συν. (1983) βρέθηκε ότι το 8,2% των υποκειμένων έλαβαν τιμές πάνω από την τιμή κατωφλίου και αντίστοιχα, στην έρευνα των Eisler και Szmukler (1986) το 4,9%, στου Σίμου (1996) ήταν 24,8% στα κορίτσια και 7,8% στα αγόρια, στου Μωρόγιαννη (1999) το 25,4% (των κοριτσιών), ενώ στη δική μας έρευνα στα αγόρια φτάνει το 8,6% και στα κορίτσια το 15,5%, ενώ το ποσοστό στο σύνολο είναι 12,1%.

Σε σχέση με τη σύγκριση της βαθμολογίας στην υποκλίμακα BET του EAT-26 κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αντίθετα, η σύγκριση της Ολικής Βαθμολογίας στο BITE, αλλά και των υποκλιμάκων Συμπτωματολογίας και Βαρύτητας Συμπτωμάτων, κατά φύλο έδειξε ότι τα κορίτσια υπερέχουν των αγοριών και μάλιστα ο αριθμός τους αυξάνεται στις ηλικίες 15-19 ετών. Αυτό το εύρημα, είναι αντίστοιχο με αυτό του ερωτηματολογίου EAT-26, που συνάδει με την παρατήρηση ότι οι παθολογικές διαταραχές ανορεκτικού και βουλιμικού τύπου αφορούν στην πλειοψηφία τους θήλεα άτομα (Hoek & Van Hoeken 2003; Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom, & Kennedy, 2001). Ακόμα, ο Μωρόγιαννης (1999) βρήκε ότι το 1,2% του δείγματός του εμφανίζει Ολική Βαθμολογία στο BITE ίση ή μεγαλύτερη της τιμής κατωφλίου 25, ποσοστό που στη δική μας έρευνα αγγίζει το 1,5%.

Έγινε επιπλέον και συνυπολογισμός μεταξύ βαθμολογίας του EAT-26 και του ΔΜΣ, όσο και της βαθμολογίας στο BITE και του ΔΜΣ και φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση στα κορίτσια.

Με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων που συμμετέχουν στην εμφάνιση παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών, συγκρίναμε πρώτα τη μέση τιμή της Ολικής Βαθμολογίας του EAT-26 και μετά την Ολική Βαθμολογία του BITE κατά κοινωνική ομάδα, βάσει του επαγγέλματος του πατέρα και της μητέρας. Παρά τις αντικρουόμενες βιβλιογραφικές αναφορές, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κοινωνικής ομάδας και ολικής βαθμολογίας στο EAT-26, όσο και ολικής βαθμολογίας του BITE, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι διατροφικές διαταραχές μοιάζει να είναι ανεξάρτητες από τον παράγοντα κοινωνική τάξη (Garfinkel et al., 1980, Crowther et al., 1985, Garner, 1993).

Έρευνες στην Ελλάδα σε σχέση με την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών έδειξαν τα παρακάτω: Οι Fichter και συν. (1983) στην έρευνά τους στα Ιωάννινα βρήκαν ότι η επικράτηση της ΨΑ ήταν 0,35% και στη Βέροια ήταν 0,41%. Ο Σίμος (1996) βρήκε ότι η επικράτηση κυμαίνεται μεταξύ 1,7% και 2,2%. Στην έρευνα του Μωρόγιαννη (1999) στο Νομό Ιωαννίνων, βρέθηκε ότι το 0,85% των κοριτσιών (4) είναι πολύ πιθανό να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και άλλα 6 από άτυπη μορφή της διαταραχής και ότι 119 κορίτσια (25,4%) παρουσιάζουν παθολογικές συμπεριφορές διατροφής. Επίσης, βρήκε ότι η επικράτηση της ΨΒ ανέρχεται στο 0,3% στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια κυμαίνεται από 0,6% έως 1,1%. Οι Βιτάλη, Γαλάνης, Βελονάκης και Κατοσταράς (2010), στην έρευνά τους στην Πάτρα, αναφέρουν ότι το 16,7% των υποκειμένων της έρευνάς τους παρουσιάζει παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές. Επίσης, οι Γιανακούλια και συν. (2004), βρήκαν ένα ποσοστό της τάξης του 14,2% να εμφανίζει παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές. Συγκριτικά λοιπόν με τις παραπάνω έρευνες, στη δική μας η επικράτηση των παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών σύμφωνα με το EAT-26 ανέρχεται στο 12%. Δεν βρέθηκε κανένας έφηβος να πάσχει από ΨΑ. Ωστόσο, το 0,6% φαίνεται να εμφανίζει πιθανή ΨΑ και το 0,6% άτυπη μορφή της ΨΑ. Ακόμα, παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο BITE φαίνεται να έχει το 2,5% του δείγματός μας. Πιθανή ΨΒ φαίνεται να εμφανίζουν 4 κορίτσια, ενώ η επικράτηση της βουλιμικής συμπτωματολογίας στα αγόρια φτάνει το 0,8% ενώ στα κορίτσια κυμαίνεται μεταξύ 1% και 1,7%.

Ως προς τη διερεύνηση της ολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της Συνοχής της οικογένειας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μόνο στα κορίτσια. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ ολικής βαθμολογίας του BITE και της Συνοχής, αλλά ούτε και μεταξύ ολικής βαθμολογίας στο EAT-26 και στο BITE και της Προσαρμοστικότητας. Γενικά δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της Ολικής βαθμολογίας στο EAT-26 και στο BITE και τον τύπο της οικογένειας. Ωστόσο, το 47,7% των εφήβων του δείγματός μας θεωρεί την οικογένειά του διασπασμένη ως προς τη συνοχή, ενώ φαίνεται ότι τα κορίτσια θεωρούν την οικογένειά τους συνδεδεμένη με διπλάσιο ποσοστό (26,4%) από ότι τα αγόρια (13,3%). Επίσης, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των εφήβων της έρευνας θεωρεί την οικογένειά του άκαμπτη ως προς την προσαρμοστικότητα, ενώ υπάρχουν διακυμάνσεις ως προς τις τιμές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Επιπλέον, πρέπει να

αναφερθούν τα ποσοστά των τύπων της οικογένειας ανάλογα με τη συνολική βαθμολογία στο FACES. Το 50,2% καλύπτει τις μέσες τιμές, το 26,3% τις ισορροπημένες οικογένειες, ενώ το 23,3% ανήκει στις ακραίες τιμές, κάτι που αξίζει περαιτέρω διερεύνηση.

Τέλος, φαίνεται ότι σαν μοντέλο πρόβλεψης ισχύει ότι το φύλο και ειδικά το γυναικείο, η διασπασμένη ως προς τη συνοχή της οικογένεια αλλά και η ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών, λειτουργούν συνδυαστικά ως προβλεπτικοί και αυξητικοί παράγοντες της πιθανότητας να εμφανιστεί παθολογική διατροφική συμπεριφορά σύμφωνα με το EAT-26. Επίσης, το γυναικείο φύλο, αλλά και η ηλικιακή ομάδα των 15-19 ετών, όταν λειτουργούν συνδυαστικά, αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανιστούν παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές σύμφωνα με το BITE.

Ο σκοπός της δικής μας έρευνας ήταν διπλός. Επιδιώξαμε να διερευνήσουμε πόσο συχνή είναι η εμφάνιση των Διατροφικών Διαταραχών στα αγόρια και τα κορίτσια 11-19 ετών σε ένα τοπικό επίπεδο μη κλινικών ομάδων και να εξετάσουμε ποια ενδέχεται να είναι η σχέση μεταξύ της εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και της μορφής οργάνωσης και του τύπου λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος. Η έκδοση του πρώτου επίσημου οδηγού με θέμα τις Διατροφικές Διαταραχές (Practice Guideline for Eating Disorders, APA, 1993) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας αναφέρει ότι μεταξύ των περιοχών της μελλοντικής έρευνας θα πρέπει να περιλαμβάνονται: α) οι επιδημιολογικές έρευνες που θα εκτιμούν την επικράτηση και την επίπτωση της ΨΑ και της ΨΒ σε αναπτυσσόμενες χώρες, β) η διερεύνηση διαγνωστικών μεθόδων που θα διευκολύνουν την πρόωπη αναγνώριση των περιστατικών ΨΑ και ΨΒ, καθώς και την παραπομπή τους για θεραπεία. Σε αυτό επισημαίνεται η χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων (όπως το EAT-26 και το BITE) για επιδημιολογικές έρευνες σε μη κλινικές ομάδες του πληθυσμού και σε ομάδες υψηλού κινδύνου, γ) η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοπολιτιστικών και βιολογικών παραγόντων τόσο στην ανάπτυξη όσο και στη διατήρηση των Διατροφικών Διαταραχών. Επιπλέον, στην κατεύθυνση των νέων προσεγγίσεων στην έρευνα των διατροφικών διαταραχών, σε ένα πρόσφατο άρθρο, σε σχέση με τις επιδημιολογικές έρευνες, δημοσιεύονται οι παρακάτω κλινικές και ερευνητικές προτάσεις (Yan, Hoeken et al., 1999): α) πρέπει στις επιδημιολογικές έρευνες να διερευνώνται, εκτός της επίπτωσης και της επικράτησης και οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου, β) πρέπει να χρησιμοποιούνται ευρέα κριτήρια ώστε να

συμπεριλαμβάνονται οι άτυπες ή υποκλινικές περιπτώσεις και να διερευνώνται οι παράγοντες κινδύνου γι' αυτές, γ) να γίνει γνωστό ότι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προτρέχει μόνο το 12% των ασθενών με ΨΒ και το 45% των ασθενών με ΨΑ, με το λοιπό ποσοστό, να απευθύνεται είτε σε ειδικά κέντρα απευθείας, είτε να μη λαμβάνει καμία φροντίδα, δ) υπάρχει σαφής αύξηση της επικράτησης των ΔΠΤ στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών τα τελευταία 50 χρόνια.

Βάσει των ανωτέρω, η ερευνητική προσπάθεια που καταβλήθηκε φαίνεται να περιλαμβάνει αρκετά από τα στοιχεία των οδηγιών και εκτιμάται ότι θα συμβάλει θετικά στην κατεύθυνση της επιδημιολογικής έρευνας των ΔΠΤ, μέσω των στοιχείων που προσφέρει αλλά και του συγκριτικού σχολιασμού των αποτελεσμάτων της. Χρησιμοποιήθηκαν αξιόπιστα και σταθμισμένα ερωτηματολόγια (EAT-26, BITE, FACES) και έγινε προσπάθεια να εξεταστούν κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες, αλλά και παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε έναν αρκετά μεγάλο αριθμό υποκειμένων που αφορούσε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα της περιοχής. Επιπλέον, αποτελούνταν από μη κλινικές ομάδες του πληθυσμού, κάτι που από τη μία είναι εξαιρετικά σημαντικό καθώς οι περισσότερες έρευνες έως τώρα αφορούσαν κλινικούς πληθυσμούς. Από την άλλη όμως, δεν μπορεί να μας δώσει μια ακριβή εικόνα και σύγκριση των διαφορών μεταξύ υγιών και πασχόντων για διάφορα χαρακτηριστικά των δύο κατηγοριών, όπως του τύπου της οικογένειας με βάση όσα γνωρίζουμε από τη βιβλιογραφία και ίσως πέρα από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να ήταν χρήσιμη και μια κλινική συνέντευξη για μια πιο ξεκάθαρη εικόνα. Επιπλέον περιορισμοί που τίθενται στην έρευνά μας αφορούν στη συλλογή των δεδομένων των σωματομετρικών στοιχείων, όπου πραγματοποιήθηκαν με βάση τις εκτιμήσεις των εφήβων και όχι με ακριβείς μετρήσεις.

Αυτά τα ευρήματα αποτελούν χρήσιμο οδηγό για περαιτέρω έρευνα των παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών. Επιπλέον, θα ήταν πολύτιμος ο σχεδιασμός προγραμμάτων πρόληψης, καθώς οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να ανιχνευτούν έγκαιρα και να προληφθούν. Επίσης, οι παρεμβάσεις καλό θα ήταν να συμπεριλαμβάνουν όλα τα άτομα του περιβάλλοντος των εφήβων, όπως την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα του σχολείου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastasio, P.A., Rose, K.C., & Chapman, J. (1999). Can the media create public opinion? A social-identity approach. *Current Directions in Psychological Science*, 8 (5), 152-155.
- Βάρσου, Ε., Τρίκκας, Γ. (1991). *Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό*. Ανακοίνωση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος.
- Bilali, A., Galanis, P., Velonakis, E., Katostaras, Th. (2010). Factors Associated with Abnormal Eating Attitudes among Greek Adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42 (5), 292-298.
- Boumann, C., Yates, W. (1993). Family Risk Factors for Bulimia Nervosa: Negative Outcome for Three Variables. *Eating Disorders*, 1(1), 62-64.
- Britto, D., Meyers, D., Smith, J., Palmer, R. (1997). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Sibling Sex Ratio and Birth Rank – A Catchment Area Study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 335-340.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P., Newton, T. (1990). Eating Disorders and Perceived Relations with Parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 479-485.
- Colahan, M., Robinson, P.H. (2002). Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 24, 17-30.
- Cooper, M.J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1-16.
- Crisp, A.H. (1995). *Anorexia Nervosa: Let me be*. I.E.A., London.
- Dolan, B., Evans, C., Lecey, H. (1989). Family Composition and Social Class in Bulimia-A Catchment Area Study of a Clinical and a Comparison Group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (5), 267-272.
- Enten, R., Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Evans, C., Street, E. (1995). Possible differences in family patterns in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 17, 115-131.

- Fairburn, G.C., Beglin, J.S. (1990). Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401-408.
- Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Fairburn, Chr. G. & Brownell, K.D. (2002). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press.
- Fassino, S., Amianto, F., Daga, G.A., Leombruni, P., Garzaro, L., Levi, M., & Rovera, G.G. (2003). Bulimic family dynamics: role of parents' personality - a controlled study with the temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (1), 70-77.
- Fonseca, H., Ireland, M., Resnick, M. (2002). Familial Correlates of Extreme Weight Control Behaviors among Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 441- 448.
- Fulkerson, J., Strauss, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Boutelle, K. (2007). Correlates of Psychosocial Well-Being Among Overweight Adolescents: The Role of the Family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 181-186.
- Garner, D., Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, London, The Guilford Press.
- Gilbert, S. (2005). *Counselling for Eating Disorders*. London: SAGE Publications.
- Gillett, K., Harper, J., Larson, J., Berrett, M., Hardman, R. (2009). Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(2), 159-174.
- Green, R., Harris, R., Forte, J., Robinson, M. (1991). Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2.440 Families. *Family Process*, 30, 55-73.
- Grigg, M., Bowman, J., Redman, S. (1996). Disordered Eating and Unhealthy Weight Reduction Practices among Adolescent Females. *Preventive Medicine*, 25, 748-756.
- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A., Kappler, C., Voegelé, C. (2009). Family Structure, Body Mass Index and Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 332-338.
- Hodges, E., Cochrane, C., Brewerton, T. (1998). Family Characteristics of Binge-Eating Disorder Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 145-151.
- Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

- Howitt, D., Cramer, D. (2010). *Στατιστική με το SPSS16*. Με εφαρμογές στην Ψυχολογία και τις Κοινωνικές Επιστήμες. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York, London, Guilford Press.
- Humphrey, L. (1986). Family Relations in Bulimic-Anorexic and Nondistressed Families. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 223-232.
- ICD-10. (1993). *Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Kagan, D., Squires, R. (1985). Family Cohesion, Family Adaptability and Eating Behaviors among College Students. *International Journal of Eating Disorders*, 4(3), 267-279.
- Kluck, A. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471-483.
- Kog, E., Vandereycken, W. (1989). Family Interaction in Eating Disorder Patients and Normal Controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11-23.
- Κωστοπούλου, Μ. (2007). *Γνωσιακές Διαστρεβλώσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: «Η Σύγχυση Σκέψης και Σωματικού Εαυτού»*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Lacey, H., Gowers, G., Bhat, V. (1991). Bulimia Nervosa: Family Size, Sibling Sex and Birth Order-A Catchment Area Study. *British Journal of Psychiatry*, 158, 491-494.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G.F.M. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa – a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 347-357.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C., & Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Μαδιανός, Μ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.
- McKinley, N.M. (1999). Women and objectified body consciousness: mothers and daughter's body experience in cultural developmental and familial context. *Developmental Psychology*, 35, 760-769.
- Mendelson, B., White, D., Schliecker, E. (1995). Adolescents' Weight, Sex and Family Functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 73-79.

- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Μπαφίτη, Β.Τ. (2001). Η λειτουργία της γονεϊκής οικογένειας ως συστήματος και η εσωτερική συγκρότηση του ατόμου ως παράγοντες ψυχικής και σωματικής υγείας. *Ψυχολογία*, 8 (2), 249-260.
- Μωρόγιαννης, Φ. (2000). *Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία*. (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων). Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors, *International Journal of Obesity*, 26 (1), 123-131.
- Olson, D. (1991). Commentary: Three-Dimensional (3-D) Circumplex Model and Revised Scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74-79.
- Palazzoli, M. (1978). *Self Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. New York, Jason Aronson.
- Σίμος, Γ. (1996). *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης*. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2009). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., Hussain, N. (1991). Personality and Family Disturbances in Eating-Disorder Patients: Comparison of “Restricters” and “Bingers” to Normal Controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 501-512.
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), 714-723.
- Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (1995). *Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research*. John Wiley.
- Tata, Ph., Fox, J., Cooper, J. (2001). An Investigation into the Influence of gender and Parenting Styles on Excessive Exercise and Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, 9, 194-206.

- Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., McKenzie, J., Bulik, C. (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
- Vandereycken, W., Van Vreckem, E. (1992). Siblings of Patients with an Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (3), 273-280.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnic, M., and Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Waller, G., Slade, P., Calam, R. (1990). Family Adaptability and Cohesion: Relation to Eating Attitudes and Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 225-228.
- Walsh, B.T. & Cameron, V.L. (2005). *If Your Adolescent Has an Eating Disorder. An essential Resource for Parents*. Oxford: University Press.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K., & Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 290-299.
- Χρέμου, Α. (2008). *Επίδραση της Σύστασης της Δίαιτας στην Απώλεια Βάρους και τη Σύσταση Σώματος σε Παχύσαρκους Εφήβους (αγόρια)*. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Zaider, T.I., Johnson, J.G., Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 58-67.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ πολύ να συμπληρώσετε τα γενικά στοιχεία που ζητούνται σε όλα τα πεδία. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία σας.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ):

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΦΥΛΟ:

ΥΨΟΣ:

ΒΑΡΟΣ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:

Γυμνάζεστε συστηματικά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν είστε γυναίκα, είναι η περίοδός σας κανονική; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, ποια είναι η ημερομηνία της τελευταίας περιόδου;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)

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

Σας ευχαριστώ πολύ.

	Πάντοτε	Συνήθως	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
1.Με τρομοκρατεί η σκέψη ότι μπορεί να είμαι βαρύτερος/η από το κανονικό.						
2.Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω.						
3.Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού.						
4.Μου συμβαίνει να τρώω κατά κόρον, οπότε αισθάνομαι ότι δεν θα μπορέσω να σταματήσω.						
5.Όταν τρώω, κόβω την τροφή μου σε μικρά-μικρά κομματάκια.						
6.Έχω πλήρη επίγνωση για το πόσες θερμίδες περιέχουν οι τροφές που τρώω.						
7.Αποφεύγω ιδιαίτερα τις						

τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι κλπ).						
8.Πιστεύω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.						
9.Κάνω εμετό μετά το φαγητό.						
10.Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχος/η αφού έχω φάει.						
11.Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος.						
12.Σκέφτομαι όταν γυμνάζομαι ότι καίω θερμίδες.						
13.Οι άλλοι νομίζουν ότι είμαι πολύ λεπτός/ή.						
14.Με απασχολεί πολύ η σκέψη ότι έχω περίσσιο πάχος στο σώμα μου.						
15.Κάνω περισσότερη ώρα από τους άλλους να φάω το φαγητό μου.						
16.Αποφεύγω τις τροφές που περιέχουν ζάχαρη.						
17.Τρώω διαιτητικές τροφές (ή τροφές διαίτης).						
18.Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου.						
19.Ασκώ έλεγχο στον εαυτό μου γύρω από το						

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β.Ι.Τ.Ε.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ, απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας ένα X στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Τα περισσότερα ερωτήματα αναφέρονται σε συναισθήματα και συμπεριφορές που έχουν σχέση με τις συνήθειες της διατροφής σας ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ πολύ.

1. Ακολουθείτε ένα κανονικό πρόγραμμα καθημερινής διατροφής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2. Είσαστε σε αυστηρή δίαιτα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

I

3. Αισθάνεστε αποτυχημένος/η αν παραβιάσετε τη δίαιτά σας για μια φορά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

4. Μετράτε τις θερμίδες από οτιδήποτε τρώτε ακόμα κι αν δεν είστε σε δίαιτα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Μένετε καμιά φορά νηστικός/ή για ολόκληρη μέρα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. Εάν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

Μέρα παρά μέρα

2-3 φορές την εβδομάδα

Μία φορά τη βδομάδα

Πότε – πότε

Συνέβη μία φορά

7. Χρησιμοποιείτε κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους για να χάσετε βάρος;

	Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά τη	2-3 φορές	Κάθε μέρα	2-3 φορές	Πάνω από
--	------	--------	-------------	-----------	-----------	-----------	----------

			βδομάδα	τη βδομάδα		τη μέρα	τρεις φορές τη μέρα
Παίρνετε διαιτητικά χάπια							
Παίρνετε διουρητικά χάπια							
Παίρνετε καθαρτικά							
Προκαλείτε έμετο							

8.Μήπως το πρόγραμμα της διατροφής αναστατώνει πολύ την καθημερινή σας ζωή;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

9.Θα λέγατε πως το θέμα του φαγητού κυριαρχεί στη ζωή σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10.Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε τόσο πολύ ώστε να σταματάτε από σωματική δυσφορία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11.Υπάρχουν φορές που το μόνο που σκέφτεστε είναι το φαγητό;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

12.Τρώτε μετρημένα μπροστά σε άλλους και κάνετε το αντίθετο στα κρυφά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13.Μπορείτε πάντοτε να σταματήσετε το φαγητό σας όταν το θελήσετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

14.Σας συμβαίνει καμιά φορά να έχετε ακατανίκητη τάση να τρώτε συνεχώς μέχρι σκασμού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15. Όταν έχετε άγχος έχετε την τάση να τρώτε πολύ;
NAI OXI
16. Σας τρομοκρατεί η σκέψη να παχύνετε;
NAI OXI
17. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε μεγάλες ποσότητες τροφής γρήγορα (όχι απλά το φαγητό σας);
NAI OXI
18. Νοιώθετε ντροπή για τον τρόπο που συνηθίζετε να τρώτε;
NAI OXI
19. Στενοχωριέστε για το ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε το πόσο τρώτε;
NAI OXI
20. Καταφεύγετε στο φαγητό για νοιώσετε καλύτερα;
NAI OXI
21. Μπορείτε να αφήσετε φαγητό στο πιάτο σας στο τέλος ενός γεύματος;
NAI OXI
22. Ξεγελάτε τους άλλους γύρω από την ποσότητα του φαγητού που τρώτε;
NAI OXI
23. Καθορίζετε η ποσότητα του φαγητού που τρώτε από το πόσο πολύ πεινάτε;
NAI OXI
24. Σας συμβαίνει καμιά φορά να καταβροχθίζετε μεγάλες ποσότητες φαγητού;
NAI OXI
25. Εάν ναι, αισθάνεστε μετά από κάτι τέτοιο δυστυχισμένος/η;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

26. Αν σας συμβαίνει να τρώτε κατά κόρον, γίνεται αυτό μόνο όταν είστε μόνος/η;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

27. Εάν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

Πολύ σπάνια

Μία φορά το μήνα

Μία φορά τη βδομάδα

2-3 φορές τη βδομάδα

Καθημερινά

2-3 φορές την ημέρα

28. Θα πηγαίνατε σε μακρινές αποστάσεις προκειμένου να ικανοποιήσετε την ανάγκη να φάτε κατά κόρον;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

29. Όταν παραφάτε νοιώθετε μετά πολύ ένοχος/η;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

30. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε κρυφά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

31. Είναι οι συνήθειες του φαγητού σας τέτοιες που να τις θεωρείτε κανονικές;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32. Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι τρώτε με παρορμητικό τρόπο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

33. Μήπως το βάρος σας αυξομειώνεται περισσότερο από 2-3 κιλά τη βδομάδα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΧΗΣ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Παρακαλώ τοποθετήστε έναν από τους αριθμούς που ακολουθούν δίπλα σε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση.

1=Σχεδόν Ποτέ (ΣΠ)

2=Που και Που (ΠΠ)

3=Μερικές Φορές (ΜΦ)

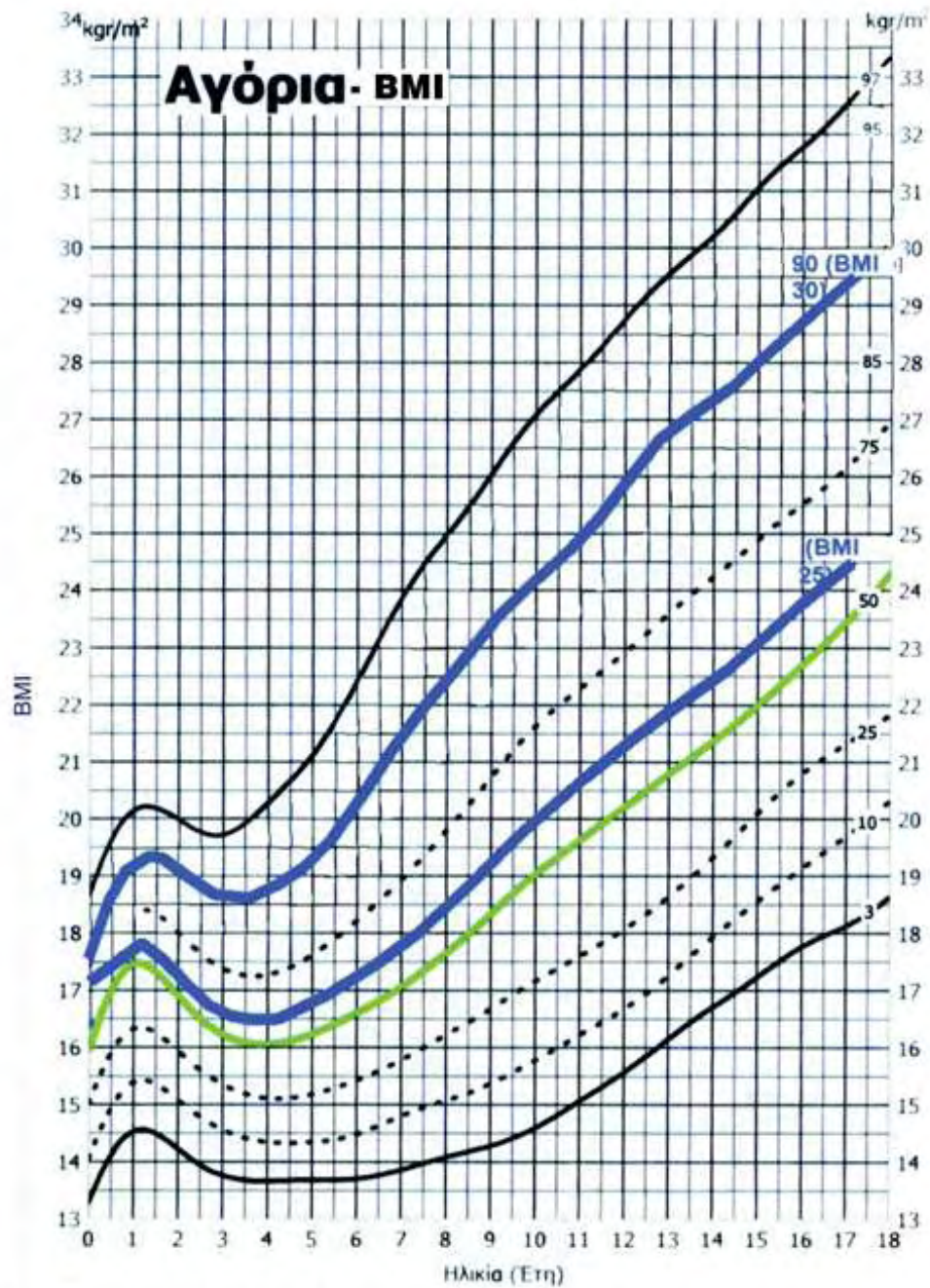
4=Συχνά (Σ)

5=Σχεδόν Πάντα (ΣΠ)

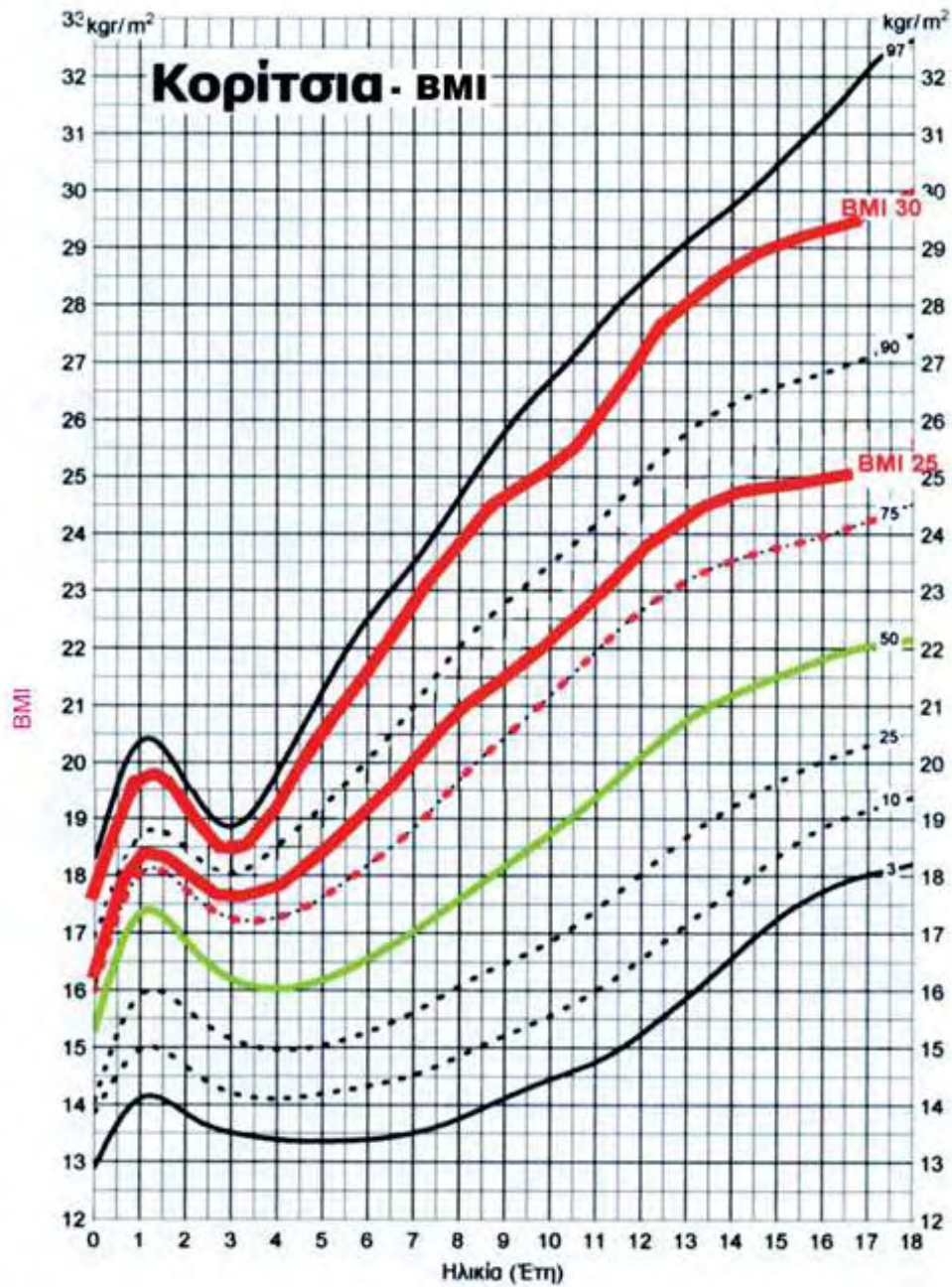
Παρακαλώ περιγράψτε την οικογένειά σας όπως είναι τώρα:

	Σχεδόν Ποτέ	Που και Που	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν Πάντα
1.Τα μέλη της οικογένειάς μου ζητούν βοήθεια το ένα από το άλλο.					
2.Στη λύση των προβλημάτων ακολουθούνται οι υποδείξεις των παιδιών.					
3.Εγκρίνουμε ο ένας τους φίλους του άλλου.					
4.Τα παιδιά έχουν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους.					
5.Μας αρέσει να κάνουμε διάφορα πράγματα ως οικογένεια.					
6.Στην οικογένειά μου διαφορετικά πρόσωπα είναι αρχηγοί.					
7.Νιώθουμε πιο κοντά ο ένας στον άλλο παρά σε άτομα έξω από την οικογένεια.					

8.Στην οικογένειά μου αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε διάφορα θέματα.					
9.Προτιμούμε να περνάμε τον ελεύθερο χρόνο μεταξύ μας.					
10.Στην οικογένειά μου γονείς και παιδιά συζητούν τις τιμωρίες μεταξύ τους.					
11.Νιώθουμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο.					
12.Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις τις παίρνουν τα παιδιά.					
13.Είμαστε όλοι παρόντες στις οικογενειακές συγκεντρώσεις.					
14.Στην οικογένειά μου οι κανόνες αλλάζουν.					
15.Μπορούμε εύκολα να σκεφτούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα ως οικογένεια.					
16.Η ευθύνη του σπιτιού περνά από άτομο σε άτομο.					
17.Συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας.					
18.Είναι δύσκολο να πεις ποιος είναι αρχηγός στην οικογένειά μου.					
19.Η συνοχή της οικογένειάς μου είναι πολύ σημαντική.					
20.Στην οικογένειά μου είναι δύσκολο να πεις ποιος κάνει ποιες δουλειές του σπιτιού.					



ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ (ΕΘ) ΒΜΙ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ. ΜΕ ΕΝΤΟΝΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΙΣΗ ΠΑΡΙΣΤΑΝΤΑΙ ΟΙ ΕΘ ΠΟΥ ΔΙΑΤΕΜΝΟΥΝ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΒΜΙ 25 ΚΑΙ 30 ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΧΩΡΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΤΟ ΥΠΕΡΒΑΡΟ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΤΟΜΟ.

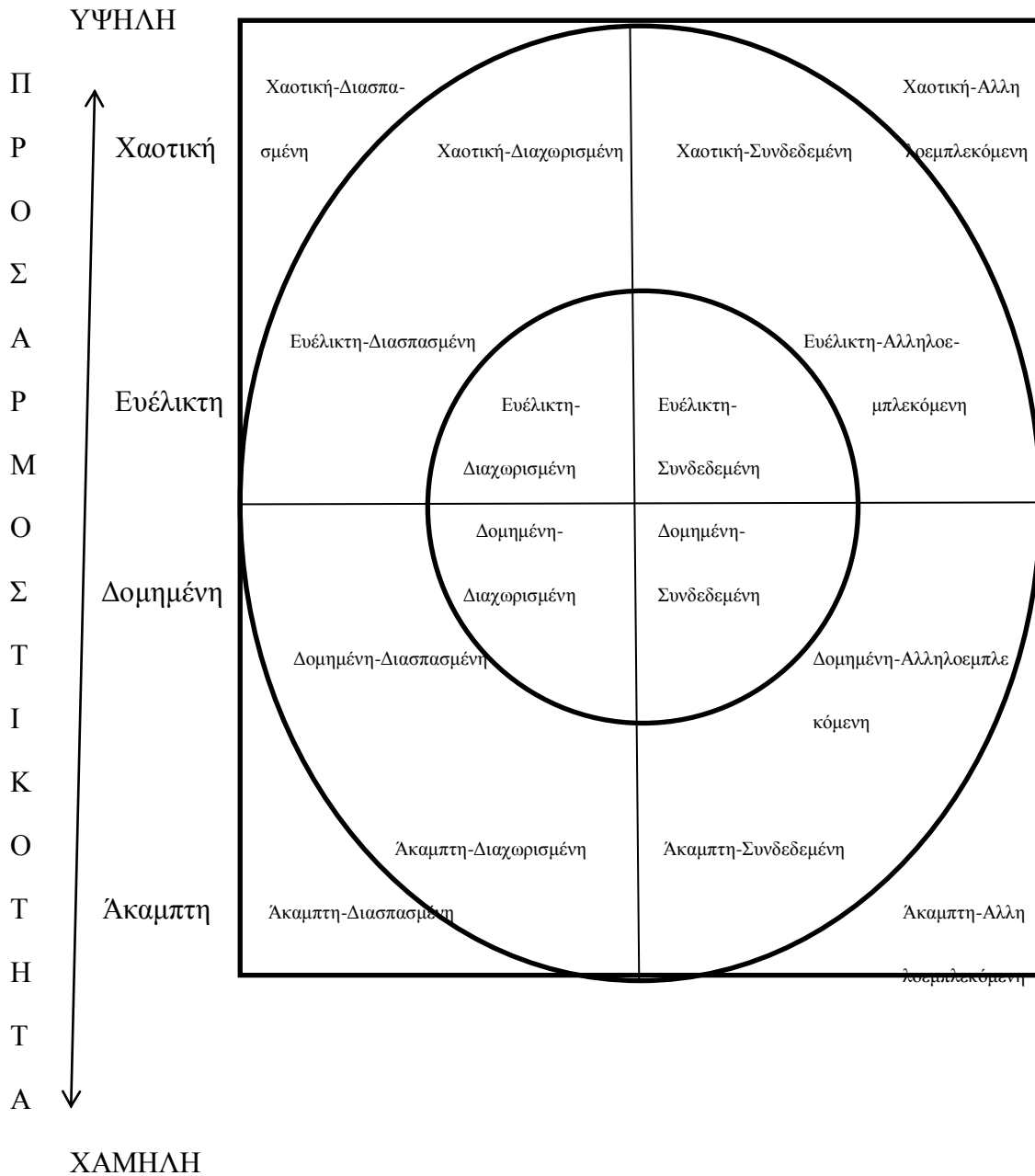


ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ (ΕΘ) ΒΜΙ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ. ΜΕ ΕΝΤΟΝΗ ΔΙΑΓΡΑΜΜΙΣΗ ΠΑΡΙΣΤΑΝΤΑΙ ΟΙ ΕΘ ΠΟΥ ΔΙΑΤΕΜΝΟΥΝ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΒΜΙ 25 ΚΑΙ 30 ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΧΩΡΙΖΟΥΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΤΟ ΥΠΕΡΒΑΡΟ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΤΟΜΟ.

ΣΥΝΟΧΗ

ΧΑΜΗΛΗ ←————→ ΥΨΗΛΗ

Διασπασμένη Διαχωρισμένη Συνδεδεμένη Αλληλοεμπλεκόμενη



Μοντέλο οικογενειακής λειτουργικότητας, που διακρίνει τον τύπο της σε τρεις διαστάσεις: την ακραία (στις γωνίες), την μεσαία (στο πλαίσιο του μεγάλου κύκλου) και την ισορροπημένη (στο πλαίσιο του μικρού κύκλου).