

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 14-22 ΕΤΩΝ ΣΤΙΣ
ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΔΡΑΜΑ ΚΑΙ ΤΡΙΚΑΛΑ.**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΚΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ : ΜΠΕΖΟΥΡΓΙΑΝΝΗ ΗΡΩ
ΣΑΚΩΛΗ ΙΩΑΝΝΑ - ΖΩΗ**

**STUDY OF DEVELOPMENT LIABILITY OF EATING DISORDERS ON PEOPLE
AGED 14-22
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ
ΤΡΟΦΗΣ (Δ.Π.Τ) ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 14-22 ΕΤΩΝ**

Bezourgianni Iro
Μπεζουργιάννη Ηρώ
Sakoli Ioanna- zoi
Σακώλη Ιωάννα -Ζωή

Ιούλιος 2006

The subject of the present project is the Study of Development Liability of Eating Disorders on people aged 14-22. Eating Disorders or eating behavior disorders are psychiatric diseases that have as main characteristic the constant occupation of the person with nutrition, food and body weight

In the framework of the present project we study the Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, voracity , the Atypical Eating Disorders, their etiology, their behavior characteristics, their diagnostic criteria, the medical relapses, their treatment as well as the role of the dietician for the approach and confrontation of eating dishorders.

AIM: This specific research concerns the eating behaviors and the sentiments related to the eating habits of young people. The aim of this research was to specify the aforementioned data according to sex, age, type of school, residential area and the eating subjects children are taught.

METHODS: For the research we used the “ Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire” (MPEQ) and the statistic process was realized with the aid of SPSS and EXCEL. The questionnaire was addressed to students of United Lyceums and Technical Professional Institutes (TPI) of Drama and Trikala.

RESULTS: The results of the study concern only the regions from which we took the sample. In drama and Trikala the girls are more prone to the development of Eating Disorders, in children aged 14 to 15 the tendency for the adoption of a more healthy way of nutrition is less and increases with the increase in age. We can see greater liability for the development of Eating Disorders in big cities. Students that study in United Lyceums are more sensitive about the prevention and manipulation of Eating Disorders. The sense of responsibility for their growth is also increased.

Το θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι η Διερεύνηση Προδιάθεσης Ανάπτυξης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (Δ.Π.Τ) Σε Άτομα Ηλικίας 14-22 Ετών. Η διαταραχές πρόσληψης τροφής ή διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς είναι ψυχιατρικές ασθένειες που

έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό τους τη συνεχή ενασχόληση του ατόμου με τη διατροφή, το φαγητό και το σωματικό του βάρος.

Στα πλαίσια της εργασίας μελετώνται η ψυχογενής Ανορεξία, η ψυχογενής Βουλιμία, η Αδηφαγία οι Άτυπες Διατροφικές διαταραχές, η αιτιολογία τους, τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά τους, τα διαγνωστικά τους κριτήρια, οι ιατρικές επιπλοκές τους, η θεραπεία τους καθώς επίσης και ο ρόλος του διαιτολόγου για τη προσέγγιση και αντιμετώπιση των Δ.Π.Τ

ΣΚΟΠΟΣ: Η συγκεκριμένη έρευνα αφορά στις διατροφικές συμπεριφορές και στα συναισθήματα που σχετίζονται με τη διατροφή στους νέους. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν τα παραπάνω στοιχεία, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τον τύπο του σχολείου, την περιοχή κατοικίας και από τα μαθήματα διατροφής που διδάσκονται τα παιδιά .

ΜΕΘΟΔΟΙ: Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το «Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Ψυχολογίας της Διατροφής» (Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire - MPEQ), και η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS και EXCEL. Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε σε μαθητές Ενιαίων Λυκείων και Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε) της Δράμας και των Τρικάλων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούν μόνο τις περιοχές από τις οποίες πήραμε το δείγμα. Στη Δράμα και στα Τρίκαλα τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών, τα παιδιά ηλικίας 14 έως 15 ετών η τάση για υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής είναι μικρότερη και αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας, μεγαλύτερη προδιάθεση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών παρατηρείται στις μεγάλες πόλεις, τα παιδιά που φοιτούν στα ενιαία λύκεια είναι πιο ευαισθητοποιημένα για την πρόληψη και τη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών. Αυξημένο είναι και το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη τους.

Περιεχόμενα

Περίληψη	1
----------	---

Θεωρητικό μέρος

Εισαγωγή

-Ιστορική εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής.	5
Σύγκριση διατροφικών συνηθειών ανάμεσα στη σύγχρονη και παραδοσιακή οικογένεια. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής οι κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα που επηρέασαν τις συνήθειες και τον τρόπο διατροφής της ελληνικής οικογένειας.	5
-Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής	6

Βουλιμία:

-Ιστορική ανασκόπηση της βουλιμίας	8
-Ορισμός της βουλιμίας και κριτήρια διάγνωση	9
-Αίτια εμφάνισης.	12
-Σωματικά χαρακτηριστικά και κατάσταση θρέψης.	15
-Ψυχολογία και προσωπικότητα του βουλιμικού, οικογενειακό περιβάλλον.	17
-Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού	17
-Τρόποι θεραπείας	21
-Διατροφική και ψυχολογική προσέγγιση και αντιμετώπιση	21

Ψυχογενής ανορεξία

-Ιστορική εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής	24
-Ορισμός και τύποι ανορεξίας.	25
-Ιατρικές επιπλοκές της Ψυχογενούς Ανορεξίας	26
-Αίτια εμφάνισης.	29
-Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (ηλικία, φύλο)	29
-Θεραπεία	30
-Διατροφική προσέγγιση και αντιμετώπιση.	32
-Ιδιαίτερες συστάσεις για παιδιά και εφήβους.	35
-Παιδιά και έφηβοι	35
-Επίδραση της ανάπτυξης	36
-Ο ρόλος της εφηβείας	36
-Αξιολόγηση αναμενόμενου βάρους	36
-Πιθανές επιπλοκές κατά την επανασίτιση	37
-Απαραίτητες εξετάσεις	38
-Επιπρόσθετες εξετάσεις	38

Αδηφαγία

-Ορισμός	40
-Διαγνωστικά κριτήρια αδηφαγίας	40
-Οι φαύλοι κύκλοι των διατροφικών διαταραχών.	41

-Η αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών από το διαιτολόγο.	42
-Διατροφικές διαταραχές τις οποίες συναντάμε κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία:	45
Άλλες διατροφικές διαταραχές	
-Ορθορεξία	46
-Παχυσαρκία	46
Ερευνητικό μέρος:	
-Εγκυρότητα και αξιοπιστία.	48
-Ιστογράμματα	50
-Ανάλυση	55
-Αποτελέσματα	56
-Σύγκριση αποτελεσμάτων	
-Αγόρια – κορίτσια	78
-Ανά ηλικία	79
-Ενιαία λύκεια – τεχνολογικά επαγγελματικά εκπαιδευτήρια	78
-Ανά μάθημα διατροφής	79
-Ανά περιοχή	79
-Σχολιασμός	80
Παράρτημα	
-Ερωτηματολόγιο	83
Βιβλιογραφία	95

Θεωρητικό μέρος:**Εισαγωγή:****Ιστορική εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής.**

Περιγραφές συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό που προσομοιάζουν με αυτό που θα ονόμαζε κανείς σήμερα Διαταραχές Διατροφής, βρίσκει κανείς σε όλους σχεδόν τους αρχαίους πολιτισμούς. Σε ιερογλυφικά κείμενα των αρχαίων Αιγυπτίων ή των πρωτόγονων Αφρικανικών φυλών, σε αρχαία Περσικά και σε αρχαία Ρωμαϊκά χειρόγραφα, αλλά και σε κείμενα πολύ παλαιών Κινέζικων δυναστειών, συναντάμε αναφορές σε ανθρώπους που αρνούνταν να καταναλώσουν τροφή, ή αντίθετα σε ανθρώπους που έτρωγαν μεγάλες ποσότητες τροφής και κατέφευγαν έπειτα σε αυτό-προκαλούμενους εμετούς. (5),(18),(20)

Σύγκριση διατροφικών συνηθειών ανάμεσα στη σύγχρονη και παραδοσιακή οικογένεια. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής οι κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα που επηρέασαν τις συνήθειες και τον τρόπο διατροφής της ελληνικής οικογένειας.

Ο διατροφικές διαταραχές παρουσίασαν έξαρση τις τελευταίες δεκαετίες όταν ο τρόπος διατροφής έπαψε να είναι μέσο επιβίωσης και μετατράπηκε σε μέσο ελέγχου και κοινωνικής καταξίωσης. Η διαδικασία του φαγητού εμπειρείχε μια ιεροτελεστία από τα αρχαία χρόνια που συνεχίζεται μέχρι σήμερα στις παραδοσιακές οικογένειες. Η συγκέντρωση των ατόμων γύρω από το τραπέζι συσφίγγει τις σχέσεις των μελών της οικογένειας, αυξάνει την επικοινωνία μεταξύ τους και τους βοηθά να εξωτερικεύσουν και να συζητήσουν τα συναισθήματά τους. (33),(31),(53)

Η πρώτη σχέση εμπιστοσύνης και επικοινωνίας που χτίζουμε στη ζωή μας είναι μέσο του θηλασμού. Το βρέφος δέχεται την τροφή και με τον τρόπο αυτό δημιουργεί το δεσμό με τη μητέρα. (33),(31),(53)

Μια από τις θεωρίες που αναπτύχθηκαν για να δικαιολογήσουν την έξαρση του φαινομένου των διατροφικών διαταραχών είναι η θεωρία των μέσων εκτόνωσης. Μέσα εκτόνωσης με τα οποία ένας άνθρωπος εξωτερικεύει την εσωτερική του ένταση είναι:

- Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (ναρκωτικά, κατάχρηση αλκοόλ)
- Βιαιοπραγία (σωματική και λεκτική)
- Γενετήσιο ένστικτο (σεξουαλική βία)
- Ένστικτο της επιβίωσης (κατανάλωση φαγητού) (53)

Στις σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες εκτός από το ένστικτο της επιβίωσης τα υπόλοιπα είναι κατακριτέα και καταδικαστέα. Για το λόγο αυτό άτομα που δεν εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, έχουν κακή επικοινωνία με τα άτομα του περιβάλλοντός τους – οικογένεια βρίσκουν διέξοδο στη διατροφή. Χρησιμοποιούν τη τροφή με λάθος τρόπους, είτε υπερκαταναλώνοντάς την είτε απέχοντας από αυτή. Έτσι η τροφή γίνεται ένα μέσο ελέγχου, εξωτερίκευσης συναισθημάτων, αυτοτιμωρίας και παρηγορίας. (33),(31),(53)

Ο τρόπος διατροφής είναι ανάλογος με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και αποτελεί ένα μέσο καταξίωσης και προβολής του ατόμου στο περιβάλλον του. Τα ποσοστά εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών είναι υψηλότερα στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις και αυτό οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής. Οι οικογένειες που ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις αλλά και οι οικογένειες που ανήκουν στις μεσαίες οικονομικές τάξεις έχουν μεταβάλει τη ζωή τους σε ένα διαρκή αγώνα απόκτησης υλικών αγαθών, ο οποίος απομακρύνει τα μέλη της οικογένειας, μειώνει την επικοινωνία και δημιουργεί προστριβές. Τα μέλη των οικογενειών αυτών ζουν σε ένα φαύλο κύκλο. (40)(55)

Οι ανάγκες των παιδιών χωρίζονται σε υλικές και συναισθηματικές. Οι γονείς στην προσπάθειά τους να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών τους επικεντρώνονται στις υλικές ανάγκες και παραμελούν τη κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών. Έτσι, υπερπροσφέρουν υλικά αγαθά (φαγητό) χάνοντας όμως την ιεροτελεστία της διαδικασίας του φαγητού που, όπως προαναφέραμε, δημιουργούνται και συσφίγγονται οι οικογενειακοί δεσμοί. Τα παιδιά νιώθουν την έλλειψη του συναισθηματικού δεσίματος και χρησιμοποιώντας τον πρώτο τρόπο επαφής και επικοινωνίας που διδάχθηκαν κατά τη γέννηση τους (θηλασμός – τροφή) απαιτούν την προσοχή. Χρησιμοποιούν την τροφή όχι για κάλυψη των αναγκών της σωματικής θρέψης τους αλλά προσπαθούν να καλύψουν τα συναισθηματικά κενά που έχουν δημιουργηθεί. Η τροφή γίνεται ένα μέσο με το οποίο ελέγχουν και προσελκύουν την προσοχή των γονέων τους. (49)

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής

Το σύνολο των ενεργειών ενός ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής, συνιστούν τη διατροφική συμπεριφορά. Η χαρακτηριστική αυτή συμπεριφορά αναφέρεται στη διαδικασία πρόσληψης τροφής, στις διαιτητικές προτιμήσεις αλλά και αποστροφές και στη ποιότητα της προσλαμβανόμενης τροφής. Η διατροφική συμπεριφορά αποτελεί ένα ψυχοβιολογικό φαινόμενο, που έχει σκοπό τη διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου. (50), (5), (20)

Η διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς ή διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ψυχιατρικές ασθένειες. Το βασικό χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι η συνεχής ενασχόληση με τη διατροφή, το φαγητό και το σωματικό βάρος. Το άτομο διακατέχεται από έντονη επιθυμία να απολέσει βάρος. Η επιθυμία του αυτή τις περισσότερες φορές είναι ανεδαφική και επηρεάζει άμεσα τη σωματική και συναισθηματική υγεία. Ο φόβος αύξησης του σωματικού βάρους εκδηλώνεται μέσα από ένα κύκλο αυτοασιτίας και / ή κύκλους πολυφαγικών επεισοδίων με αυτοπροκαλούμενους εμετούς. (1)

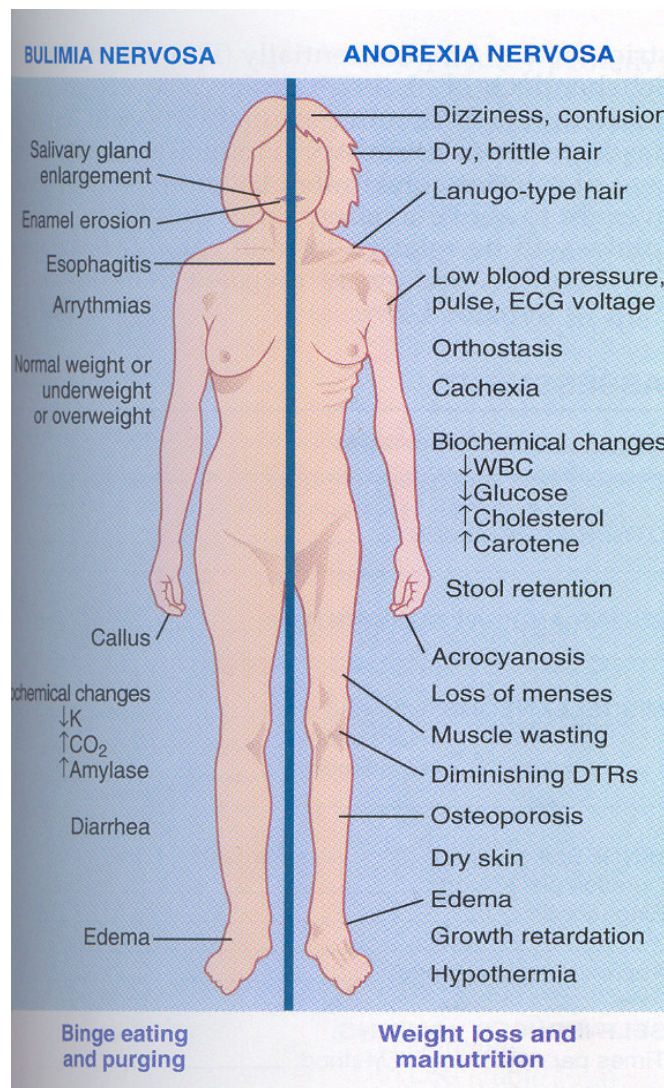
Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χωρίζονται σε 4 τύπους:

- Νευρική Βουλιμία (Nervosa Bulimia)
- Νευρική Ανορεξία (Nervosa Anorexia)
- Αδηφαγία (Binge Eating)
- Άτυπες Διατροφικές Διαταραχές (EDNOS) (17), (49)

Οι βασικές συνέπειες των Διαταραχών Διατροφής σε επίπεδο συμπεριφοράς του ατόμου είναι -ανά περίπτωση- οι εξής:

- Το άτομο ασχολείται συνεχώς με το φαγητό και το βάρος του σώματός του.
- Καταφεύγει συχνά σε υπερφαγικά – βουλιμικά επεισόδια
- Καταφεύγει σε καθαρτική συμπεριφορά

- Αρνείται την κατανάλωση τροφής ή συγκεκριμένων τροφίμων που θεωρεί απαγορευμένα.
- Προσπαθεί να τρώει "στα κρυφά", δηλαδή χωρίς να το βλέπουν άλλα άτομα.
- Καταναλώνει πολύ γρήγορα υπερβολικά μεγάλες ποσότητες τροφής,
- Τρώει με έναν "τελετουργικό" τρόπο (π.χ. κόβει την τροφή σε πολύ μικρά κομματάκια, μασάει κάθε μπουκιά για κάποια λεπτά πριν την καταπιεί κ.λ.π.),
- Κάνει κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και υπακτικών σκευασμάτων (χαπιών ή διαλυμάτων), ή διαιτητικών χαπιών,
- Νηστεύει για μεγάλο χρονικό διάστημα,
- Κάνει υπερβολική και σκληρή σωματική άσκηση.
- Αποφεύγει να συμμετέχει σε δραστηριότητες και να παρευρίσκεται σε κοινωνικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με φαγητό (λ.χ. πάρτυ, οικογενειακά τραπέζια κ.λ.π.). (1), (22), (45).



Εικόνα 1

Οι βασικές συνέπειες των Διαταραχών Διατροφής σε επίπεδο σώματος είναι -ανά περίπτωση- οι εξής:

- Αφυδάτωση.
- Διαταραχή των ηλεκτρολυτών,
- Πόνοι στον λαιμό,
- Πρήξιμο στους αδένες,
- Αιμάτωση των αγγείων των οφθαλμών,
- Φθορά της οδοντοστοιχίας,
- Φθορά της ποιότητας του δέρματος,
- Δυσκοιλιότητα,
- Σοβαρές εντερικές διαταραχές,
- Κούραση και πόνοι στους μυς,
- Ορμονολογικές και γαστρεντερολογικές διαταραχές,
- Έλκος στομάχου,
- Ταχυκαρδία,
- Βλάβες στα νεφρά και στο συκώτι,
- Ρήξη του βλεννογόνου του οισοφάγου,
- Νευρολογικά προβλήματα,
- Καρδιολογικά προβλήματα,
- Θάνατος (45), (33), (55), (50)

Οι βασικές συνέπειες των Διατροφικών συμπεριφορών σε ψυχολογικό επίπεδο είναι -ανά περίπτωση- οι εξής:

- Νοσηρός φόβος για την αύξηση του βάρους και την παχυσαρκία
- Αίσθημα αδυναμίας να ελέγξει τον εαυτό του και τη ζωή του
- Ασκήϊ έντονη κριτική στον εαυτό του,
- Συνδέει το αίσθημα απαξίωσης που τρέφει για τον εαυτό του με το βάρος του σώματός του (λ.χ. αν είμαι παχιά δεν αξίζω τίποτα),
- Παρουσιάζει διαταραχές διάθεσης (όπως κατάθλιψη, θλίψη κ.ά.),
- Έχει έντονο αίσθημα ενοχής (33), (50), (36)

Βουλιμία:

Ιστορική ανασκόπηση της βουλιμίας

Από το 16ο αιώνα αρχίζουν να καταγράφονται περιπτώσεις ατόμων, με χαρακτηριστικά που προσομοιάζουν στην Ψυχογενή Βουλιμία, όπως νυχτερινά επεισόδια υπερφαγίας, εμετοί, κατανάλωση τροφής στα κρυφά και κανονικό σωματικό βάρος, εντούτοις μόλις το 1979 η Ψυχογενής Βουλιμία παρουσιάστηκε ως ξεχωριστό πρόβλημα διατροφής στη βιβλιογραφία. (4), (25), (19), (2)

Το 18ο αιώνα νοσοκομειακοί γιατροί διέκριναν διάφορες μορφές βουλιμίας, μερικές από τις οποίες αντιμετωπίστηκαν ως αρχικές ή ιδιοπαθείς βουλιμίες, συμπεριλαμβανομένων των bulimia helluonum (υπερβολική πείνα), bulimia syncopalis (που λιποθυμούν από την πείνα) και bulimia emetica (υπερκατανάλωση τροφής με εμετό).

Πρώτιστα η βουλιμία θεωρήθηκε ως ένα σημάδι γαστρικής δυσλειτουργίας και μόνο τον 20ο αιώνα λήφθηκαν υπόψη οι συναισθηματικοί – ψυχολογικοί παράγοντες. Ακόμη και τον 19ο αιώνα, όταν είχε αποδοθεί ο χαρακτηρισμός του “υστερικού εμετού” δεν θεωρήθηκε η βουλιμία σαν διατροφική διαταραχή. (4), (25), (19), (2)

Η σύγχρονη έννοια της νευρικής βουλιμίας αποδόθηκε για πρώτη φορά μέσα στα πλαίσια της νευρικής ανορεξίας. Σε διάσπαρτες – σποραδικές εκθέσεις αναφέρθηκαν ασθενείς που εμφάνιζαν καταναγκαστική υπερκατανάλωση τροφής και αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Τα συμπτώματα αυτά θεωρήθηκαν σαν νευρωτική περίπτωση ή παραλλαγή του μοντέλου της νευρικής ανορεξίας. (4), (25), (19), (2)

Μια προσεκτικότερα τεκμηριωμένη έκθεση δημοσιεύθηκε από τον Ελβετό ψυχίατρο Ludwig Binswanger το 1944 με αφορμή την αφήγηση της Ellen West’s σχετικά με την αδιάκοπη προσπάθειά της μείωσης του βάρους της και το πρόβλημα της βουλιμίας που την οδηγούσε στο αυτοπροκαλούμενο εμετό και την κατάχρηση καθαρτικών. (29)

Το σύνδρομο της νευρικής βουλιμίας περιγράφηκε με ονόματα όπως “dysorexia”, “bulimarexia”, “thin – fat syndrome”, “binge – purge syndrome”, “dietary chaos syndrome”.

Το 1979 ο Βρετανός ψυχίατρος Gerald Russell καθιέρωσε τον όρο νευρική βουλιμία ορίζοντάς τον σαν «ισχυρές και ανυπότακτες ωθήσεις προς την υπερκατανάλωση τροφής» σε συνδυασμό με «ένα νοσηρό φόβο για το πάχος» και την αποφυγή «του αποτελέσματος της πάχυνση από τα τρόφιμα με την πρόκληση εμετού ή κατάχρησης καθαρτικών ή και των δύο». (4), (25), (19), (2)

Αρχικά μόνο ο όρος «βουλιμία» καθιερώθηκε στο διεθνές σύστημα ταξινόμησης των διανοητικών διαταραχών, όπως το DSM – III (1980). Εντούτοις ο ορισμός (κυρίως στην Αμερική) «βουλιμία» ήταν περισσότερο σαφής και περιεκτικός από τον ορισμό του βρετανού Gerald Russell «νευρική βουλιμία» που παρέπεμπε σε «δυσοίωνα παραλλαγή της νευρικής ανορεξίας». Το 1987 σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III η διάγνωση συμβάδισε με τη βρετανική ορολογία και μετονομάστηκε η βουλιμία σε νευρική βουλιμία. (4), (25), (19), (2).

Ορισμός της βουλιμίας και κριτήρια διάγνωση

Η νευρογενής βουλιμία είναι ένα σύνδρομο νοσηρής ενασχόλησης με το σωματικό βάρος. Το άτομο υιοθετεί μια μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά με ακαθόριστο πολλές φορές χαρακτήρα. Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους κύκλους υπερφαγικών επεισοδίων και καθαρτικών συμπεριφορών σε συνδυασμό με ένα νοσηρό φόβο για την αύξηση του βάρους και την παχυσαρκία. Τα άτομα που πάσχουν από νευρική βουλιμία διατηρούν κανονικό σωματικό βάρος ή είναι ελαφρώς υπέρβαροι. Υιοθετούν αυτοκαταστροφική διατροφική συμπεριφορά προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά τους προβλήματα, που πολλές φορές είναι σοβαρότερα από τον ψυχαναγκασμό τους απέναντι στη σίτιση και το σωματικό τους βάρος. (49), (48), (17)

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της νευρικής βουλιμίας σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM-IV)

Πίνακας 1.

DSM-IV Diagnostic Criteria for Bulimia Nervosa

Διαγνωστικά κριτήρια για νευρική βουλιμία

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια της υπερκατανάλωσης τροφής. Ένα επεισόδιο υπερκατανάλωσης τροφής μπορεί να χαρακτηρίζεται από τις εξής παραμέτρους:

(1) Κατανάλωση τροφής, σε μια δεδομένη χρονική περίοδο (περίπου 2 ωρών), ποσότητας τροφίμων που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν κατά τη διάρκεια μιας αντίστοιχης χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.

(2) αίσθημα απώλειας του αυτοελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (απώλεια ελέγχου στην ποσότητα, την επιλογή τροφών και στο τερματισμό του επεισοδίου), καταθλιπτική διάθεση και αίσθημα ενοχών και τύψεων στο τέλος.

B. Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη και επικίνδυνη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του βάρους. (πρόκληση εμετού, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, κλυσμάτων, ή άλλων φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης, αλλαγή των δόσεων της ινσουλίνης σε διαβητικά άτομα ή υπεργυμναστική .

C. Εμφάνιση των βουλιμικών επεισοδίων και των αντισταθμιστικών συμπεριφορών τουλάχιστον 2 δύο φορές την εβδομάδα για 3 συνεχόμενους μήνες.

D. Υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα του σώματος. Η αυτοκριτική και ή αυτοπεποίθηση βασίζεται μόνο στο βάρος και την εικόνα του σώματος.

E. Τα βουλιμικά επεισόδια δεν εμφανίζονται σαν αποτέλεσμα της διατροφικής διαταραχής Νευρική Ανορεξία. (49), (18),(14), (27)

Πίνακας 2.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10 για την ψυχογενή βουλιμία είναι:

Εξηγήστε τι είναι το ICD

A. Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για πρόσληψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλώνονται σε βραχείες χρονικές περιόδους

B. Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την παχυντική επίδραση της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Αυτοπροκαλούμενοι εμετοί
- κατάχρηση καθαρτικών ουσιών
- Εναλλασσόμενες περιόδους αποχής από την πρόσληψη τροφής
- Χρήση φαρμάκων όπως ανορεκτικών, θυρεοειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία είναι δυνατό να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη.

Γ. Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης . Ο ασθενής επιβάλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ πιο κάτω από το προ-νοσηρό επίπεδο το οποίο αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. (49)

Η νευρική βουλιμία διακρίνεται σε δύο τύπους:

➤ Καθαρτικός τύπος

Στο καθαρτικό τύπο της Νευρικής Βουλιμίας ο ασθενής χρησιμοποιεί σαν αντισταθμιστική συμπεριφορά την πρόκληση εμετών, τη χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης.

➤ Μη καθαρτικός τύπος

Στο Μη Καθαρτικό τύπο της Νευρικής Βουλιμίας ο ασθενής χρησιμοποιεί άλλες μη φυσιολογικές αντιρροπιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή έντονη και εξαντλητική άσκηση. (49), (17), (2), (52)

Κοινή παράμετρος στους δύο τύπους είναι ο νοσηρός φόβος για την αύξηση του βάρους και το αίσθημα ενοχής και τύψεων που διακατέχει τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Βουλιμία.

Οι ασθενείς που ανήκουν στον μη καθαρτικό τύπο έχουν συγκριτικά με τους ασθενείς που ανήκουν στον καθαρτικό τύπο υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας. Δηλαδή μεγαλύτερη διαταραχή της εικόνας του σώματος, περισσότερη ανησυχία σχετικά με την κατανάλωση τροφής, και περισσότερο επιβλαβή συμπεριφορά. Έχουν επίσης εξαιρετικά υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και κατάχρησης οινόπνευματος.

Περιγράφοντας ένα βουλιμικό επεισόδιο μπορούμε να αναφερθούμε στα συναισθήματα που προκαλεί η κατανάλωση της τροφής. Στα πρώτα λεπτά τα συναισθήματα είναι πολύ ευχάριστα αλλά ακόμη και όταν αυτά αντικατασταθούν από συναισθήματα αηδίας και αποστροφής τα άτομα δεν μπορούν να σταματήσουν την κατανάλωση τροφής. (49), (17), (2), (52)

Η ποσότητα που καταναλώνουν σε ένα επεισόδιο κατά κανόνα είναι μεγάλη ένας στους τέσσερις βουλιμικούς καταναλώνει πάνω από 2000 Kcal σε ένα επεισόδιο βουλιμίας, ένας στους πέντε πάνω από 5000 Kcal, ένας στους δέκα πάνω από 6000 Kcal αλλά έχουν καταγραφεί και μεγαλύτερα ποσά τα οποία φτάνουν τις 15000 Kcal ακόμη και τις 20000 Kcal σε ένα επεισόδιο. Οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τρώνε δύο φορές πιο γρήγορα και καταναλώνουν 81,5Kcal ανά λεπτό σε σχέση με τη μέση γυναίκα που καταναλώνει 38,4Kcal ανά λεπτό.(17)

Τα βουλιμικά επεισόδια διαχωρίζονται σε αντικειμενικά επεισόδια βουλιμίας και υποκειμενικά επεισόδια βουλιμίας. Υποκειμενικά επεισόδια χαρακτηρίζονται τα επεισόδια κατά τα οποία ποσοτικά η τροφή είναι μικρή ή μέτρια αλλά η ταχύτητα και ο τρόπος κατανάλωσης καθώς και τα συναισθήματα κατά την διάρκεια και μετά το επεισόδιο είναι ίδια. Στο αντικειμενικό επεισόδιο βουλιμίας η ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται είναι μεγάλη. (17), (52)

Πολλές φορές επειδή δεν μπορούν να ελέγξουν τις πράξεις τους, οι οποίες όμως τους προκαλούν αποστροφή έχουν μεγάλη νευρικότητα και αμηχανία και προσπαθούν να απασχολήσουν με διάφορους τρόπους την σκέψη τους. Έτσι, μπορεί κατά την διάρκεια του επεισοδίου να βηματίζουν, να διαβάζουν περιοδικά, να ακούν πολύ δυνατά μουσική ή να παρακολουθούν τηλεόραση, για να μην σκέφτονται τι κάνουν. Η λαχτάρα για φαγητό μοιάζει να μην πηγάζει από τους ίδιους, γι' αυτό και χρησιμοποιείται πολύ συχνά ο όρος "καταναγκαστική κατανάλωση τροφής". Υπάρχουν μαρτυρίες που υποστηρίζουν ότι έχουν ένα αίσθημα διαταραχής της συνείδησης, ότι δηλαδή εκείνη τη στιγμή βρίσκονται σε μια κατάσταση ύπνωσης. (17), (52), (51)

Σπάνια αποκαλύπτεται στο περιβάλλον του βουλιμικού το πρόβλημα του, διότι λόγω της αποστροφής προς αυτό που κάνει και της ντροπής που αισθάνεται προσπαθεί με

κάθε τρόπο να το κρύψει. Τα επεισόδια της βουλιμίας εκδηλώνονται μόνο όταν είναι μόνος και πάντα με μεγάλη μυστικότητα.

Η άμεση εξασφάλιση της τροφής έχει πολύ μεγάλη σημασία και το άτομο φτάνει στο σημείο να κλέβει, να καταναλώνει τροφές πεταγμένες ή ακόμη και να ψάχνει στα σκουπίδια. Πολλές φορές τα άτομα αυτά κρύβουν τρόφιμα στο δωμάτιό τους για να τα καταναλώσουν όταν μείνουν μόνοι. (17), (2)

Οι τροφές που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου ποικίλουν από άτομο σε άτομο αλλά είναι κυρίως τροφές που κατά το άτομο αυτό τις έχει ενοχοποιήσει σαν “απαγορευμένες”, “παχυντικές” ή “επικίνδυνες”. Αυτό δε σημαίνει ότι πάντα είναι τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας. Κάθε άτομο ενοχοποιεί διαφορετικά τρόφιμα ανάλογα με τις επιδράσεις του περιβάλλοντός του και τις συνήθειες της οικογένειάς του. Κατά τη διάρκεια ενός βουλιμικού επεισοδίου το άτομο καταναλώνει αλμυρές και γλυκές τροφές μαζί. Προτιμά τρόφιμα που δε χρειάζονται μάσημα (π.χ. τούρτα, κρέμες, ρύζι, μακαρόνια) για να μειώσει το χρόνο του βουλιμικού επεισοδίου. Δεν παρασκευάζει φαγητό, αλλά καταναλώνει οτιδήποτε υπάρχει, ακόμη και ωμό κρέας. Πολλές φορές τρώει χωρίς μαχαιροπίρουνα χρησιμοποιώντας τα χέρια, παίρνοντας το φαγητό μέσα από τα σκεύη μαγειρικής. Στο τέλος υπάρχει ρόφημα, συνήθως γάλα, το οποίο διευκολύνει τον εμετό. (17), (52)

Αίτια εμφάνισης.

Τα αίτια εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας Γενικότερα θα μπορούσαμε να κατατάξουμε τα αίτια εμφάνισης στους παρακάτω παράγοντες:

Τα ακριβή αίτια της βουλιμίας είναι συγκεχυμένα και βρίσκονται ακόμη υπό έρευνα. Φαίνεται πως είναι πολυπαραγοντικά κι εμπλέκουν τόσο την προσωπικότητα των ατόμων, την έκθεσή τους στα πρότυπα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών αναφορικά με την κομψότητα και την ομορφιά αλλά και μια μικρή γενετική προδιάθεση. Στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών πρόσληψης τροφής μπορούν να συμβάλλουν ακόμα και βιοχημικοί, ψυχολογικοί και οικογενειακοί παράγοντες. (36), (50), (54)

Οικογενειακοί παράγοντες:

Οι οικογενειακοί παράγοντες διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο και μπορούν να αποτελέσουν προδιαθεσικό παράγοντα στην εκδήλωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής όπως είναι και η βουλιμία. Χαρακτηριστικά γεγονότα ή περιστασιακά, σημαντικές αλλαγές στη ζωή της οικογένειας (π.χ. θάνατος μέλους, απειλή διαζυγίου) έχουν τη δυνατότητα να δράσουν εκλυτικά και να πυροδοτήσουν την έναρξη της συμπτωματολογίας. Αποτελεί σημαντική βοήθεια η αναζήτηση εκείνων των παραγόντων, που συντηρούν τη συμπτωματολογία. (54), (4), (39).

Η σύνδεση των οικογενειακών παραγόντων με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, κάνοντας χρήση του διπλού <αίτιο- αιτιατό> δυσχεραίνει την κατανόηση του προβλήματος. Η υπερπροστατευτικότητα ενός γονέα δημιουργεί συναισθήματα ανεπάρκειας στο παιδί, που ελέγχοντας την τροφή του, αποπειράται ταυτόχρονα να ελέγξει τους γονείς του. Η απόπειρα αυτή οδηγεί σε απειλή της υγείας, γεγονός που επαυξάνει την υπερπροστατευτικότητα του γονέα. Αυτή με τη σειρά της επαυξάνει τον εξαρτημένο ρόλο του παιδιού. Διαμορφώνεται, έτσι, ένας κύκλος αιτιότητας χωρίς αρχή και τέλος, που οδηγεί ολόκληρο το σύστημα σε αδιέξοδο. Θα ήταν ορθότερο να θεωρήσουμε την οικογένεια όχι ως αιτία της διαταραχής, αλλά ως πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή εκτυλίσσεται. (51), (39)

Βιοχημικοί παράγοντες:

Οι βιοχημικές ανάγκες που αφορούν στην πρόσληψη τροφής γίνονται υποκειμενικά αντιληπτές μέσω διεργασιών στον εγκέφαλο. Οι νευρικοί μηχανισμοί που επηρεάζουν τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής επηρεάζουν και την συναισθηματική και νοητική κατάσταση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Η συμπεριφορά πρόσληψης τροφής αποτελεί βασικό συνδετικό κρίκο για την εξασφάλιση της βιολογικής ισορροπίας και τη προσαρμογή στο περιβάλλον.(1),

Ο Wolfe, Metzger και Jimerson υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής επηρεάζουν την λειτουργία όλων των οργανικών συστημάτων. Στη νευρογενή βουλιμία παρατηρούνται διαταραχές ορμονών και πεπτιδίων, καθώς και δυσλειτουργίες των νευρομεταβιβαστικών συστημάτων. Ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια, καθώς και ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση – θυρεοειδής απαντούν με διαταραχή στην παραγωγή συγκεκριμένων ορμονών και πεπτιδίων. Σημαντική θεωρείται η υπερέκκριση της αυξητικής ορμόνης τις νυχτερινές ώρες καθώς και της προλακτίνης, στους βουλιμικούς, με τους ψυχικά υγιείς, γεγονός που συνδέεται με τη μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων. Οι διαταραχές των νευρομεταβιβαστικών συστημάτων αφορούν τα νευροπεπτίδια και το ναραδρενεργικό, σεροτονινεργικό και νταπαμινεργικό σύστημα. Μειωμένη έκκριση συγκεκριμένων νευροπεπτιδίων, ανωμαλίες στο νοραδρενεργικό σύστημα, μειωμένη κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα (ανωμαλία στους μετασυναπτικούς σεροτονινεργικούς) και ανωμαλίες στις ντοπαμινεργικές οδούς, θεωρούνται προδιαθεσικοί παράγοντες εκδήλωσης νευρογενούς βουλιμίας, αφού αυτές οι μεταβολές μπορεί να οφείλονται στα πολυφαγικά επεισόδια και τους εμετούς. (1)

Ψυχολογικοί παράγοντες:

Η αναζήτηση της συνορηρότητας των διαταραχών πρόσληψης τροφής με τις διαταραχές προσωπικότητας, στηρίζεται αφ' ενός στην παρατήρηση ότι οι θεραπείες στις περιπτώσεις αυτές είναι μακρόχρονες και έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση και αφ' ετέρου στην ανάγκη διαμόρφωσης μιας πολύπλευρης και επικεντρωμένης σε όλες τις ψυχοπαθολογικές πλευρές του ασθενούς θεραπεία. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να δώσει σημαντικά αποτελέσματα στην πρόγνωση και αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. (26), (42), (34)

Ερευνητικά δεδομένα κατέδειξαν διαφορετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας μεταξύ των ασθενών και των ατόμων που δε χρήζουν κλινικής αντιμετώπισης. Οι κλινικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, εξωτερική εστία ελέγχου, αισθήματα αναποτελεσματικότητας, αποξένωση και χειριστικότητα. Οι Narduzzi και Jackson υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής φαίνεται να έχει σύνθετο χαρακτήρα, που σχετίζεται τόσο με την αίσθηση του διαχωρισμού και της ανεξαρτησίας, όσο και με την έννοια της αυτοεκτίμησης. (44), (49)

Η σχέση εικόνας σώματος / διατροφικής συμπεριφοράς και συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας έχει μελετηθεί εκτεταμένα. Άτομα με έντονα νευρωτικά στοιχεία, που περιγράφονται ως αγχώδη, ευερέθιστα και υπερβολικά ανήσυχα για οτιδήποτε τους αφορά, συνηθίζουν να αντιδρούν συναισθηματικά και να γενικεύουν κάθε ψυχολογικό και περιβαλλοντικό ερέθισμα. Ερευνητές υποστηρίζουν τη θετική σχέση μεταξύ: α) του νευρωτισμού και της σωματικής δυσαρέσκειας (και στα δυο φύλα) και β) του διαιτητικού περιορισμού και της έντονης ανησυχίας για τη διατροφή και το σωματικό βάρος. Οι ίδιοι ερευνητές ισχυρίζονται πως η συνεχής ενασχόληση με το σωματικό βάρος, ιδιαίτερα των λιπόσαρκων ατόμων και των γυναικών με το φυσιολογικό σωματικό βάρος, αντανακλά μεταξύ των άλλων, και υψηλά επίπεδα ναρκισσισμού ή αυτοθυσιασμού. Η

κατάσταση αυτή οδηγεί το άτομο σε υπεραξιολόγηση της εξωτερικής του εμφάνισης και το ωθεί σε υπερβολική ενασχόληση με δραστηριότητες που στοχεύουν στη βελτίωση της σωματικής εμφάνισης. (26), (42), (34), (44)

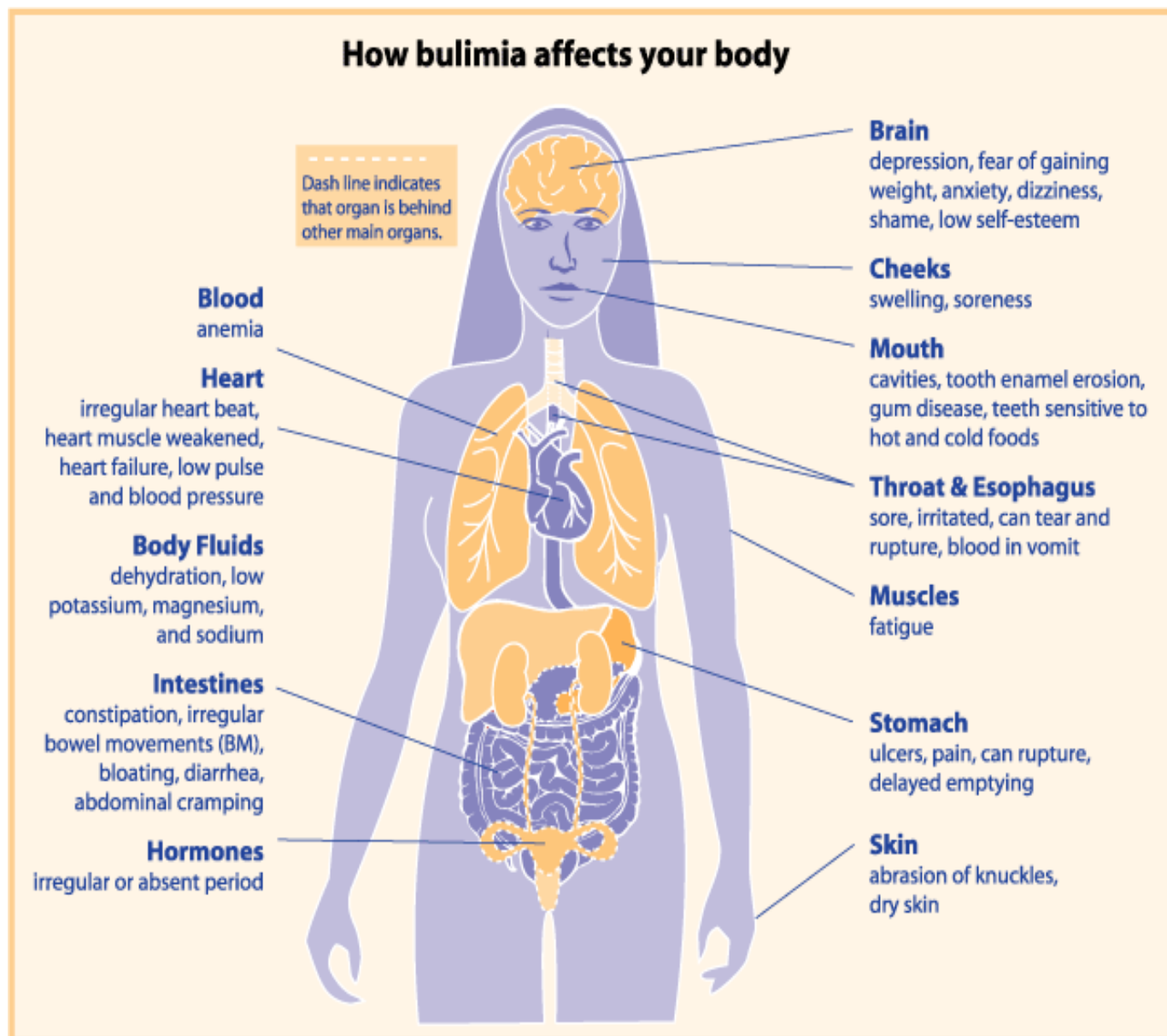
Οι Davis, Claridge και Brewer υποστηρίζουν ότι τα υψηλά επίπεδα ναρκισσισμού συνδέονται με θετική σωματική ικανοποίηση, όταν τα νευρωτικά στοιχεία είναι σε χαμηλό επίπεδο. Όσο αυξάνεται ο νευρωτισμός, τόσο μειώνεται η σωματική ικανοποίηση σε κάθε επίπεδο ναρκισσισμού, και ιδιαίτερα στα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα ναρκισσισμού. Οι Davis, Claridge και Brewer θεωρούν πως ο ναρκισσισμός μπορεί να βελτιώσει τη γενική ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου, στα πλαίσια μιας συναισθηματικά ασταθούς προσωπικότητας και να δώσει θετικά αποτελέσματα συμπεριφοράς. (38), (49), (31), (11)

Γενετικοί παράγοντες:

Επιστημονικά δεδομένα αναφέρουν ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται συχνότερα σε οικογένειες με ιστορικό τέτοιων διαταραχών. Το γεγονός αυτό οδήγησε στη διερεύνηση του ρόλου της κληρονομικότητας στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών.

Η προσπάθεια, για τη συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών πρόσληψης τροφής, βασίζεται σε μελέτες ασθενών και ψυχικά υγιών ατόμων και στη μελέτη υιοθετημένων διδύμων. Τα τελευταία χρόνια γίνονται μελέτες συνδυασμού και σύνδεσης των διαταραχών πρόσληψης τροφής με πολυμορφικούς δείκτες, με την εφαρμογή μεθόδων της μοριακής βιολογίας. Ο ακριβής τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης των διαταραχών πρόσληψης τροφής παραμένει άγνωστος. Επικρατέστερη φαίνεται να είναι η πολυγονιδιακή - πολυπαραγοντική θεωρία κατά την οποία μεγάλος αριθμός γονιδίων μαζί με τυχαίους περιβαλλοντικούς παράγοντες δρουν αθροιστικά στην παραγωγή ευαισθησίας για την εκδήλωση νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας. (23), (41), (37)

Σωματικά χαρακτηριστικά και κατάσταση θρέψης.



Εικόνα 2.

Οι βασικές σωματικές συνέπειες της βουλιμίας είναι οι εξής:

- **Αφυδάτωση.** Η αφυδάτωση προκαλείται στα άτομα τα οποία πάσχουν από βουλιμία και ανήκουν στο καθαρτικό τύπο λόγω των συχνών εμετών και τη κατάχρηση καθαρτικών.
- **Διαταραχή των ηλεκτρολυτών.** Οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης εμετού μπορεί να είναι σοβαρές. Ιδιαίτερα την περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να καθαρίσουν το στομάχι του, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας εμετό έως ότου αυτός δεν περιέχει καθόλου τροφές. Ο χρόνιος εμετός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αφυδάτωση, τη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας

- **Αλκάλωση.** Είναι η κατάσταση κατά την οποία έχουμε μειωμένη οξύτητα αίματος και σωματικών υγρών. Η διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας δυνητικά έχουν σημαντικές επιδράσεις στη μεταφορά του O₂ και την οξυγόνωση των ιστών.

- **Υποκαλιαιμία.** Προκαλεί μυϊκή αδυναμία που μπορεί να οδηγήσει σε παράλυση και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η υποκαλιαιμία διαταράσσει το μηχανισμό συμπίκνωσης των ούρων και προκαλεί πολουρία και ελάττωση της ικανότητας μέγιστης συμπίκνωσης των ούρων με δευτερογενή πολυδιψία.

- **Υπονατρίαμια.** Τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνουν υπερβολική δίψα, ζάλη, κατακράτηση υγρών που προκαλεί πρήξιμο των χεριών και των ποδιών, αδυναμία και λήθαργο, μυϊκές κράμπες και σπασμούς. Ωστόσο παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία αποδεικνύεται πως παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και των σωματικών τους υγρών οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα από αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια. Οι ηλεκτρολυτικές αυτές διαταραχές είναι ήπιες και εξαφανίζονται όταν το άτομο εγκαταλείψει την συνήθεια να κάνει εμετό. Σπάνια απαιτούν θεραπεία, οποιαδήποτε όμως μορφή της πρέπει να επιβλέπεται από γιατρό. Ένας μικρός αριθμός ατόμων προκαλούν εμετό με χημικούς τρόπους όπως πίνοντας αλατόνερό. Αυτό πρέπει να αποφεύγεται, κυρίως γιατί αποτελεί μια ακόμη αιτία ηλεκτρολυτικής διαταραχής.

Κάποιοι άλλοι χρησιμοποιούν σιρόπι Ιπεκακουάνας για την πρόκληση εμετού. Πρόκειται για μια επικίνδυνη συνήθεια διότι η μακροχρόνια χρήση έχει τοξικές συνέπειες. Προκαλεί βλάβες στο καρδιακό μυ και αυξάνει το κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου.

- **Επιπτώσεις στον οισοφάγο.** Ερεθισμός του οισοφάγου προκαλείτε από τα όξινα γαστρικά υγρά του στομάχου κατά τον εμετό. Πιο σπάνια η βίαια πρόκληση εμετού οδηγεί σε αποκόλληση και αιμορραγία του τοιχώματος του οισοφάγου.

- **Πρήξιμο στους αδένες.** Συχνά οι σιελογόνοι αδένες διογκώνονται λόγω των εμετών. Η διόγκωση αυτή είναι ανώδυνη αλλά προκαλεί σιελόρροια. Οι αδένες που διογκώνονται περισσότερο είναι οι παρωτιδικοί δίνοντας έτσι μια στρογγυλή όψη στο πρόσωπο. Αυτό ενισχύει την αίσθηση του πάχους στον ασθενή και αυτό αυξάνει την ανησυχία για το βάρος διαιωνίζοντας έτσι το πρόβλημα πρόσληψης τροφής. Με τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών η διόγκωση των αδένων υποχωρεί προοδευτικά.

- **Φθορά της οδοντοστοιχίας.** Προκαλείται διάβρωση του οδοντικού σμάλτου με αυξανόμενη οδοντική τερηδόνα, ως αποτέλεσμα της συχνής παρουσίας γαστρικού οξέος στο στόμα. Η φθορά του σμάλτου είναι μη αναστρέψιμη αλλά όχι οριστική.

- **Φθορά της ποιότητας του δέρματος.** Το δέρμα χάνει την ελαστικότητα του και είναι ξηρό. Εάν ο εμετός προκαλείτε με διέγερση του φάρυγγα με τα δάκτυλα τότε προκαλείτε φθορά στο δέρμα πάνω από την άρθρωση των δακτύλων. Στην αρχή προκαλούνται γδαρσίματα τα οποία μπορούν να μετατραπούν σε ουλές. (Πρόκειται για μια χαρακτηριστική ανωμαλία του δέρματος γνωστή ως σημάδι του Russell)

- **Μυϊκό σύστημα.** Εύκολη κόπωση και αδυναμία. Η εξασθένηση του μυϊκού συστήματος προκαλείτε από την αλκάλωση.

- **Γαστρεντερικές διαταραχές.** Τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία έχουν προβλήματα δυσκοιλιότητας κυρίως λόγω της αφυδάτωσης, αλλά και της μειωμένης κινητικότητας του εντέρου.

- **Ορμονολογικές διαταραχές.** Ακανόνιστος κύκλος εμμήνου ρύσεως ή και αμηνόρροια.

- **Καρδιολογικά προβλήματα.** Τα καρδιαγγειακά προβλήματα που συναντάμε είναι ποικίλα. Οι καρδιακές αρρυθμίες μπορούν να εμφανιστούν δευτεροβάθμιος στη

δυσαναλογία ηλεκτρολυτών και την ισορροπία οξέων-βάσεων που προκαλείται από τον εμετό και τη κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών. Τα συμπτώματα είναι αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια, χαμηλοί παλμοί και πίεση του αίματος, ταχυκαρδία και εξασθενημένοι καρδιακοί μύες.

- **Θάνατος – Αυτοκτονία.** Η πιθανότητα θανάτου αυξάνει όταν παρουσιασθούν καρδιαγγειακά προβλήματα και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Τα ποσοστά απόπειρων αυτοκτονίας είναι υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία. (1), (18), (25), (27), (28).

Ψυχολογία και προσωπικότητα του βουλιμικού, οικογενειακό περιβάλλον.

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία είναι άτομα χαμηλής αυτοπεποίθησης με έντονη συναισθηματική αστάθεια. Δεν εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους και θεωρούν ότι είναι ανάξια να διαχειριστούν τον εαυτό τους. Τα ποσοστά κατάθλιψης και έλλειψης αυτοπεποίθησης και αυτοελέγχου είναι υψηλά. Το περιβάλλον του βουλιμικού τις περισσότερες φορές είναι υπερπροστατευτικό και δίνει μεγάλη έμφαση στην εμφάνιση και τη σωστή διαιτητική συμπεριφορά. Οι οικογενειακές σχέσεις και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη είναι ελλιπής. Ασθενείς με νευρική ανορεξία που αύξησαν το βάρος τους πολύ γρήγορα ή κάτω από πίεση πολύ συχνά μεταπίπτουν σε βουλιμία.

Άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που παρατηρούνται συχνά είναι:

- ανεξέλεγκτη και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
 - παραβατικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά (π.χ. κλεπτομανία).
 - σεξουαλική υπερδραστηριότητα με πολλούς συντρόφους.
 - χρήση αλκοόλ, ναρκωτικά.
 - προβληματική οικογένεια (διαζύγιο, δυσλειτουργικές σχέσεις, χρήση ουσιών).
- (43), (33), (46), (55), (32)

Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού:

Επιστημονικά δεδομένα αναφέρουν ότι, για τις γυναίκες, ο επιπολασμός της νευρογενούς βουλιμίας στο γενικό πληθυσμό είναι 1,1%- 4.2% (49). Αντίθετα με τη νευρική ανορεξία που η έναρξή της γίνεται στην εφηβεία, η νευρική βουλιμία πλήττει κυρίως γυναίκες ηλικίας 20-35 ετών. Νεότερα έρευνες αναφέρουν εξάπλωση του φαινομένου σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών καθώς και σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (49), (51), (53).

Σύμφωνα με την έρευνα του Bushnell (σε δείγμα γενικού πληθυσμού, αποτελούμενου από άτομα ηλικίας 18 ως 64 χρονών) που ως στόχο είχε την πιθανότητα τα άτομα να παρουσίασαν ψυχογενή βουλιμία οποτεδήποτε στο παρελθόν τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι :

Τα ποσοστά θετικών απαντήσεων στο γυναικείο πληθυσμό ήταν

- 4,5%: 18-24 χρονών
- 2,0%: 25-44 χρονών
- 0,4%: 45-64 χρονών

Καθώς λίγες από τις μεγαλύτερες γυναίκες δήλωσαν πως είχαν εκδηλώσει ψυχογενή βουλιμία στο παρελθόν, δηλώνει ότι η ευπάθεια στην ανάπτυξη της διαταραχής είναι εμφανώς πρόσφατο φαινόμενο.

Τα ποσοστά εκδήλωσης της διαταραχής ήταν πολύ χαμηλότερα για τους 504 άντρες που εξετάστηκαν:

- 0,0%: 18-24 χρονών
- 0,7%: 25-44 χρονών
- 0,0%:45-64 χρονών (53).

Έρευνες σε Ελλάδα και εξωτερικό.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 1900 παιδιά και εφήβους της Κύπρου ηλικίας 10-19 χρονών κατά την οποία συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια και υπολογίστηκε ο ΔΜΣ (kg/m^2) κατέδειξε ότι: Τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη τάση στο να θέλουν να αδυνατίσουν, είναι πιο επιρρεπείς στη βουλιμία έχουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με το σώμα τους καθώς επίσης και μεγαλύτερη αναποτελεσματικότητα. Τα αγόρια είναι πιο τελειομανή, αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και έχουν περισσότερους φόβους ωρίμανσης.

Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή συναντάτε υψηλή συχνότητα παιδιών και εφήβων με διαταραχές διατροφική συμπεριφοράς. Οι διαταραχές είναι πιο συχνές στα κορίτσια. Κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση μέτρων έγκαιρης ανίχνευσης των παιδιών υψηλού κινδύνου.

Πηγή: www.childhealth.ac.cy/Abstracts/KOS2005_Abstract02.htm (29)

Σύγκριση αποτελεσμάτων που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Αγγλίας και Αμερικής για την ψυχογενή Βουλιμία.

Πίνακας 5.

	Αγγλικό δείγμα	Αμερικάνικο δείγμα
Ηλικία (σε χρόνια)	23,8	23,7
Οικογενειακή Κατάσταση		
Παντρεμένη (%)	20,7	18,4
Βουλιμικά επεισόδια		
Ηλικία έναρξης (χρόνια)	18,4	18,1
Διάρκεια (χρόνια)	5,2	5,4
Συχνότητα -τουλάχιστον καθημερινά (%)	27,2	50,0
Πρόκληση έμετου		
Συχνότητα- τουλάχιστον καθημερινά (%)	56,1	45,7
Κατάχρηση Καθαρτικών		
Τακτική Χρήση (%)	18,8	33,0
Βάρος		
Φυσιολογικό Βάρος	83,2	61,6
Υπέρβαρη σε οποιαδήποτε φάση της ζωής (%)	45,2	50,1
Διαταραχή της περιόδου	46,6	50,7

Πηγή: Αγγλικό δείγμα - Fairburn CG, Cooper PJ Sell-induced vomiting and bulimia nervosa: Aπ and etected problem - British Medical Journal1982 - 284: 1153-1155

Αμερικάνικο δείγμα - Johnson CL Stuckey MK, Lewis LD, Schwartz DM. A survey OI? 509 cases on sell reported bulimia. Στο Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research. Edited by PL Darby, PEGarfinkel, DM Garner, DV Coscina. Alan Liss, New York, 1983.

Σύμφωνα με τη σειρά συχνότητας

Ο πίνακας που ακολουθεί αναφέρει κατά σειρά συχνότητας τα προβλήματα των φοιτητών όπως αυτά έχουν αναφερθεί σε 6 συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών της Δανίας. Παρατηρούμε ότι οι διατροφικές διαταραχές αναφέρονται στην 7^η θέση.

**Προβλήματα φοιτητών κατά σειρά συχνότητας
(6 Σ.Φ.Κ./Δανία, Rytke et al., 1994).**

Πίνακας 6.

1.	Άγχος των εξετάσεων
2.	Παρεμπόδιση δραστηριοτήτων
3.	Προβλήματα προσαρμογής (επαρχία-μεγαλούπολη)
4.	Κοινωνική απομόνωση
5.	Συναισθηματικές διαταραχές
6.	Σεξουαλικά προβλήματα
7.	Διαταραχές διατροφής
8.	Προβλήματα αυτονόμησης
9.	Νευρώσεις (φοβίες)
10.	Κατάθλιψη/χαμηλό αυτοσυναίσθημα

Από έρευνα που διενεργήθηκε στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών Πανεπιστημίου Αθηνών αναφερόμενο σε Ψυχολογικά προβλήματα φοιτητών και φοιτητριών που παρακολούθησαν θεραπευτικές συναντήσεις στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών (Σ.Κ.Φ), από 1.11.1993 έως 31.12.1995, διαπιστώνουμε ότι ένα ποσοστό 5.39% απευθύνθηκε στο κέντρο για διατροφικές διαταραχές. Θα πρέπει να δεχθούμε ότι το δείγμα είναι μικρό καθώς και το γεγονός ότι άτομα με διατροφική διαταραχή πολύ σπάνια απευθύνονται σε ειδικό. Έτσι συμπεραίνουμε ότι το ποσοστό πιθανών να είναι υψηλότερο.

Πίνακας 7. Ψυχολογικά προβλήματα φοιτητών και φοιτητριών που παρακολούθησαν θεραπευτικές συναντήσεις στο Σ.Κ.Φ.

Συμπτωματολογία	Κορίτσια (N=61)	Αγόρια (N=16)	Σύνολο (N=77)
Άγχος	31	3	34
Πρόβλημα αυτοπεποίθησης	24	5	29
Δυσκολίες:			
α) με σπουδές	21	5	26
β) σε σχέσεις με το άλλο φύλο	19	2	21
γ) σε σχέση με την οικογένεια	13	6	19
Κατάθλιψη	14	1	15
Φοβικές διαταραχές	6	2	8
Διαταραχές διατροφής	7	-	7
Έλλειψη διεκδικητικής συμπεριφοράς	6	1	7
Ψυχοσωματικές διαταραχές	6	1	7
Ψύχωση	4	2	6
Δυσκολίες με φιλικές σχέσεις	5	-	5
Ιδέες αυτοκτονίας	5	-	5
Προβλήματα προσαρμογής	4	1	5
Διαταραχή προσωπικότητας	3	1	4
Προβλήματα με την ταυτότητα φύλου	2	1	3
Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση	1	1	2

Τρόποι θεραπείας:

Διατροφική και ψυχολογική προσέγγιση και αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση της νευρικής βουλιμίας χρειάζονται ψυχολογικές και κοινωνικές παρεμβάσεις, διατροφική αποκατάσταση και φαρμακολογική υποστήριξη. Η θεραπεία των προβλημάτων της ψυχικής διάθεσης και των αγχώδων διαταραχών αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της αντιμετώπισης. Η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία όπως, επίσης, και η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν. Σε άτομα με κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές που δεν έχουν ανταποκριθεί στην ψυχοκοινωνική θεραπεία, ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν και να αποτρέψουν υποτροπές του προβλήματος. (17), (18), (27)

Ατομική Ψυχοθεραπεία: Πολλά είδη ατομικής ψυχοθεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της βουλιμίας με περισσότερη ή λιγότερη επιτυχία, ανάλογα και με τις ανάγκες και το πλαίσιο του κάθε ατόμου που αντιμετωπίζει αυτή την κατάσταση. Έτσι υπάρχουν «δυναμικές» θεραπείες που στοχεύουν να εκπαιδεύσουν τον θεραπευόμενο, αλλά υπάρχουν και θεραπείες που αντιμετωπίζουν τις αιτίες της βουλιμίας όπως είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση του ατόμου, η δυσκολία του στις διαπροσωπικές του σχέσεις, η επίλυση των εσωτερικών και των οικογενειακών συγκρούσεων. Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, ενώ πολύ συχνά οι βουλιμικοί διακόπτουν τη θεραπεία πρόωρα. Σε κάθε περίπτωση, η οικοδόμηση μιας σχέσης

κατανόησης, αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης του θεραπευομένου με τον θεραπευτή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος θεραπείας. Παρακάτω αναφέρω δυο από τα πιο δημοφιλή μοντέλα θεραπείας για την αντιμετώπιση της βουλιμίας. (17), (18), (27)

Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία: Περιλαμβάνει προγράμματα εκπαίδευσης σε θέματα γύρω από τη διατροφή και τις βιολογικές συνέπειες των βουλιμικών επεισοδίων, του εμετού και της χρήσης καθαρτικών μέσων. Επίσης, με τη χρήση ημερολογίων, η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία εστιάζεται στον εντοπισμό και στην αντικατάσταση μη ρεαλιστικών σκέψεων και προσδοκιών των βουλιμικών με άλλες πιο ρεαλιστικές και λιγότερο απαιτητικές σκέψεις και προσδοκίες. Η αντιμετώπιση της παρόρμησης των βουλιμικών για να καταφύγουν σε βουλιμικά επεισόδια μπορεί να αντιμετωπιστεί με τεχνικές χαλάρωσης. (17), (18), (27)

Διαπροσωπική θεραπεία: Αυτή δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της βουλιμίας αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους. Όπως είδαμε τα αίτια της βουλιμίας εμπλέκουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του, γεγονός στο οποίο φαίνεται να στηρίζονται τα αποτελέσματα αυτού του θεραπευτικού μοντέλου. (17), (18), (27)

Ομαδική θεραπεία: Όταν το άτομο που αντιμετωπίζει βουλιμία νιώσει έτοιμο μπορεί να ωφεληθεί πολύ από τη συμμετοχή σε ομάδες θεραπείας καθώς θα λάβει (αλλά και θα δώσει) υποστήριξη από άλλα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα. Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα λάβει το μήνυμα πως γίνεται αποδεκτό παρ' όλο το πρόβλημά του. (17), (18), (27)

Φαρμακοθεραπεία: Στη βιβλιογραφία συχνά αναφέρεται η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της βουλιμίας και πιο συγκεκριμένα για να βοηθηθεί το άτομο να αποφύγει τα επεισόδια υπερφαγίας, σπάζοντας το φαύλο κύκλο της βουλιμίας. Συνήθως η φαρμακοθεραπεία προτείνεται για την αντιμετώπιση της βουλιμίας όταν τα άλλα θεραπευτικά μέσα έχουν αποτύχει. (47), (29).

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ιστορική εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής

Οι σύγχρονοι ιστορικοί συναντούν περιγραφές διαταραχών που θα μπορούσαν σήμερα να χαρακτηριστούν ως Ψυχογενής Ανορεξία ή Ψυχογενής Βουλμία, σε αρχαία κείμενα στην Περσία, στην Κίνα, στην Αίγυπτο και στη Ρώμη. Από το 17ο αιώνα, διασώζεται η πρώτη αναφορά περιστατικού ανορεξίας στην ιατρική βιβλιογραφία από τον Richard Morton που περιγράφει την περίπτωση ενός νεαρού άντρα που ήταν σαν "ένας σκελετός ενδεδυμένος μόνο με δέρμα", καθώς και μιας 18χρονης κοπέλας που παρουσίαζε αμηνόρροια, εξάντληση και αφοσίωση στη σκληρή μελέτη.

Τον 19ο αιώνα δύο διακεκριμένοι φυσιολόγοι της εποχής, οι Charles Lasegue στη Γαλλία και Sir William Gull στην Αγγλία, υπογράμμισαν τη σοβαρότητα της διαταραχής και περιέγραψαν την ανορεξία ως ένα συγκεκριμένο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επίμονη άρνηση λήψης τροφής, αμηνόρροια, απώλεια βάρους, βραδυκαρδία, δυσκοιλιότητα, υπερβολική άσκηση κ.ά., ενώ και οι δύο επισήμαναν το σημαντικό ρόλο της οικογένειας στη γένεση και διατήρηση αυτής της διαταραχής.

Τον 20ο αιώνα το ερευνητικό ενδιαφέρον στράφηκε στη μελέτη της οργανικής αιτιοπαθογένειας της Ανορεξίας. Στα χρόνια που ακολούθησαν, πραγματοποιήθηκε μια μικρή επανάσταση στο χώρο της επιστημονικής σκέψης, δεδομένου ότι το ενδιαφέρον σταδιακά επικεντρώθηκε στην προσπάθεια ευρύτερης κατανόησης της αιτιολογίας της Ψυχογενούς Ανορεξίας (ψυχολογικές, κοινωνικό-πολιτισμικές, συναισθηματικές, ορμονολογικές, ενδοκρινολογικές και γενετικές διαστάσεις της διαταραχής). (4), (19).

Ορισμός και τύποι ανορεξίας.

Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτόεπιβαλλόμενης αστίας, στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής, καθώς φοβάται έντονα την αύξηση του βάρους του. Ο έντονος φόβος για αύξηση του σωματικού βάρους και η σχολαστική ενασχόληση με το φαγητό συχνά δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα και οδηγούν σε σημαντική απώλεια βάρους. (1), (13), (45)

Πίνακας 8. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (DSM-IV)

DSM-IV Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa Διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία

A. Άρνηση διατήρησης του σωματικού βάρους στο ή πάνω από ένα όριο φυσιολογικού βάρους σε σχέση με την ηλικία και το ύψος (π.χ., απώλεια βάρους που οδηγεί σε διατήρηση του σωματικού βάρους σε επίπεδα κατώτερα του 85 % του αναμενόμενου ή αποτυχία να επιτύχει κανείς αύξηση του βάρους στην περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το σωματικό βάρος να βρίσκεται κάτω του ορίου του 85% του αναμενόμενου).

B. Έντονος φόβος αύξησης του βάρους ή πάχυνσης, ακόμα και όταν το άτομο είναι λιποβαρές.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο με το, οποίο αντιλαμβάνεται κανείς το βάρος και το σχήμα του σώματος, αδικαιολόγητη υπεραξιολόγηση του σωματικού βάρους ή σχήματος, διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο εκτιμά κανείς την εμφάνιση του εαυτού του ή άρνηση της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Αμηνόρροια, σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, για χρονική περίοδο τουλάχιστον τριών κύκλων. (49), (18),(14), (27)

Πίνακας 9. Διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς ανορεξίας κατά ICD-10

Διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία κατά ICD-10

A. το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ) κατά Quetelet είναι 17,5 ή μικρότερος. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

B. η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την αποφυγή 'παχυντικών τροφών'. Είναι δυνατό επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά:

1. αυτοπροσκαλούμενοι εμετοί.
2. αυτοπροσκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες.
3. υπερβολική σωματική άσκηση.
4. χρήση φαρμάκων κατασταλτικών τις όρεξης ή/ και διουρητικών .

Γ. υπάρχει παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους υπεραξιολογείται και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

Δ. υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή του υποθάλαμου-υποφυσιογοναδικού άξονα, εκδηλούμενη ως αμηνόρροια στις γυναίκες (εξάιρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεξικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, υπό τη μορφή αντισυλληπτικού χαπιού) και ως απώλειες τις σεξουαλικής ικανότητας και ενδιαφέροντος στους άντρες. Είναι δυνατόν να παρουσιάζονται αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτοζόλης, μεταβολές στ περιφερικό μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.

E. εάν η έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας τοποθετείτε στη προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διάφορων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενή αμηνόρροια, στα αγόρια τα γενετικά όργανα παραμένουν υποανάπτυκτα). (50)

Τύποι νευρογενούς ανορεξίας κατά DSM - IV

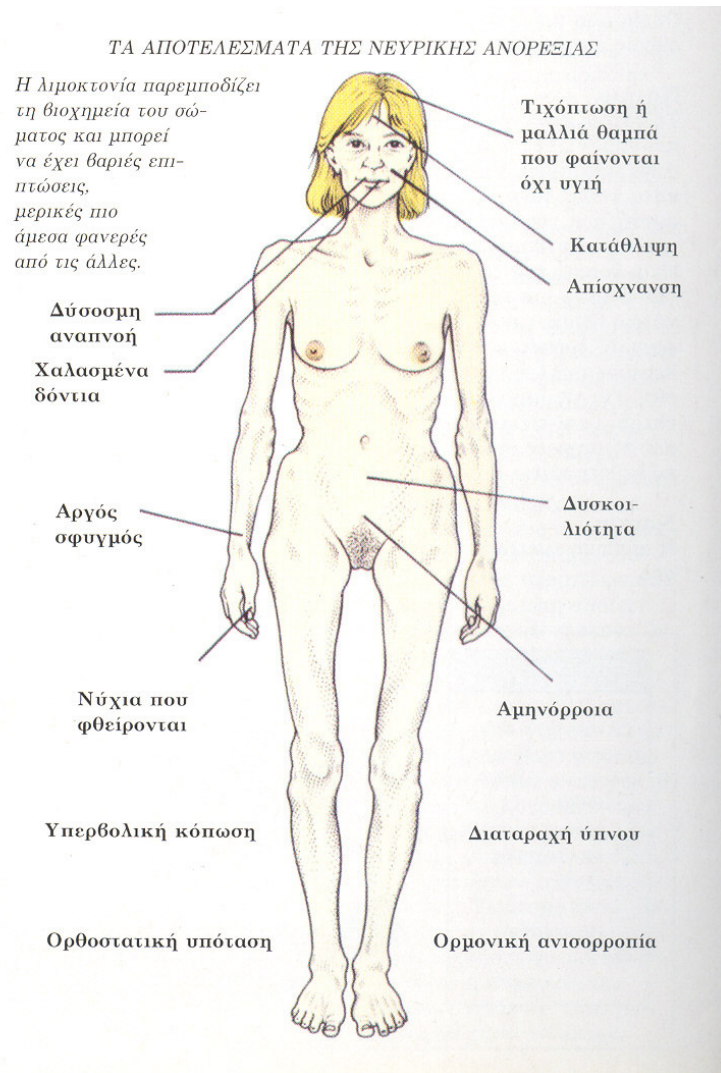
A. Περιοριστικός τύπος

Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ο ασθενής δεν έχει αναγκαστικά εμπλακεί σε υπερφαγική ή καθαρτική συμπεριφορά (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

B. Υπερφαγικός -καθαρτικός τύπος

Η συμπτωματολογία αυτής της μορφής της νευρογενούς ανορεξίας χαρακτηρίζεται από υποχρεωτική εμπλοκή του ασθενούς σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτική συμπεριφορά με τη χρήση υπακτικών, προκλητού εμετού, διουρητικών και υποκλυσμών. (4), (25), (19), (2)

Εικόνα 3. Σωματικά χαρακτηριστικά και κατάσταση θρέψης.



Ιατρικές επιπλοκές της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Συνδεόμενες με την απώλεια βάρους

Καχεξία: απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας μειωμένο θυροειδικό μεταβολισμό, δυσανεξία στο κρύο, δυσκολία στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Καρδιακές: ατροφία καρδιακού μυός, καρδιακές αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κοιλιακές συστολές, παράταση του QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή.

Γαστρεντερικές: καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός.

Μεταβολικές: υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg.

Αναπαραγωγικές: αμηνόρροια. Η αμηνόρροια συχνά μπορεί να εμφανισθεί πριν παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση βάρους (και οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση από την υπόφυση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH)).

Δερματολογικές: Lanugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές όπως του νεογέννητου), οίδημα.

Αιματολογία: αναιμία, λευκοπενία.

Νευροψυχιατρικές: διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωστικές διαταραχές.

Σκελετικές: οστεοπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης του ύψους (σε πρώιμη έναρξη). (25), (1), (28)

Συνδεδεμένες με την καθαρτική συμπεριφορά

Μεταβολικές: υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησιαιμία

Γαστρεντερικές: διόγκωση και φλεγμονή σιελογόνων αδένων (κυρίως παρωτίδων) και παγκρέατος, αύξηση αμυλάσης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων.

Οδοντικές: διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπτήρων) τερηδόνα και κακή κατάσταση των δοντιών

Νευροψυχιατρικές: κρίσεις σπασμών (συνδεδεμένες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών) ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές.(1), (28)

Πίνακας 10. Φυσικές επιπλοκές της Νευρικής Ανορεξίας

Σύστημα οργάνων	Συμπτώματα	Κλινική εικόνα	Αποτελέσματα της εργαστηριακής δοκιμής
Σωματική εικόνα	Αδυναμία, κόπωση	Υποσιτισμός	Χαμηλός σωματικός δείκτης (BMI), χαμηλό ποσοστό λίπους σώματος κατά τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις
Κεντρικό Νευρικό Σύστημα	Απάθεια, μειωμένη συγκέντρωση.	Γνωστική εξασθένηση καταθλιπτική διάθεση, οξύθυμη συμπεριφορά	Μαγνητική τομογραφία: μειωμένη ωχρά και φαιά ουσία.
Καρδιαγγειακό και περιφερικό σύστημα	Έντονο αίσθημα παλμών, αδυναμία, ίλιγγος, σύντομη αναπνοή, θωρακικός πόνος, ψυχρότητα των άκρων	Ασταθής, αδύνατος, αργός σφυγμός, ορθοστατική, αγγειοσυστολή των άκρων και ακροκυάνωση	Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ECG): βραδυκαρδία, αρρυθμίες.
Σκελετικό σύστημα	Πόνος στα οστά κατά την άσκηση.	Εύθραυστα οστά, μειωμένη σκελετική ανάπτυξη	Χρήση ακτινών – Χ για ανίχνευση τυχόν καταγμάτων και εξέταση αξιολόγηση της πυκνότητας των οστών, της οστεοπενιάς και της οστεοπόρωσης
Μυϊκό σύστημα	Αδυναμία, πόνοι μυών	Καταβολισμός των μυών	Ενζυμικές διαταραχές που προέρχονται από τον σοβαρό υποσιτισμό
Αναπαραγωγικό σύστημα	Καθυστέρηση της ψυχοσεξουαλικής ωρίμανσης, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον, απώλεια λίμπιντο	Καθυστέρηση εμμηναρχής, αμηνόρροια. Καθυστερημένη ωρίμανση του αναπαραγωγικού συστήματος. Αυξημένος κίνδυνος αποβολών και νεογνικής θνησιμότητας.	Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας, χαμηλές (πρεεφηβικές τιμές) γοναδοτροπινών. Ελαττωμένη έκκριση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH)
Ενδοκρινείς αδένες		Υποθερμία	Ελάττωση της θυρεοειδικής λειτουργίας (T3, T4) αφυδάτωση ανωμαλίες ηλεκτρολυτών υποφωσφαταιμία (συχνά) υπογλυκαιμία (σπάνια)
Αιματολογικό σύστημα		Εύκολη δημιουργία μολώπων	Αναιμία ουδετεροπενία με σχετική λεμφοκυττάρωση θρομβοκυττάρωση χαμηλό ποσοστό ίζηματογένεσης ερυθροκυττάρων.
Γαστρεντερικό σύστημα	Έμετος, κοιλιακός πόνος, πρήξιμο στο στομάχι δυσκοιλιότητα	Κοιλιακό φούσκωμα με τα γεύματα ανώμαλοι ήχοι εντέρων	Καθυστερημένη γαστρική εκκένωση.
Δέρμα	Αλλαγή στην ποιότητα της τρίχας	Σχηματισμός χνουδιού	

Αίτια εμφάνισης.

Στην αιτιοπαθογένεια της νευρικής ανορεξίας εμπλέκονται βιολογικοί κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

Βιολογικοί παράγοντες: ορισμένες ενδείξεις συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σχέση με διζυγωτικούς. Επίσης οι αδερφές των ανορεκτικών ασθενών έχουν αυξημένη πιθανότητα να προσβληθούν, αλλά αυτή η σχέση μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση παρά γενετική. Έξάλλου οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας ανορεκτικών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Νευροχημικά σε ορισμένους ανορεκτικούς ασθενείς έχουν βρεθεί μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινόλ-γλυκόζης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ο υποσιτισμός αυτός καθαυτός έχει ως αποτέλεσμα πολλές βιοχημικές αλλαγές οι περισσότερες από τις οποίες συναντώνται επίσης στη κατάθλιψη: υποκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής μεδεξαμεθαδόνης, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας. Οι ανωμαλίες αυτές, ωστόσο, διορθώνονται κατά την επανασίτιση. Στον υποσιτισμό επίσης αποδίδονται η αμηνόρροια και τα χαμηλά επίπεδα υποφυσιακών ορμονών (LH, FSH, GRH) ωστόσο σε ορισμένες ανορεκτικές ασθενείς η αμηνόρροια εγκαθίσταται πριν από κάποια σημαντική απώλεια βάρους. (22), (24), (35), (34)

Κοινωνικοί παράγοντες: οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βρίσκουν υποστήριξη στην ανάπτυξη των πρακτικών που εφαρμόζουν κατά την νόσο τους, από την έμφαση που δίνει η σύγχρονη κοινωνία και οι πολιτισμικές αξίες στο λεπτόσωμο ιδεώδες και τη σωματική άσκηση. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ανορεκτικές ασθενείς έχουν πολύ στενές αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς και ότι με τη νόσο τους προσπαθούν να αποσπάσουν την προσοχή από τις τεταμένες συζυγικές σχέσεις των γονιών. Τέλος, στα οικογενειακά ιστορικά των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρίσκονται ποσοστά κατάθλιψης, αλκοολισμού και διαταραχών πρόσληψης τροφής μεγαλύτερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού. (22), (24), (34), (35).

Ψυχολογικοί- ψυχοδυναμικοί παράγοντες: η ψυχογενής ανορεξία μοιάζει να είναι μια αντίδραση στις απαιτήσεις της εφηβείας για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα. Κατά κάποιο τρόπο, οι ασθενείς με τη διαταραχή τους αντικαθιστούν τις φυσιολογικές εφηβικές αναζητήσεις με την ενασχόληση με το φαγητό και με το σωματικό τους βάρος. Οι ανορεκτικές ασθενείς εμφανίζουν ελλείψεις στην αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού του Εγώ τους. Συχνά αισθάνονται ότι το σώμα τους είναι κατά κάποιο τρόπο υπό τον έλεγχο των γονέων τους. Ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια απόκτησης αξίας και αυτοεκτίμησης. Φαίνεται πως με την άσκηση της υπερβολικής αυτοπειθαρχίας, που απαιτεί η ανορεκτική συμπεριφορά, η ανορεκτική ασθενής καταφέρνει να αναπτύξει μια αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού και να περιορίσει το συναίσθημα της προσωπικής αναποτελεσματικότητας που την διακατέχει. (19), (21).

Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (ηλικία, φύλο)

Η έναρξη των φαινομένων ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζεται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 10 και 30 ετών. Μετά την ηλικία των 13 ετών, η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 και 18 ετών. Στο 85% περίπου όλων των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία η ηλικία έναρξης της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 15 φορές συχνότερα από του άντρες

Οι διαταραχές αυτές πλήττουν κατά πλειοψηφία τις γυναίκες (σε ποσοστό που ξεπερνάει το 90%), χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό. Η νευρική ανορεξία εκτιμάται ότι πλήττει το 0,5 - 3,7% των γυναικών, σε κάποια στιγμή της ζωής τους

Πρόκειται για νόσο η οποία έχει πλέον λάβει εκρηκτικές διαστάσεις στις πλούσιες και αναπτυγμένες χώρες. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται από 1% έως 5% των εφήβων γυναικών.

Μια μελέτη 1000 εφήβων έδειξε ότι περίπου οι μισές θεωρούσαν τον εαυτό τους παχύσαρκο, αν και οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις έδειξαν ότι μόνο το 25% ήταν παχύσαρκες. Λόγω αυτής της συνεχούς ενασχόλησης με το σχήμα του σώματός τους, φαίνεται ότι τουλάχιστο το 1/3 των εφήβων κάνουν δίαιτα και πολλές φορές έχουν περιστασιακές κρίσεις βουλιμίας, ενώ περίπου μια γυναίκα στις 10 προκαλεί περιοδικά εμετό για να ελέγξει το βάρος της και ένας μικρότερος αριθμός κάνει χρήση καθαρτικών για τον ίδιο σκοπό. (18), (13), (23), (32).

Ποιοι απειλούνται περισσότερο από την ψυχογενή ανορεξία

Αν και οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να απασχολήσουν τους πάντες, άντρες, γυναίκες, νεαρά κορίτσια ή αγόρια, συνήθως το συγκεκριμένο πρόβλημα αντιμετωπίζουν νεαρές κοπέλες ηλικίας 13 έως 20 ετών, ένα λιγότερο από το 10% των πασχόντων είναι άντρες. Σπάνια απασχολεί γυναίκες μετά τα 40, όταν αρχίζουν να μπαίνουν στην εμμηνόπαυση. Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται λοιπόν συχνότερα σε:

- κοπέλες στο τέλος της εφηβείας
- κορίτσια που έχουν αναπτυχθεί νωρίτερα από τα υπόλοιπα της ηλικίας τους
- αθλήτριες, χορεύτριες, μοντέλα, ηθοποιούς, αλλά και γενικά νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με τα επαγγέλματα στα οποία η εμφάνιση ή το λεπτό και αρμονικό σώμα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο
- παιδιά που προέρχονται από οικογένειες στις οποίες οι γονείς είναι πειστικοί και έχουν μεγάλες απαιτήσεις σχετικά με την εμφάνιση αλλά και με την απόδοση των παιδιών τους σε όλους τους τομείς.
- Ομοφυλόφιλοι άνδρες (18), (13), (23), (32).

Θεραπεία

Βασικό πρώτο βήμα στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι να πεισθεί ο ασθενής και η οικογένεια ότι πρέπει να εμπλακούν σε μακρόχρονη θεραπευτική διαδικασία. Παρόλο που η κατάσταση είναι αρκετά σοβαρή, συχνά ούτε το άτομο με τη νόσο, αλλά ούτε και τα άλλα μέλη της οικογένειας φαίνεται να συνειδητοποιούν την ανάγκη για σταθερή και μακρόχρονη θεραπεία.

Γενικά η θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές χρειάζεται τη συνδρομή ενός ψυχολόγου και ενός διατροφολόγου – διαιτολόγου. Ο πρώτος με ειδική ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει να αλλάξει το άτομο τον τρόπο που σκέφτεται για τον εαυτό του, το σώμα του, τα κιλά του, αλλά και να ξεπεράσει όλες τις αρνητικές και λανθασμένες αντιλήψεις του για τη διατροφή. Επίσης, θα βοηθήσει να ξεπεράσει τα ψυχολογικά του προβλήματα, ώστε να σκέφτεται και να δρα διαφορετικά. Μπορεί επίσης εκτός από την ατομική ψυχοθεραπεία να του προτείνει να ακολουθήσει ομαδική θεραπεία ή να παρακολουθήσει μαζί με την οικογένεια του ένα πρόγραμμα ψυχοθεραπείας. Ο ψυχολόγος ίσως του συστήσει και φαρμακευτική αγωγή, αφού έχει αποδειχτεί πως κάποια σκευάσματα μπορούν να βοηθήσουν ανθρώπους που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και παράλληλα νιώθουν και κατάθλιψη, που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν κ.λ.π.

Ο διατροφολόγος – διαιτολόγος θα βοηθήσει να φτιάξει ένα ισορροπημένο και υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, που θα περιλαμβάνει σταθερές ώρες φαγητού και πλήρη μενού ώστε να μάθει να τρώει σωστά και να παίρνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης, θα βοηθήσει το άτομο να μάθει να τηρεί ημερολόγιο διατροφής, το οποίο θα ελέγχεται όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα της καθημερινής τροφής. Ακόμα θα μάθει στον πάσχοντα το πώς να κρίνει τις ενδείξεις της ζυγαριάς του. Πρέπει να προσπαθήσει να μάθει στον ασθενή για την χρησιμότητα των θρεπτικών συστατικών. Τα λίπη, οι αμυλούχες τροφές (όσπρια και ζυμαρικά) καθώς και το κόκκινο κρέας, αποτελούν τις κύριες τροφές για τις

οποίες τα ανορεκτικά άτομα τρέφουν προκατάληψη και φόβο και οι οποίες πρέπει προοδευτικά να εισαχθούν στο καθημερινό διαιτολόγιο. Η ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η διατροφή είναι ταυτόχρονα ζωτική ανάγκη, αλλά και προσωπική ευχαρίστηση με κοινωνικές προεκτάσεις. Τα γεύματα με την παρουσία της οικογένειας ή των φίλων είναι απαραίτητα. Ο κίνδυνος μετάβασης στη βουλιμία, ο οποίος συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Η ανορεξία είναι απάντηση σε συγκρούσεις, συχνά κοινότυπες, οι οποίες σχετίζονται με αυτήν την ειδική περίοδο της εξέλιξης της προσωπικότητας, την εφηβεία. Είναι απαραίτητο η θεραπευτική παρέμβαση να είναι όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη, έτσι ώστε να μην επιτραπεί στην ασθενή να αναδιοργανώσει τη ζωή της (ευχαρίστηση, εκτόνωση έντασης, διαπροσωπικές σχέσεις) γύρω από αυτό το πρόβλημα της συμπεριφοράς. Πολύ σημαντική επίσης είναι η βοήθεια και η συνδρομή σ' αυτήν την προσπάθεια των φίλων, του συντρόφου και της οικογένειας, εκτός του ότι θα είναι η πρώτοι που θα καταλάβουν ότι υπάρχει πρόβλημα - αφού το ίδιο το άτομο θεωρεί ότι είναι φυσιολογικό -θα παρακινήσουν το άτομο να αναζητήσει θεραπεία και παράλληλα θα στηρίξουν και βοηθήσουν το ασθενή όταν χρειαστεί. Το πιο σημαντικό πράγμα που μπορούν να κάνουν η οικογένεια και οι φίλοι για να βοηθήσουν ένα ανορεκτικό κορίτσι είναι να το αγαπούν. Οι ανορεκτικοί άνθρωποι αισθάνονται ασφαλείς, σίγουροι και άνετοι με την πάθησή τους. Ο μεγαλύτερος φόβος τους είναι το να πάρουν βάρος και αυτό τους φαίνεται ότι θα τους κάνει να χάσουν τον έλεγχο. Μπορεί ακόμη και να αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα. Οι ανορεκτικοί άνθρωποι θα ικετεύσουν ή θα καταφύγουν σε ψέματα για να αποφύγουν το φαγητό. Οι γονείς και οι φίλοι του ανορεκτικού ατόμου δεν πρέπει να υποκύψουν στις ικεσίες του. (13), (24), (27), (30).

Τεστ – σηκώνομαι, κάθομαι οκλαδόν, στέκομαι

Ένα εύκολο τεστ που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στο χώρο ενός διαιτολογικού γραφείου για την εκτίμηση της φυσικής κατάστασης σύμφωνα με την αναφορά του συμβουλίου CR 130 του Βασιλικού Κολεγίου Ψυχιάτρων του Λονδίνου είναι το ακόλουθο:

Σηκώνομαι

Ζητείται στον ασθενή να σηκωθεί ενώ βρίσκεται σε ύπτια θέση σε μία επίπεδη επιφάνεια χωρίς να χρησιμοποιήσει τα χέρια, εάν είναι δυνατό.

Κάθομαι οκλαδόν

Ζητείται στον ασθενή να καθίσει οκλαδόν και να σηκωθεί χωρίς να χρησιμοποιεί τα χέρια, εάν είναι δυνατό.

Βαθμολόγηση

Η κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη βαθμολόγηση και του καθίσματος και του σηκώματος έχει ως εξής:

- 0 τελείως ανήμπορος να σηκωθεί
- 1 μπορεί να ανέβει μόνο με τη βοήθεια των χεριών
- 2 μπορεί να ανέβει χωρίς αξιοσημείωτη δυσκολία
- 3 μπορεί να ανέβει χωρίς καμία δυσκολία. (1)

Διατροφική προσέγγιση και αντιμετώπιση.

Η σωστή διατροφική αντιμετώπιση ασθενών με νευρική ανορεξία απαιτεί προσοχή σε πολλούς τομείς. Προσεκτική αξιολόγηση της δίαιτας του ασθενούς και επίβλεψη του προγράμματος επανασίτισης – μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμικού, εθνικού και θρησκευτικού περιβάλλοντος από το οποίο προέρχεται ο ασθενής – είναι απαραίτητα. Η ιατρική παρακολούθηση είναι επίσης σημαντική. Παρ' όλα αυτά οποιαδήποτε διατροφική παρέμβαση αναπόφευκτα θα εμπεριέχει ένα ψυχολογικό νόημα για τον ασθενή, έτσι η διαχείριση της διατροφικής κατάστασης θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται μέσα από ένα ευρύτερο ψυχολογικό πλαίσιο. Οι διατροφικές παρεμβάσεις που δεν λαμβάνουν υπ' όψη τους το ψυχολογικό πλαίσιο είναι αμφίβολο αν θα πετύχουν. Όπως και με άλλες πτυχές της αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας, μία περίπλοκη διαπραγμάτευση μπορεί να χρειαστεί να υιοθετηθεί με τον ασθενή, και ζητήματα κινήτρου είναι υψίστης σημασίας. Η στενή συνεργασία είναι απαραίτητη μεταξύ των επαγγελματιών που παρέχουν ψυχολογική θεραπεία και εκείνων υπεύθυνων για τη διατροφική και ιατρική φροντίδα του ασθενή. (1), (13), (30).

Η διόρθωση της σύστασης του σώματος είναι ξεκάθαρα ο απόλυτος στόχος της διατροφικής θεραπείας, αλλά μπορεί να συμβεί μόνο εάν υπάρχει επαρκής κυτταρική λειτουργία. Στους ασθενείς που έχουν σοβαρό υποσιτισμό, δύο ξεχωριστές διαδικασίες που όμως συνδέονται συμβαίνουν. Πρώτα, η μη επαρκής πρόσληψη τροφής οδηγεί σε απώλεια μάζας και σε λειτουργικές αλλαγές σε όλους τους ιστούς. Έπειτα, η γενική μεταβολική απάντηση σε λοιμώξεις, τραυματισμούς ή άλλο σωματικό στρες οδηγεί σε περαιτέρω απώλειες συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και κυτταρική καταστροφή. Τελικά το ζητούμενο της θεραπείας πρέπει να είναι η επανάκτηση μίας φυσιολογικής σύστασης σώματος, αυτό όμως προαπαιτεί ικανό μεταβολικό μηχανισμό. Έτσι το πρώτο βήμα πρέπει να είναι να επιδιορθωθούν οι μηχανισμοί, ενώ σαν δεύτερη σκέψη στο αρχικό μέρος της θεραπείας είναι να αναδομηθούν οι ιστοί. Η διατροφική αντιμετώπιση της σοβαρής νευρικής ανορεξίας μπορεί να θεωρηθεί σε όρους τριών διαδοχικών φάσεων: ανάνηψη, επιδιόρθωση και αναδόμηση. (1), (13), (30).

Ανάνηψη

Ο σοβαρός υποσιτισμός αποτελεί ένα ιατρικό επείγον, και υπάρχει επιτακτική ανάγκη να διορθωθεί η υποθερμία, η υπογλυκαιμία και η διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Η αφυδάτωση πρέπει να διορθωθεί με προσοχή και η καρδιαγγειακή λειτουργία να σταθεροποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο όσο αυτό είναι εφικτό. Οι λοιμώξεις (μερικές από τις οποίες μπορεί να μην είναι κλινικά φανερές) πρέπει να αναγνωριστούν και να θεραπευτούν. (1), (30)

Επιδιόρθωση

Η λειτουργία των ιστών δεν μπορεί να επανέλθει εάν ο κυτταρικός μηχανισμός δεν επιδιορθωθεί. Αυτό απαιτεί τη διόρθωση πολλαπλών συγκεκριμένων διατροφικών ελλείψεων, οι οποίες μπορεί να μην είναι εφικτό να ανιχνευθούν από τα κλασικά βιοχημικά τεστ. (1), (30)

Αναδόμηση

Οι ανωμαλίες στη σύσταση του σώματος μπορούν να διορθωθούν με ασφάλεια μόνο όταν οι κυτταρικοί μηχανισμοί έχουν διορθωθεί επαρκώς. Επιθετικές προσπάθειες για αύξηση βάρους σε ένα πρώιμο στάδιο της θεραπείας είναι ενδεχομένως ιδιαίτερα επικίνδυνο. Μία απλοϊκή προσέγγιση στη διόρθωση των μη φυσιολογικών τιμών στα βιοχημικά του αίματος είναι επίσης ριψοκίνδυνο, για παράδειγμα η θεραπεία χαμηλών λευκωμάτων ορού με δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνη ή θεραπεία αναιμίας με συμπλήρωμα σιδήρου. (1), (30)

Επανασίτιση

Στη χρόνια αστία η ενεργειακή ανάγκη μειώνεται. Είναι επομένως πιθανό να φτάσουμε σε αύξηση του βάρους με σχετικά χαμηλή πρόσληψη ενέργειας στην αρχή και με

σταδιακή αύξησή της. Μία εξατομικευμένη προσέγγιση μπορεί να είναι η καλύτερη για εκείνους που δεν παρακολουθούνται από εξειδικευμένη μονάδα διατροφικών διαταραχών. Στις εξειδικευμένες μονάδες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τυποποιημένο πρόγραμμα.

Μία εβδομαδιαία αύξηση βάρους της τάξης του 0.5-1.0 kg θεωρείται το βέλτιστο και μία πρόσληψη της τάξης των 2200-2500 kcal (9200-10000 kJ) την ημέρα μπορεί να πετύχει την αύξηση αυτή στους περισσότερους ασθενείς. Σε ασθενείς όμως που πάσχουν από νευρική ανορεξία η επιθυμητή πρόσληψη βάρους πρέπει να κυμαίνεται γύρω στα 0.2Kgr την εβδομάδα και να μην υπερβαίνει το 1Kgr το μήνα. Απότομη αύξηση του βάρους τους μπορεί να έχει έντονες ψυχολογικές επιπτώσεις και υποτροπή της νόσου. Το αίσθημα της παχυσαρκίας θα ενταθεί και το άτομο θα επανέλθει στις προηγούμενες διατροφικές συνήθειές του για να χάσει τα κιλά που πήρε. Επίσης με την αύξηση του βάρους θα χαθεί η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον θεράπον και θα αποσυρθεί από τη θεραπεία.

Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν περιφερικό οίδημα στα αρχικά στάδια της επανασίτισης τροφών. Αυτό φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνό σε εκείνους που είχαν λανθασμένα χρησιμοποιήσει καθαρτικά ή προκαλούσαν εμετούς πριν από την εισαγωγή τους. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη αύξηση βάρους αρκετών κιλών. Το οίδημα της επανασίτισης πρέπει να διακριθεί από εκείνο της καρδιακής ανεπάρκειας, της οποίας άλλες ενδείξεις είναι απύσες. Είναι πιθανό ότι πολλές από τις ανεπιθύμητες συνέπειες της επανασίτισης μπορούν να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν με το να αρχίσει ο ασθενής με σχετικά μικρές ποσότητες τροφής και προοδευτική αύξησή τους. Μία ξαφνική αύξηση του μεταβολικού φορτίου μπορεί να επισπεύσει βιοχημικές ανεπάρκειες και να αποκαλύψει κρυμμένες ελλείψεις.

Δεν υπάρχει καθαρή ομοφωνία για το πώς αυτό μπορεί να καθοριστεί, αλλά συχνά θέτεται σε ένα δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 19-20 kg/m². Παρόλα αυτά, αυτό αντιπροσωπεύει το ελάχιστο υγιές βάρος βασισμένο στο μέσο όρο του πληθυσμού και δεν είναι απαραίτητα το ιδανικό βάρος για το ξεχωριστό άτομο. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία πάνω στα οποία να βασιστούν συστάσεις για υγιή σωματικά βάρη σε συγκεκριμένες εθνικές ομάδες/μειονότητες. Ένας πιο έγκυρος δείκτης για το προσδιορισμό του κατώτερου υγιή σωματικού βάρους είναι η χρήση υπερηχογραφήματος για να εξετασθεί η ωριμότητα των ωοθηκών. Το βάρος θεωρείται φυσιολογικό όταν εντοπιστεί ένα επικρατές ωοθυλάκιο. (1), (30), (23).

Συστάσεις

- Ασθενείς με νευρική ανορεξία πρέπει να έχουν προσεκτική αξιολόγηση της δίαιτας τους και επίβλεψη του προγράμματος επανασίτισης – μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμικού, εθνικού και θρησκευτικού περιβάλλοντος από το οποίο προέρχεται ο ασθενής.
- Μία πλήρης αξιολόγηση του διατροφικού επιπέδου και της κατάστασης της υγείας συνιστάται έτσι ώστε να κριθεί εάν είναι αναγκαία η εισαγωγή στο νοσοκομείο.
- Οι ασθενείς πρέπει να περάσουν γενική φυσική εξέταση και να γίνει καταγραφή των σωματομετρικών μετρήσεών τους.
- Μία λεπτομερής εργαστηριακή αξιολόγηση πρέπει να γίνει κατά την αρχική εξέταση και εάν βρεθούν σοβαρές ανωμαλίες πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα.
- Η ποσότητα φαγητού που θα δίνεται θα είναι περιορισμένη στην αρχή και έπειτα θα αυξάνεται με αργό ρυθμό. Κύριος στόχος της θεραπείας δεν πρέπει να είναι μόνο η αναπλήρωση του σωματικού βάρους και η κάλυψη των θρεπτικών αναγκών αλλά η απενοχοποίηση των τροφών.
- Η σύσταση σε γενικές γραμμές για την αύξηση βάρους για τους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς είναι της τάξης 0.5 – 1.0 kg την εβδομάδα. Ενώ για τους εξωτερικούς ασθενείς κυμαίνεται στα 0.2 με 0.3 kg την εβδομάδα, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά.

- Όσον αφορά ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, μπορεί να είναι σωστό να στοχεύετε ένα χαμηλό αλλά ασφαλές βάρος έτσι ώστε να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής.
 - Ασθενείς στα πρώτα στάδια της επανασίτισης πρέπει να παρακολουθούνται στενά για όποια σημεία βιοχημικών διαταραχών, καρδιαγγειακών διαταραχών και διαταραχών της ισορροπίας των υγρών. Η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση συνιστάται ακόμη περισσότερο όταν συντρέχει και διαταραχή ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας αντικατάστασής τους.
 - Η χρήση συμπληρωμάτων μικροθρεπτικών συστατικών δεν συνιστάται κατά το αρχικό στάδιο στους ασθενείς εντός αλλά και εκτός (εξωτερικά ιατρεία) νοσοκομείου λόγω αυξημένης πιθανότητας επιπλοκών.
 - Η χρήση συμπληρώματος θειαμίνης συνιστάται καθώς συνδέεται άμεσα με τη μετατροπή της γλυκόζης σε λίπος και έμμεσα με την διατήρηση του αισθήματος της όρεξης.
 - Η εντερική σίτιση πρέπει να εφαρμόζεται από ειδική κλινική ομάδα με εμπειρία και επιδεξιότητα στη χρήση της.
 - Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εντερική σίτιση πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται στενά και οι ελλείψεις να διορθώνονται αμέσως.
 - Η εντερική σίτιση πρέπει να αρχίζει αργά, χρησιμοποιώντας μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2 kJ/ml) που θα διανέμεται μέσω ενός μικρής διαμέτρου ρινογαστρικού σωλήνα.
- Οι διατροφικοί περιορισμοί λόγω θρησκείας πρέπει να είναι σεβαστοί εκτός και αν αποτελούν απειλή για την ανάρρωση. Πρέπει να υπάρχει φροντίδα έτσι ώστε να είναι σίγουρο πως τα φάρμακα και τα διατροφικά συμπληρώματα είναι σε σύμπνοια με τις θρησκευτικές ή πολιτισμικές πρακτικές του ασθενούς. (1), (30), (23), (51).

Πίνακας 11.

Συνοψίζοντας τα βήματα αντιμετώπισης της Νευρικής Ανορεξίας είναι:
<p>1^ο ΒΗΜΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Διάγνωση και προσδιορισμός της διατροφικής διαταραχής. - Ενημέρωση και αποδοχή της διατροφικής διαταραχής από τον ασθενή. - Κλινικές και σωματομετρικές εξετάσεις.
<p>2^ο ΒΗΜΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σταθεροποίηση του βάρους. - Σταδιακή αύξηση της πρόσληψης υγρών, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών συστατικών. - Η μείωση της χρήσης των καθαρτικών και των εμετών. - Η απενεχοποίηση των τροφών και η αλλαγή των αντιλήψεων γύρω από τη διατροφή μέσω της ψυχοθεραπείας.
<p>3^ο ΒΗΜΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σταδιακή αύξηση βάρους. - Σταθεροποίηση των υγρών, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών συστατικών - Υιοθέτηση ορθών διατροφικών συνθηκών.

Ιδιαίτερες συστάσεις για παιδιά και εφήβους.

- Παιδιά και έφηβοι πρέπει να θεραπεύονται σε μία υπηρεσία που είναι κατάλληλη για την ηλικία τους και το κλινικό προσωπικό που θα στελεχώνει την υπηρεσία να είναι έμπειρο στη συνεργασία με την ομάδα αυτή.
- Ο ΔΜΣ πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στα παιδιά και τους εφήβους και προτιμότερο να συσχετίζεται με τις καμπύλες ανάπτυξης.
- Η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους στα παιδιά και τους εφήβους πρέπει να λάβει υπ' όψιν της προ της νόσου εκατοστιαίες θέσεις βάρους και ύψους, το γονεϊκό βάρος και ύψος, και το φυσιολογικό βάρος για την εκατοστιαία θέση ύψους.
- Ο στόχος του βάρους πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά κατά τη διάρκεια της επανασίτισης των παιδιών και των εφήβων ώστε να λαμβάνεται υπόψη η ανάπτυξη.
- Η εφηβική ανάπτυξη πρέπει να διατηρείται, όπου δυνατό, ανάμεσα σε δύο σταθερές απόκλισης των καμπύλων αναφοράς. (1), (30), (31).

Παιδιά και έφηβοι

Διαφορές στη φυσιολογία από τους ενήλικες

Η βιβλιογραφία για τις ιατρικές επιπλοκές σε νεότερους ασθενείς είναι σχετικά περιορισμένη. Αν και ο ρυθμός θνησιμότητας σε αυτή την ομάδα είναι χαμηλός, οι νεότεροι άνθρωποι τείνουν να προκαλούν μεγαλύτερη ιατρική ανησυχία από τους ενήλικες. Οι αποθήκες ενέργειάς τους είναι χαμηλές, η απίσχνανση μπορεί να είναι γρηγορότερη, και τα παιδιά αφυδατώνονται πιο γρήγορα από τους ενήλικες. Αν και ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης σωματικών αποθεμάτων λίπους για τους ενήλικες, πρέπει να χρησιμοποιείται με επιφύλαξη στα παιδιά και τους εφήβους. Παρότι είναι αξιόλογος δείκτης για το πόσο λεπτός είναι κάποιος, αποτελεί φτωχό αντικατοπτρισμό των αποθεμάτων λίπους ενός παιδιού. Στους εφήβους, μία αλλαγή του ΔΜΣ δεν είναι αξιόπιστη ένδειξη αλλαγής στις αποθήκες λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων (Trotsky & Shepherd, 2000). Όταν αναπτύσσεται η νευρική ανορεξία πριν να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη τότε θα αναστείλει την ανάπτυξη και θα μειώσει το ύψος, η μείωση του βάρους θα υποτιμηθεί εάν η εξέταση βασιστεί μόνο στο ΔΜΣ. Επιχειρηματολογείτε πως μπορεί να ληφθεί μία πιο ακριβής αξιολόγηση της απώλειας βάρους, υπολογίζοντας το ΔΜΣ στη βάση του προβλεπόμενου ύψους σύμφωνα με την ηλικία παρά στο πραγματικό ύψος.

Οι σταθερές του δείκτη μάζας σώματος ποικίλουν με την ηλικία και η αξιολόγηση του ΔΜΣ σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να συσχετίζεται με τις καμπύλες αναφοράς ΔΜΣ (Cole et al, 1995). Οι καμπύλες σωματικής ανάπτυξης είναι διαθέσιμες από το Child Growth Foundation (ίδρυμα ανάπτυξης παιδιού) και συνιστάται η χρήση τους για να παρακολουθείται η πρόοδος στους εφήβους. Τα διαγράμματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς έως 20 ετών, για να ληφθεί υπ' όψιν η πιθανότητα καθυστέρησης της ανάπτυξης με επικείμενη μετα-εφηβική αναπτυξιακή άνθιση. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει σύμφωνη γνώμη για το πώς αυτά τα διαγράμματα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για να διαγνώσουν τη νευρική ανορεξία. Σαν ένα προσωρινό μέτρο προτείνεται η χρήση της δεύτερης εκατοστιαίας θέσης ως διακριτικού σημείου για την υπόδειξη ότι ένας έφηβος (αγόρι ή κορίτσι) μπορεί να έχει νευρική ανορεξία. Αυτή είναι μία πραγματιστική πρόταση, μιας και δεν υπάρχουν αρκετά ενδεικτικά στοιχεία για το που πρέπει να στηριχθούν συστάσεις και το θέμα χρειάζεται να αναθεωρηθεί υπό το φως μελλοντικών ερευνών. Παρόλα αυτά, το μέτρο αυτό είναι σύμφωνο με τον ορισμό του Ιδρύματος Ανάπτυξης Παιδιού για “σημαντικά λιπόβαρα” ως βρισκόμενα κάτω από τη δεύτερη εκατοστιαία θέση. Στην καμπύλη αναφοράς του ΔΜΣ για τα κορίτσια που έχουν εκδοθεί από το ίδρυμα ανάπτυξης παιδιού, η δεύτερη εκατοστιαία θέση δίνει ΔΜΣ 15.5 kg/m² στην ηλικία των 14 ετών, 16.3 kg/m² στην ηλικία των 16 ετών, 16.9 kg/m² στην ηλικία των

18 ετών και 17.4 kg/m^2 στην ηλικία των 20 ετών. Τα νούμερα για τα αγόρια είναι ελάχιστα διαφορετικά.

Πίνακας 12. Οι ακόλουθες τιμές BMI αντιπροσωπεύουν 50^η εκατοστημόρια θέση για κορίτσια, ηλικίας 8 έως 18:

ΗΛΙΚΙΑ	BMI
8	13.7
9	14.0
10	14.2,
11	14.6,
12	15.1
13	15.6
14	16.1
15	16.6
16	17.2
17	17.7
18	18.3

(L. A. Kotler B. T. Walsh)

Επίδραση της ανάπτυξης

Ενώ οι μέσοι όροι βάρους είναι σταθεροί από ηλικιακό έτος σε έτος για τους ενήλικες, κανονικά (και έτσι αναμενόμενα) τα βάρη αυξάνονται από χρόνο σε χρόνο κατά την ανάπτυξη. Η ανάπτυξη είναι ιδιαίτερα γρήγορη κατά την εφηβεία, με τα κορίτσια να αυξάνουν το μέσο βάρος από 34 kg στα 11 τους χρόνια, στα 48 kg στα 13 τους χρόνια, αυτό αντιπροσωπεύει μία αύξηση της τάξης του 41% σε 2 χρόνια. Τα αγόρια αναπτύσσονται κατά μέσο όρο από 41 kg στα 13 τους χρόνια στα 57 kg στα 15 τους χρόνια, μία αύξηση βάρους της τάξης του 39%. Στα υγιή παιδιά η ανάπτυξη αυτή απαιτεί ένα θετικό ημερήσιο ισοζύγιο ενέργειας περίπου 170 kcal (715kJ) την ημέρα. (1)

Ο ρόλος της εφηβείας

Οι νεότεροι ασθενείς αποτελούν ένα μείγμα προεφηβικών παιδιών, παιδιών στην εφηβεία και τη μετα-εφηβεία. Το πνευλικό υπερηχογράφημα μπορεί να είναι χρήσιμο στην αξιολόγηση της εμφάνισης της έμμηνου ρύσης και στην παρακολούθηση της ανάρρωσης. Σχεδιάζοντας τους στόχους των βαρών, πρέπει να εξεταστεί η σχέση μεταξύ βάρους και ολοκλήρωσης της εφηβείας. Η εμφάνιση της έμμηνου ρύσης συνήθως προκαλείται σε ένα βάρος περίπου 45 kg και έτσι η εφηβεία είναι απίθανο να ολοκληρωθεί κάτω από αυτό το βάρος. (1), (31).

Αξιολόγηση αναμενόμενου βάρους

Λόγω των υψηλών ποσοστών αναμενόμενης ανάπτυξης στην αρχή της εφηβείας και στο ότι ο περιορισμός της ενέργειας έχει αντίκτυπο στη σκελετική ανάπτυξη, η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους είναι πολύ πιο δύσκολη στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Η νευρική ανορεξία μπορεί να αναπτυχθεί στους εφήβους χωρίς την απώλεια βάρους εάν το βάρος παραμένει σταθερό κατά τη διάρκεια του σταδίου της αναμενόμενης ανάπτυξης. Σε περιπτώσεις όπου ακόμα και μία μικρή αύξηση βάρους μπορεί να προκαλέσει αλλαγή της εκατοστιαίας θέσης του παιδιού – και ως εκ τούτου να γίνεται πιο λεπτό - εάν αυτή η αύξηση είναι μικρότερη από την αναμενόμενη.

Η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πριν τη νόσο εκατοστιαίες θέσεις βάρους και ύψους, το ύψος και το βάρος των γονιών, το κανονικό βάρος για εκατοστιαία θέση ύψους. Ο υπολογισμός του στόχου του βάρους χρειάζεται διαρκή

αναθεώρηση κατά την επανασίτιση, μιας και μπορεί να ξεκινήσει αναπτυξιακή άνθιση. Η εφηβική ανάπτυξη πρέπει να διατηρείται όπου είναι δυνατό μεταξύ δύο σταθερών απόκλισης για του κανόνες της ηλικίας. Το πυελικό υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση του σταδίου ανάπτυξης. (1),).

Πιθανές επιπλοκές κατά την επανασίτιση

Τα αρχικά στάδια της επανασίτισης αποτελούν μία περίοδο υψηλού κινδύνου για βιοχημικές ανωμαλίες και αυτό θα πρέπει να διαφαίνεται μέσω της παρακολούθησης. Σε ιδιαίτερο κίνδυνο βρίσκονται ασθενείς με ιδιαίτερα χαμηλό βάρος, με προηγούμενες βιοχημικές ανωμαλίες και εκείνοι που χρησιμοποιούν καθαρτικά.

Μία χαμηλή συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης μπορεί να υποδηλώνει έλλειψη σιδήρου. Όμως τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης μπορεί να είναι ανεβασμένα τεχνητά σαν αποτέλεσμα της αφυδάτωσης, και μία φαινομενική αναιμία στην αρχή της θεραπείας μπορεί να οφείλεται στην κατακράτηση υγρών και στην αραιώση του αίματος. Άρα τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Επιπρόσθετα όσο μειώνεται η μη λιπώδης μάζα υπάρχει συσχέτιση με την πτώση της μάζας των ερυθρών κυττάρων. Ο σίδηρος ο οποίος προέρχεται από το μειωμένο όγκο των ερυθρών κυττάρων δεν μπορεί να αποβληθεί και έτσι αποθηκεύεται δεσμευμένος στη φερριτίνη. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αδέσμευτου σιδήρου, ο οποίος δρα ως κέντρο για τη δημιουργία ελεύθερων ριζών και κατά συνέπεια κυτταρικής βλάβης. Έτσι, σε σοβαρές περιπτώσεις υποθρεψίας υπάρχει αποτελεσματικός φραγμός στη χρησιμοποίηση του σιδήρου και οποιοδήποτε συμπλήρωμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με θετικό αποτέλεσμα σε αυτή την περίπτωση. Διατροφικά συμπληρώματα σιδήρου κατά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης υποθρεπτικών ασθενών έχουν συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα. Όταν οι οξείες μεταβολικές διαταραχές διορθωθούν και ο κυτταρικός μεταβολισμός επιδιορθωθεί, επιστρέφει η ικανότητα χωρητικότητας του ιστού και η μάζα των ερυθρών κυττάρων. Με την πρώτη ευκαιρία, ο σίδηρος φεύγει από τις αποθήκες για να μπορέσει να ικανοποιήσει την ανάγκη για κυτταρική επιδιόρθωση και την αυξημένη μάζα ερυθρών κυττάρων, σε κάποιο σημείο όμως οι αποθήκες μπορεί να εξαντληθούν και τότε μπορεί να χρειαστούν συμπληρώματα σιδήρου. Επίσης παρατηρείται έλλειψη φολικού οξέος και μάλιστα σε εκείνους που απέφευγαν τα ζωικά προϊόντα μπορεί να παρουσιαστεί έλλειψη βιταμίνης B₁₂.

Συχνά ο εξαναγκασμός εμετού και/ή χρήση καθαρτικών έχει σαν αποτέλεσμα την υποκαλιαιμία. Μπορεί πιθανότατα να χρειαστεί χορήγηση συμπληρώματος αν και συμβουλές όσον αφορά τρόφιμα υψηλά σε κάλιο (για παράδειγμα, όλα τα φρούτα και τα λαχανικά, το γάλα και ο καφές) μπορεί να είναι επαρκείς σε ορισμένες περιπτώσεις (Connan et al, 2000). Η επίμονη υποκαλιαιμία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μίας υποβόσκουσας υπομαγνησιαιμίας ή υποασβεστιαϊμίας. Η υπονατρίαϊμία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της διάρροιας ή των εμετών, κακής χρήσης διουρητικών ή υπερβολικής κατανάλωσης νερού (Cuesta et al, 1992, Santonastaso et al, 1998). Μπορεί έτσι να προκαλέσει σύγχυτικά επεισόδια και σε εξεζητημένες περιπτώσεις, εγκεφαλικό οίδημα και σπασμούς. Η αντιμετώπιση της υπονατρίαϊμίας έχει να κάνει με το αίτιο: μπορεί να είναι αναγκαία νερό και αλάτι σε περιπτώσεις αφυδάτωσης, ενώ στη διαλυτική υπονατρίαϊμία πρέπει να αντιμετωπιστεί με περιορισμό υγρών. Πρέπει να αναζητηθούν ιατρικές και βιοχημικές συμβουλές. Η γρήγορη διόρθωση της υπονατρίαϊμίας και χρήση υπερτονικών υγρών είναι επικίνδυνα λόγω κινδύνου για καρδιακή κάμψη και κεντρικής γεφυρικής μυελινόλυσης (Steckler, 1995, Laurenno & Karp, 1997). Τα λευκώματα ορού επηρεάζονται περισσότερο από άλλους παράγοντες πέρα από την πρόσληψη πρωτεϊνών και έτσι πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. (1), (13), (51)

Εάν κριθεί απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο οι συνιστώμενες εξετάσεις είναι:

Απαραίτητες εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Ουρία και ηλεκτρολύτες
- Ασβέστιο
- Μαγνήσιο
- Φώσφορο
- Γλυκόζη
- Πρωτεΐνες ορού
- Ηπατικά ένζυμα
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Βιταμίνη B₁₂, φολικό οξύ
- Θυρεοειδικός έλεγχος

Επιπρόσθετες εξετάσεις:

- Κινάση κρεατινίνης
- Τρανσκετολάση ερυθρών κυττάρων/θειαμίνη ορού
- Η μέτρηση απορρόφησης ακτίνων X διπλής ενέργειας (DEXA)
- Ψευδάργυρος ορού

Συνιστώμενη βιοχημική παρακολούθηση κατά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης

Καθημερινά:

- Ουρία και ηλεκτρολύτες
- Μαγνήσιο
- Φώσφορο
- Γλυκόζη

Εβδομαδιαία:

- Ηπατικά ένζυμα
- Πρωτεΐνες ορού
- Γενική αίματος

Λιγότερο συχνά:

- Φολικό οξύ
- Φερριτίνη

(1), (23)

Αδηφαγία (Binge eating disorder)

Ορισμός:

Η αδηφαγία σε αντίθεση με την ανορεξία και τη βουλιμία που είναι γνωστά από τους αρχαίους χρόνους έχει αναφερθεί τα τελευταία χρόνια. Η αδηφαγία δεν έχει ακόμα καταγραφεί στα επιστημονικά εγχειρίδια ως ψυχιατρική διαταραχή. Μοιάζει αρκετά με τη βουλιμία, αλλά δεν συνοδεύεται από καθαρτική συμπεριφορά. Τα άτομα που υιοθετούν τέτοια συμπεριφορά είναι συνήθως παχύσαρκα και ανήκουν στη μέση ηλικία. Είναι άτομα που συναντάμε σε γυμναστήρια ή σε κέντρα αδυνατίσματος, που ξεκινούν συνεχώς προσπάθειες για απώλεια βάρους, αλλά δεν επιτυγχάνουν μόνιμο αποτέλεσμα. Το σωματικό τους βάρος δεν διατηρείται σταθερό αφού έχουν την τάση να παίρνουν γρήγορα βάρος.

Τα άτομα που πάσχουν από αδηφαγία εκδηλώνουν βουλιμικά επεισόδια όμοια με αυτά των βουλιμικών με μόνη διαφορά ότι δεν καταφεύγουν σε καθαρτικές συμπεριφορές. Μακροχρόνιο αποτέλεσμα είναι η αύξηση του σωματικού βάρους πέραν του φυσιολογικού.

Τα βουλιμικά επεισόδια εκδηλώνονται κυρίως το απόγευμα ή το βράδυ. Υπάρχει προτίμηση κατανάλωσης γλυκών χωρίς να αποκλείονται όμως και άλλες διατροφικές ομάδες. Η διαδικασία των γευμάτων είναι «άτσαλη» καθώς συνδυάζονται αταίριαστες γεύσεις και σε τέτοια ποσότητα που ένα υγιές άτομο δεν θα μπορούσε να καταναλώσει. Η ποσότητα φαγητού είναι σαφώς μικρότερη από εκείνη των βουλιμικών επεισοδίων αλλά πάντως υπερβολική. Για τη διάγνωση της νόσου οι γιατροί είναι επιφυλακτικοί. Απαραίτητος παράγοντας για τη διάγνωση της είναι η εμφάνιση 1 ή 2 επεισοδίων σε εβδομαδιαία βάση κατά το τελευταίο εξάμηνο. Εξετάζεται επίσης η πιθανότητα συννοσηρότητας με οργανική αιτιολογία ώστε να δικαιολογεί το άτομο που μπαίνει στην υπερφαγική διαδικασία.

Τα άτομα με αδηφαγία αναζητούν τη βοήθεια ειδικών καθώς αντιλαμβάνονται και δέχονται ότι η συμπεριφορά τους είναι μη φυσιολογική. (24), (56), (46)

Διαγνωστικά κριτήρια αδηφαγίας DSM - IV

- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε μικρή χρονική περίοδο (βουλιμικό επεισόδιο)
 - Αίσθημα του κινδύνου και ενοχές για τη διατροφική συμπεριφορά τους
 - Τα επεισόδια υπερφαγίας εμφανίζονται κατά μέσον όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 6 μήνες
 - Η αδηφαγία δεν συνοδεύεται από διαδικασίες εξαγνισμού όπως η χρήση καθαρτικών ή πρόκληση εμετών, υπεργυμναστική ή χρήση άλλων ουσιών που ρυθμίζουν την όρεξη.

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με:

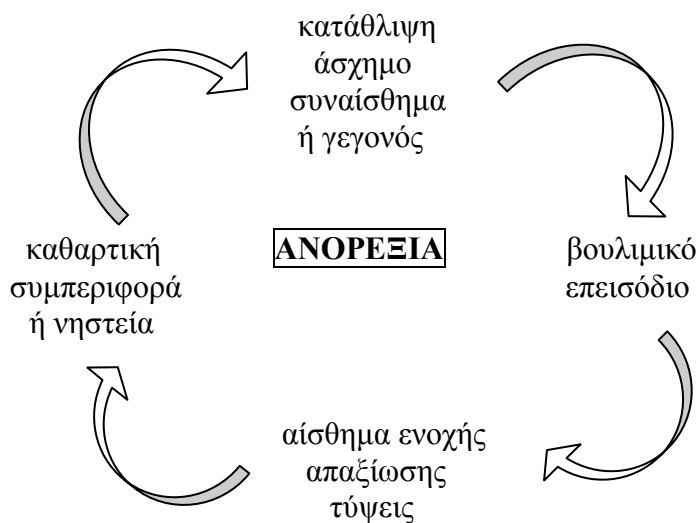
- κατανάλωση τροφής σε χρόνο πολύ μικρότερο απ' ότι συνήθως
- κατανάλωση πολύ μεγάλων ποσοτήτων τροφής
- το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού ενώ στην πραγματικότητα δεν πεινάει καθόλου
- κάνει υπερφαγικά επεισόδια λόγω αμηχανίας
- τα συναισθήματα του ατόμου που πάσχει από αδηφαγία είναι αποστροφή, κατάθλιψη και ενοχή. (27), (44).

Μεγάλο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από αδηφαγία είναι υπέρβαροι και οι κίνδυνοι για την υγεία τους είναι κοινοί με τα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία.

- Διαβήτης
- Υπέρταση
- Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης
- Καρδιακά νοσήματα
- μερικά είδη καρκίνου
- κατάθλιψη και ανησυχία. (44), (23), (25)

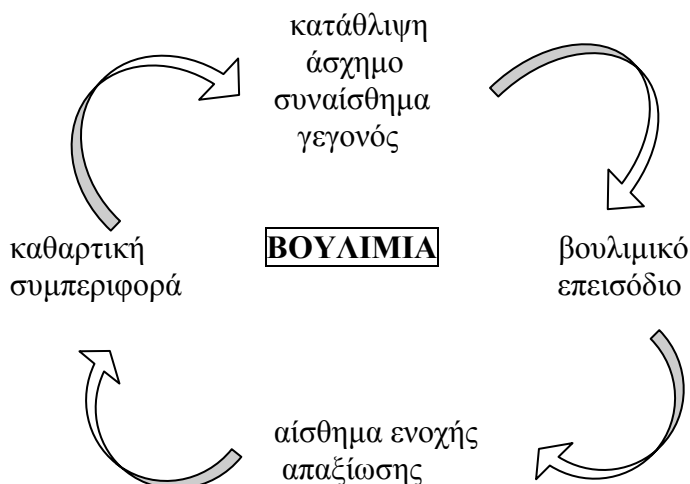
Οι φαύλοι κύκλοι των διατροφικών διαταραχών.

Κοινό γνώρισμα των διατροφικών διαταραχών είναι ο φαύλος κύκλος από τον οποίο χαρακτηρίζονται.

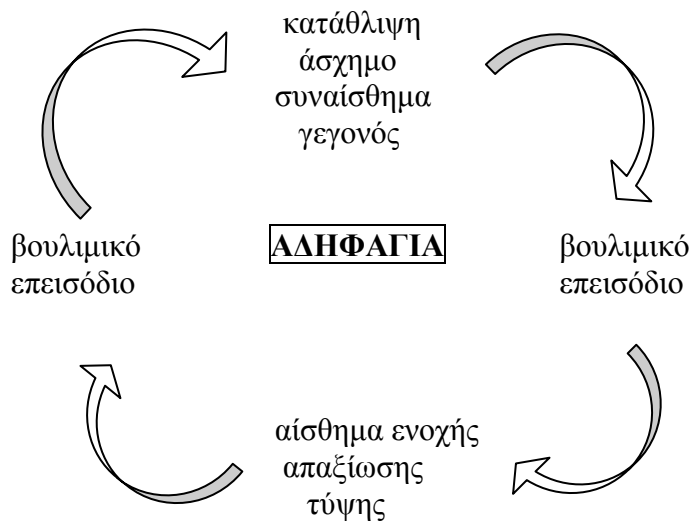


Ο φαύλος κύκλος της ανορεξίας ξεκινά όταν το άτομο βιώσει μια άσχημη κατάσταση ή γεγονός ή λόγω μιας μορφής κατάθλιψης. Το άτομο εκδηλώνει ένα βουλιμικό επεισόδιο. Το βουλιμικό επεισόδιο πυροδοτεί συναισθήματα ενοχής, απαξίωσης και τύψεις τα οποία οδηγούν το άτομο στη χρήση κάποιας καθαρτικής συμπεριφοράς. Η χρήση καθαρτικής συμπεριφοράς δημιουργεί άσχημα συναισθήματα ή / και κατάθλιψη τα οποία με τη σειρά τους προκαλεί ένα νέο βουλιμικό επεισόδιο.

Ο ίδιος φαύλος κύκλος επαναλαμβάνετε και στα άτομα που πάσχουν από βουλιμία.



Ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται στην αδηφαγία έχει την μόνη διαφορά ότι το αίσθημα απαξίωσης και τύψεων που προκαλείτε από το βουλιμικό επεισόδιο δεν επιφέρει καθαρτική συμπεριφορά αλλά νέο βουλιμικό επεισόδιο. Τα άτομα αυτά επαναλαμβάνοντας συνεχώς βουλιμικά επεισόδια οδηγούνται στην παχυσαρκία.



Αριθμώντας τα τέσσερα στάδια του κύκλου υπάρχουν:

1. το στάδιο της κατάθλιψης, δηλαδή το ψυχολογικό αίτιο της βουλιμίας.
2. το στάδιο κατά το οποίο εκδηλώνεται το βουλιμικό επεισόδιο
3. το στάδιο της ενοχής και των τύψεων
4. το στάδιο της κάθαρσης (Βουλιμία ή / και ανορεξία) ή του δεύτερου βουλιμικού επεισοδίου (Αδηφαγία). (51), (52), (53).

Η αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών από το διαιτολόγο.

Τα άτομα με διατροφική διαταραχή ζητούν τη βοήθεια ειδικού όταν συνειδητοποιήσουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν την πορεία αυτού του κύκλου. Απευθύνονται πρώτα σε διαιτολόγους και όχι σε ψυχολόγους διότι αδυνατούν αν αντιληφθούν την έκταση του προβλήματος από ψυχολογική άποψη. Απευθύνονται στο διαιτολόγο όταν βρίσκονται στο 4^ο στάδιο του κύκλου προσδοκώντας, υποσυνείδητα, ότι θα πάρει το ρόλο του ελεγκτή – περιοριστή και θα τους απαλλάξει από την ευθύνη του προσωπικού ελέγχου της διατροφής τους. Έτσι ο διαιτολόγος χρησιμοποιείται σαν ένα άλλο μέσο κάθαρσης. Μπαίνοντας σαν διαιτολόγοι στο φαύλο κύκλο των διατροφικών διαταραχών συμβάλουμε στην διαιώνισή του.

Στο πρώτο στάδιο ο διαιτολόγος αδυνατεί να παρέμβει διότι απαιτούνται ψυχιατρικές γνώσεις και η επίλυση των προβλημάτων που οδήγησαν το άτομο στη διατροφική διαταραχή δεν είναι εφικτό να εντοπιστούν και να επιλυθούν χωρίς γνώσεις ψυχολογίας. Στο δεύτερο στάδιο η παρέμβαση θα ήταν άκαρπη διότι το βουλιμικό επεισόδιο δεν είναι η αιτία αλλά το αποτέλεσμα της διατροφικής διαταραχής. Εάν δεν στοχεύσουμε στην αιτία της δημιουργίας της διατροφικής διαταραχής, αλλά προσπαθήσουμε να καταπολεμήσουμε το αποτέλεσμα - βουλιμικό επεισόδιο, εντείνουμε το αίσθημα ενοχής και απαξίωση κινητοποιώντας εξ αρχής τον φαύλο κύκλο.

Το στάδιο – στόχος για ένα διαιτολόγο είναι το 3^ο στάδιο στο οποίο έχουμε το αίσθημα ενοχής και τύψεων για το βουλιμικό επεισόδιο. Στόχος είναι η απενεχοποίηση του βουλιμικού επεισοδίου και των ενοχοποιημένων τροφών. (51), (52), (53).

Σε περιπτώσεις ανορεξίας ακολουθούνται τα εξής βήματα:

1. Διάγνωση της ανορεξίας και πλήρη ενημέρωση του ασθενή για το μέγεθος του προβλήματος και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην υγεία του. Τα άτομα που φτάνουν στα διαιτολογικά γραφεία ανήκουν σε δύο κατηγορίες:

- Άτομα που έρχονται λόγω έντονης πίεσης του οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Άτομα που απευθύνονται σε διαιτολόγους με απαίτηση να μειώσουν το βάρος τους.

Και οι δυο ομάδες ατόμων είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσουν την ύπαρξη προβλήματος και είναι πολύ αρνητικά στο να δεχτούν βοήθεια.

2. Σταθεροποίηση του βάρους για περίπου 2 μήνες με την σύμφωνη γνώμη του θεραπευμένου. Η αύξηση του βάρους, όσο αναγκαία και αν είναι από άποψη υγείας, πρέπει να αποφεύγεται για να επιτύχουμε την συνεργασία και να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του ασθενή. Απότομη αύξηση του βάρους μπορεί να οδηγήσει το άτομο από ανορεξία σε βουλιμία. Στόχος η εκπαίδευση του ατόμου και η απόκτηση υγιών διατροφικών συνηθειών καθώς και η αποδοχή της εικόνας του σώματός του.

3. Για να σχεδιαστεί το διατροφικό πλάνο που θα ακολουθήσει ένα άτομο που πάσχει από ανορεξία είναι απαραίτητο ο διαιτολόγος να γνωρίζει τις τροφές που έχει ενοχοποιήσει το άτομο. Έτσι ζητούμε από το άτομο να κατονομάσει 10 τροφές σε αύξουσα σειρά που θα τις χαρακτήριζε «επικίνδυνες», «παχυντικές» ή «απαγορευμένες». Οι τροφές αυτές είναι αυτές που εμφανίζονται πιο συχνά σε ένα βουλιμικό επεισόδιο.

4. Ο σχεδιασμός του διαιτολογικού προγράμματος πρέπει να γίνεται από κοινού ώστε το άτομο να νιώθει ότι έχει ευθύνη και άποψη σχετικά με τη διατροφή του.

5. Η μορφή του προγράμματος για άτομο που πάσχουν από ανορεξία πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Προγραμματισμένα 3 κυρίως γεύματα και 2 σνακ.
- Καθορισμένες ποσότητες.
- Ισορροπημένο θρεπτικά πρόγραμμα με ποικιλία τροφίμων
- Ένταξη των «απαγορευμένων» από το άτομο τροφίμων στο πρόγραμμα. Η

κατανάλωση αυτών των τροφίμων επιβάλλεται για να βοηθήσουμε το άτομο να τις απενεχοποιήσει και μέσα από την απενεχοποίηση να επιτύχουμε μια πιο υγιή στάση απέναντι στη διατροφή.

- Καταγραφή των καταναλωθέντων τροφίμων μέσα στη μέρα σε διαιτολογικό ημερολόγιο όχι μόνο για άσκηση ελέγχου αλλά εκπαιδευτικές διαδικασίες ανάμεσα στο διαιτολόγο και τον ασθενή. (1), (51), (52), (45).

Σε περιπτώσεις βουλιμίας και αδηφαγίας ακολουθούνται τα εξής βήματα:

1. Η διάγνωση της βουλιμίας ή αδηφαγίας ανάλογος καθώς και η ενημέρωση του ασθενή για τη φύση της διαταραχής και τις επιπτώσεις τους στην υγεία είναι πολύ πιο εύκολη από τις περιπτώσεις της ανορεξίας γιατί τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τη διατροφή τους και είναι πιο δεκτικά προς κάθε βοήθεια.

2. Όπως και στη ανορεξία στοχεύουμε στη σταθεροποίηση του βάρους για περίπου 2 μήνες με την σύμφωνη γνώμη του θεραπευμένου. Η μείωση του βάρους ιδιαίτερα στους αδηφαγικούς, όσο αναγκαία και αν είναι από άποψη υγείας, πρέπει να αποφεύγεται. Απότομη μείωση βάρους ή το πολύ αυστηρό διατροφικό πλάνο σε άτομα με βουλιμία ή αδηφαγία μπορούν να οδηγήσουν σε ανορεξία.

3. Στόχος είναι και εδώ η εκπαίδευση του ατόμου και η απόκτηση υγιών διατροφικών συνηθειών καθώς και η αποδοχή της εικόνας του σώματός του.

4. Το σημείο στο οποίο πρέπει να επικεντρωθεί η θεραπεία είναι το αίσθημα του ελέγχου. Ο φαύλος κύκλος τόσο του βουλιμικού όσο και του αδηφαγικού πηγάζει από το αίσθημα απώλειας ελέγχου το οποίο προκαλεί την απαξίωση και εντείνει τη χαμηλή αυτοπεποίθηση. Η μείωση των βουλιμικών επεισοδίων μπορεί να επέλθει μόνο μέσα από τη μείωση του αισθήματος απώλειας ελέγχου.

5. Ο σχεδιασμός του διαιτολογικού προγράμματος πρέπει να γίνεται από κοινού ώστε το άτομο να νιώθει ότι έχει τον έλεγχο της διατροφής του.

6. Η μορφή του προγράμματος για άτομα που πάσχουν από βουλιμία και ανορεξία πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

7. Προγραμματισμένα 3 κυρίως γεύματα και 2 σνακ.

8. Καθορισμένα είδη αλλά ελεύθερες ποσότητες. Το άτομο με τη διαδικασία της επιλογής και τήρησης του προγράμματος όσον αφορά τα είδη νιώθουν ότι αποκτούν έλεγχο στη διατροφή τους. Η τήρηση όμως καθορισμένων ποσοτήτων είναι πολύ δύσκολη και κάθε παρασπονδία τους θα οδηγεί σε αίσθημα απώλειας ελέγχου και εκδήλωση βουλιμικού επεισοδίου.

9. Το κύριο χαρακτηριστικό του βουλιμικού επεισοδίου είναι η απώλεια ελέγχου. Η απώλεια ελέγχου προκαλεί αρνητικά συναισθήματα τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν βουλιμικό επεισόδιο. Για να σπάσουμε αυτό το φαύλο κύκλο πρέπει να δώσουμε στο άτομο τη δυνατότητα να ασκήσει έλεγχο κατά τη διάρκεια του βουλιμικού επεισοδίου.

Καθώς η μείωση των επεισοδίων δεν μπορεί να επιτευχθεί όπως δεν μπορεί να επιτευχθεί και ο έλεγχος της ποσότητας που καταναλώνετε ασκούμε έλεγχο στην ώρα της εκδήλωσης του βουλιμικού και στο είδος των τροφίμων. Ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού εντάσσουμε στο εβδομαδιαίο διαιτολογικό πρόγραμμα βουλιμικά επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά είναι προγραμματισμένα να γίνουν σε συγκεκριμένη ώρα της ημέρας (ανάλογα πάντα με την ώρα που συνήθως τα εκδηλώνει το άτομο) μέσα σε χρονικό περιθώριο 2 ωρών.

Ακόμη ένα σημείο που το άτομο μπορεί να ελέγξει είναι το είδος τροφίμου το οποίο θα συμπεριλάβει στο επεισόδιο. Έτσι στα προγραμματισμένα βουλιμικά επεισόδια περιορίζουμε τα είδη των τροφίμων που μπορεί να καταναλώσει το άτομο αυστηρά σε 2. Αυτά συνήθως είναι σοκολάτα και μια αλμυρή τροφή ή γαλακτοκομικό προϊόν.

Έτσι το άτομο, κατά κάποιο τρόπο, ελέγχει τη διατροφική διαταραχή του. Μειώνοντας το αίσθημα απώλειας ελέγχου, αφού τα βουλιμικά επεισόδια είναι προγραμματισμένα και αποδεκτά από το άτομο και τον διαιτολόγο μειώνουμε το αίσθημα απαξίωσης και καταπολεμούμε τη διατροφική διαταραχή.

10. Καταγραφή των καταναλωθέντων τροφίμων μέσα στη μέρα σε διαιτολογικό ημερολόγιο όχι μόνο για άσκηση ελέγχου, αλλά εκπαιδευτικές διαδικασίες ανάμεσα στο διαιτολόγο και τον ασθενή. (1), (51), (52), (45).

Διατροφικές διαταραχές τις οποίες συναντάμε κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία:

➤ **Νευρική ανορεξία.** Εμφανίζεται σε παιδιά κυρίως μετά την ηλικία των 8 ετών και συχνότερα σε κορίτσια. Ισχύουν τα διαγνωστικά κριτήρια των ενηλίκων με τη διαφορά ότι δεν μπορούμε να λάβουμε σαν κριτήριο την αμηνόρροια αλλά την καθυστέρηση της ωρίμανσης του γεννητικού συστήματος του παιδιού. Η ανορεξία εκδηλώνεται και με τον περιοριστικό τύπο αλλά και με τον καθαρτικό τύπο. Στο καθαρτικό τύπο οι συμπεριφορές που εκδηλώνουν κυρίως τα παιδιά είναι η πρόκληση εμετών, η υπεργυμναστική, ενώ η χρήση καθαρτικών είναι σπάνια. Έχουμε εμμονή με το βάρος και τις θερμίδες καθώς και έντονα διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Παιδιά που αναπτύσσουν νευρική ανορεξία είναι κυρίως παιδιά που η μητέρα πάσχει από νευρική ανορεξία ή άτομο της οικογένειας έχει διατροφική διαταραχή. Τα παιδιά αυτά είναι κατά κανόνα πολύ καλοί μαθητές με χαμηλή όμως κοινωνικότητα που αναπτύσσουν μια τελειομανία σε οποιοδήποτε τομέα της ζωής τους.

➤ **Νευρική Βουλιμία.** Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά μεγαλύτερα των 13 ετών. Έχουν πολύ έντονη απώλεια ελέγχου κατά τα βουλιμικά επεισόδια καθώς και έντονες αυτοκαταστροφικές τάσεις. Πολύ συχνά τα παιδιά αυτοτραυματίζονται χτυπώντας το κεφάλι τους στο τοίχο, τραβώντας τα μαλλιά τους, κόβοντας ή τρυπώντας το δέρμα τους με διαβήτες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα, έχουν εμμονή με το βάρος τους και διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος.

➤ **Επιλεκτική διατροφή.** Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Για να γίνει διάγνωση της διατροφικής διαταραχής πρέπει το παιδί να εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά για 2 χρόνια.

- Περιορισμένη γκάμα φαγητών – τροφίμων,
- Απόλυτη άρνηση στη δοκιμή νέων φαγητών – τροφίμων.
- Φυσιολογική αντίληψη για την εικόνα του σώματος και το βάρος τους.
- Το βάρος μπορεί να είναι χαμηλό, φυσιολογικό ή υψηλό.

Η εμφάνιση επιλεκτικότητας κατά το 18^ο έως και το 24^ο μήνα ζωής είναι αναμενόμενη και υποχωρεί σύντομα.

➤ **Λειτουργική Δυσφαγία (Functional Dysphagia).** Παθολογικός φόβος για την κατανάλωση τροφής, ο οποίος οδηγεί στην κατανάλωση μόνο πολτοποιημένων τροφών ή και την πλήρη άρνηση τροφής. Η διατροφική αυτή διαταραχή οφείλετε σε πολύ έντονο μετατραυματικό στρές που σχετίζεται με τρόφιμο ή την διαδικασία της διατροφής(π.χ. πνιγμός του ίδιου του παιδιού ή άλλου ατόμου κατά την διάρκεια του φαγητού). Δεν υπάρχει διαστρέβλωση για την εικόνα του σώματος ή φόβος για την αύξηση του βάρους.

➤ **Διαρκές Σύνδρομο Άρνησης (Pervasive Refusal Syndrome).** Εμμονική άρνηση του ατόμου προς την κατανάλωση τροφής και κάθε ενέργειας σχετικής με το άτομό του και την φροντίδα του. Απόλυτη άρνηση για τη διασφάλιση της ζωής του. Είναι η πιο επικίνδυνη διαταραχή σχετιζόμενη με τη διατροφή διότι το παιδί γίνεται απαθές και αρνείται κάθε βοήθεια. Εμφανίζεται κατά κανόνα σε κακοποιημένα παιδιά.

➤ **Πίκα (Pica).** Κατανάλωση μη βρώσιμων υλών όπως χώμα, τρίχες, πέτρες, κόπρανα ή έντομα. Εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με νοητική υστέρηση και άτομα που αποκόπηκαν βίαια από το οικογενειακό περιβάλλον. Τα παιδιά έχουν συνήθως πολύ έντονα διαταραγμένη σχέση με τη μητέρα. Για να γίνει διάγνωση της διατροφικής διαταραχής πίκα πρέπει να γίνετε επαναλαμβανόμενη κατανάλωση μη βρώσιμων υλών για 1 μήνα. Δεν πρέπει να ερμηνεύουμε τη παιδική περιέργεια και δοκιμή διαφόρων υλών από τα παιδιά κάτι που είναι σύνηθες και αναμενόμενο κυρίως στην ηλικία 18-24 μηνών. Ανάλογα με το είδος της ύλης που καταναλώνεται έχουμε το διαχωρισμό της γεωτροφίας, εντομοτροφίας ή αμυλοτροφίας κ.α.

➤ **Αναμάσηση τροφής – μηρυκασμός.** Είναι η διαταραχή κατά την οποία το παιδί προσλαμβάνει τροφές τις οποίες αναμασά χωρίς τελικώς να καταπίνει ή μπορεί να τις

καταπίνει αλλά με αναγωγή τους της αποβάλλει. Είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα διότι έχουμε υποσιτισμό του παιδιού.

➤ **Περιστασιακή άρνηση φαγητού.** Χαρακτηρίζεται από περιστασιακή άρνηση φαγητού. Εμφανίζεται σε παιδιά μεγαλύτερα των 1.5 χρόνων που έχουν αρχίσει να αντιλαμβάνονται την έννοια της ατομικότητας και προσπαθούν με τον τρόπο αυτό να τραβήξουν τη προσοχή του περιβάλλοντός τους. Για το λόγο αυτό η διατροφική αυτή διαταραχή χαρακτηρίζεται ως χειριστική. Τα παιδιά έχουν φυσιολογική αντίληψη του σώματος και του βάρους τους και δεν ασχολούνται με αυτό.

➤ **Περιοριστική πρόσληψη τροφής.** Εμφανίζεται κυρίως σε αγόρια μεγαλύτερα των 3 ετών. Παρατηρείται πολύ χαμηλή κατανάλωση τροφής με φυσιολογική πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, ποικιλία τροφίμων, αλλά ποσοτική ανεπάρκεια. Τα άτομα δεν έχουν ενασχόληση με το σώμα ή το βάρος τους ούτε εμμονές με τη διατροφή τους. Η συνολική ανάπτυξη του παιδιού είναι πολύ χαμηλή για την ηλικία και η καθυστέρηση αυτή της ανάπτυξης είναι μη αναστρέψιμη. (1), (28), (33), (44).

Άλλες διατροφικές διαταραχές:

➤ **Παχυσαρκία.** Μεγάλο ποσοστό επιστημόνων εντάσσουν την παχυσαρκία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα του ψυχολογικού παράγοντα τόσο στην εκδήλωση, όσο και στη διατήρηση αυτού του προβλήματος. (53)

➤ **Ορθορεξία.** Ορθορεξία αποκαλείται η παθολογική εμμονή στην κατανάλωση αποκλειστικά και μόνο υγιεινών τροφών. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1997 από τον Στίβεν Μπράτμαν, γιατρό Ολιστικής Ιατρικής στη Νέα Υόρκη και σύμφωνα με τη θεωρία του το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται αρχικά «αθώο», απλώς σαν μια επιθυμία των ανθρώπων να βελτιώσουν την υγεία τους και να προλάβουν την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών. Ωστόσο, σταδιακά για να μπορέσουν οι ίδιοι να απαλλαγούν από τις «κακές» διατροφικές συνήθειες, αρχίζουν να αναπτύσσουν ένα αίσθημα ανωτερότητας απέναντι στους υπόλοιπους, που συνεχίζουν να μη «συμμορφώνονται» με τις αρχές της υγιεινής διατροφής. Με τον καιρό, η ποιότητα του φαγητού, η ποσότητα και οι συνέπειές τους στην υγεία μετατρέπονται σχεδόν σε ψύχωση. Οι άνθρωποι αυτοί καταλήγουν να ασχολούνται με τη διατροφή τους την περισσότερη ώρα της ημέρας.

Βασική διαφορά των ατόμων που πάσχουν από ορθορεξία, σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία ή αδηφαγία ή νευρική ανορεξία είναι ότι η ορθορεξία δεν εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία, αφού ο ορθορεκτικός δεν αρνείται την κατανάλωση τροφής και δεν χάνει τον έλεγχο του στην ποσότητα του φαγητού. Ωστόσο, όπως επισημαίνει ο Μπράτμαν, η ορθορεξία ασκεί τόσο μεγάλη ψυχολογική πίεση, που οι πάσχοντες μπορούν να οδηγηθούν στην κατάθλιψη. (49), (7).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό την διερεύνηση της τάσης των εφήβων για ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Ως τόπος έρευνας επιλέχθηκαν δύο αστικές πόλεις. Η πόλη της Δράμας και των Τρικάλων. Τα σχολεία που επιλέχθηκαν ήταν το 4^ο και το 7^ο ενιαίο λύκειο καθώς και το 1^ο, 2^ο και 4^ο τεχνολογικό επαγγελματικό εκπαιδευτήριο (Τ.Ε.Ε.) Τρικάλων. Στη Δράμα επιλέχθηκαν το 1^ο, 2^ο, 3^ο Τ.Ε.Ε. και το 3^ο και 4^ο ενιαίο λύκειο.

Η επιλογή των σχολείων έγινε με βάση την απόσταση μεταξύ τους και την τοποθεσία τους έτσι ώστε το δείγμα των παιδιών να προέρχεται από το σύνολο της πόλης. Επιλέχθηκε για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων το σύνολο των παιδιών και των τριών τάξεων. Συμπεριλήφθηκε το σύνολο των παιδιών στην έρευνα για να αποφευχθεί η πιθανότητα να μην συμμετέχουν στην έρευνα παιδιά που έχουν αρνητικές σκέψεις για τη διατροφή τους καθώς και να μην επιλεγούν παιδιά με εμφανή προβλήματα βάρους, υπέρβαρα ή ελλιπόβαρη.

Για την είσοδο στα σχολεία και την εκπόνηση της έρευνας απαιτήθηκε και εκδόθηκε γραπτή άδεια από τα κατά τόπους γραφεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν με προσωπική επιμέλεια και η συμπλήρωσή τους διενεργήθηκε κατά την διάρκεια μίας διδακτικής ώρας, παρουσία των υπευθύνων της έρευνας και ενός καθηγητή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο ψυχολογίας της διατροφής του Dr. William E. Snell, Jr.. Περιλαμβάνει 130 ερωτήσεις οι οποίες έχουν στόχο να διερευνήσουν τις διατροφικές συμπεριφορές και τα συναισθήματα των ανθρώπων σχετικά με τη διατροφή τους. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με χρήση του λογιστικού προγράμματος SPSS.

Το αρχικό δείγμα περιλαμβάνει 1825 ερωτηματολόγια από τα οποία ως έγκυρα εκτιμήθηκαν τα 1490. Ως άκυρα απορρίψαμε ερωτηματολόγια τα οποία ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα, εμπειρείχαν ασάφειες, ή επιστράφηκαν σε κακή κατάσταση.

Αναλύοντας το δείγμα παραθέτουμε τα εξής στοιχεία:

- Τα 761 άτομα κατοικούν στη Δράμα και τα 729 στα Τρίκαλα.
- Τα 791 άτομα φοιτούν σε ενιαία λύκεια και τα 699 σε Τ.Ε.Ε..
- Τα 667 είναι αγόρια και τα 823 κορίτσια.
- Τα 270 διδάσκονται ενδοσχολικά μαθήματα διατροφής και τα 1220 δε διδάσκονται.

• Το εύρος της ηλικίας κυμαίνεται από 14 ετών έως 39. Άτομα μεγαλύτερα των 23 ετών δεν συμπεριλήφθηκαν στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων της έρευνας διότι η έρευνα αναφερόταν σε άτομα εφηβικής ηλικίας .

Κατά την επεξεργασία των αποτελεσμάτων συγκρίθηκαν τα συναισθήματα που σχετίζονται με τη διατροφή και οι διατροφικές συμπεριφορές ανάμεσα σε:

- Αγόρια και κορίτσια
- Κατοίκους της Δράμας και των Τρικάλων
- Μαθητές ενιαίων λυκείων και μαθητές Τ.Ε.Ε.
- Μαθητές που διδάσκονται ενδοσχολικά μαθήματα διατροφής
- Σύγκριση ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής ηλικίας

ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία μιας έρευνας προϋποθέτει χρήση σταθμισμένου ερωτηματολογίου. Σταθμισμένα θεωρούνται τα ερωτηματολόγια τα οποία χορηγούνται, βαθμολογούνται και αναλύονται βάσει σταθερών μεθόδων, οι οποίες αποδεικνύουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Ένα ερωτηματολόγιο, στο πλαίσιο της διαδικασίας στάθμισης του, χορηγείται σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού και προσαρμόζεται με τη μετατροπή των αρχικών τιμών (των υποκειμένων του δείγματος) σε δευτερογενείς τιμές, από τις οποίες δημιουργούνται οι πρότυποι βαθμοί (norms). Οι μετρήσεις, στηρίζονται στην κανονική κατανομή (Gauss) και στην τυπική απόκλιση (s).

Χρησιμοποιήθηκε δείγμα μεγαλύτερο των 1000 ατόμων ώστε να είναι δυνατή η στάθμιση του ερωτηματολογίου και για τα ελληνικά δεδομένα. Έρευνα που έχει δείγμα μικρότερο των 1000 ατόμων θεωρείται πιλοτική. Ακόμη το μεγάλο δείγμα βοηθά στη λήψη ακριβέστερων αποφάσεων, γιατί όσο μεγαλύτερο και παράλληλα αντιπροσωπευτικό είναι τόσο πιο ακριβή είναι τα αποτελέσματα για το γενικό πληθυσμό

Ένας δεύτερος λόγος είναι η δημιουργία πρότυπων βαθμών (norms). Οι πρότυποι βαθμοί αναφέρονται στον μέσο όρο της επίδοσης ενός συνολικού δείγματος ανά ηλικία, φύλο κ.τ.λ.. Οι πρότυποι βαθμοί είναι χρήσιμοι γιατί σε αυτούς στηρίζεται η σύγκριση της επίδοσης μεμονωμένων περιπτώσεων υποκειμένων με το δείγμα της στάθμισης. Στατιστικές αναλύσεις, όπως για παράδειγμα ο μέσος όρος, πραγματοποιούνται για τη μετατροπή των αρχικών βαθμών σε δευτερογενείς βάσει των οποίων δημιουργούνται οι πρότυποι βαθμοί. (57)

Η στάθμιση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ύστερα από επεξεργασία των δεδομένων στο λογιστικό πρόγραμμα SPSS. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι τα ακόλουθα:

Τα ιστογράμματα που απεικονίζουν την τυπική απόκλιση και το μέσο όρο των αποτελεσμάτων, τα οποία έχουν ομαδοποιηθεί, ακολουθούν την κατανομή Gauss. Η αξιοπιστία του δείγματος έχει υπολογιστεί και εκτιμηθεί ως επαρκής. Η αξιοπιστία κυμαίνεται από 0.8 έως 0.9 και κρίνεται υψηλή.

Statistics

	MEQS3	MEQS4	MEQS5	MEQS6	MEQS7	MEQS8	MEQS9	MEQS10
N	1447	1462	1421	1463	1454	1417	1410	1438
Valid								
Missing	43	28	69	27	36	73	80	52
Mean	10,3836	7,7086	10,1992	8,1046	10,5646	11,6718	11,0071	7,0313
Median	11,0000	8,0000	10,0000	8,0000	11,0000	12,0000	11,0000	7,0000
Std. Deviation	4,11691	4,78704	4,20585	4,31418	3,46186	3,95993	4,19993	4,12535
Range	20,00	20,00	20,00	20,00	35,00	20,00	20,00	20,00
Minimum	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum	20,00	20,00	20,00	20,00	35,00	20,00	20,00	20,00

Statistics

		MEQS12	MEQS13	MEQS14	MEQS15	MEQS16	MEQS17	MEQS18	MEQS19
N	Valid	1470	1462	1436	1434	1456	1459	1441	1473
	Missing	20	28	54	56	34	31	49	
Mean		9,4537	10,9754	10,7514	13,5007	11,4169	11,8917	13,6662	
Median		10,0000	11,0000	11,0000	14,0000	12,0000	12,0000	14,0000	
Std. Deviation		4,14068	3,37616	3,46775	3,70704	4,42113	3,93490	4,06855	
Range		20,00	19,00	20,00	18,00	20,00	20,00	20,00	
Minimum		,00	1,00	,00	2,00	,00	,00	,00	
Maximum		20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	

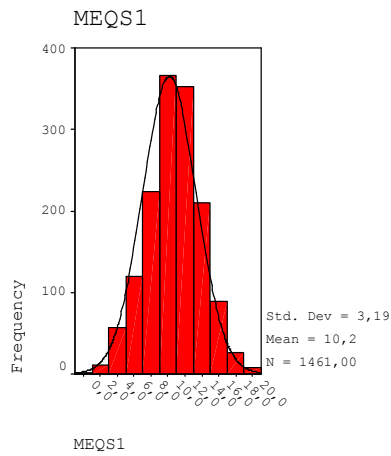
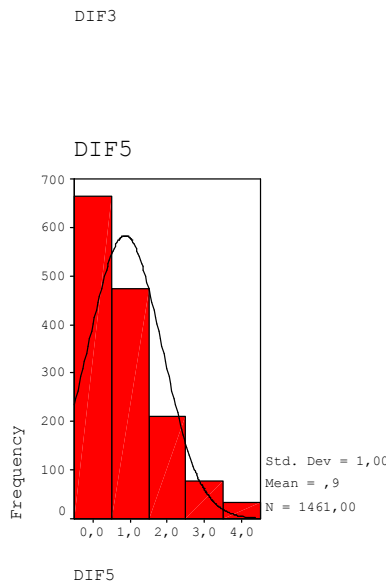
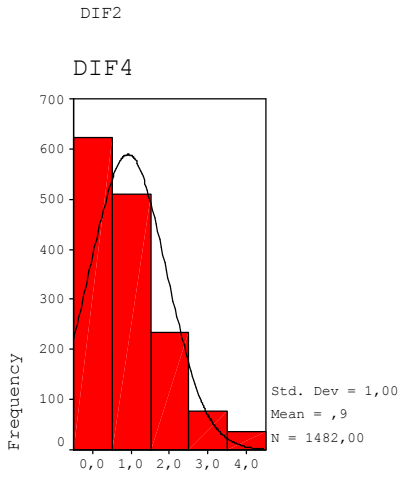
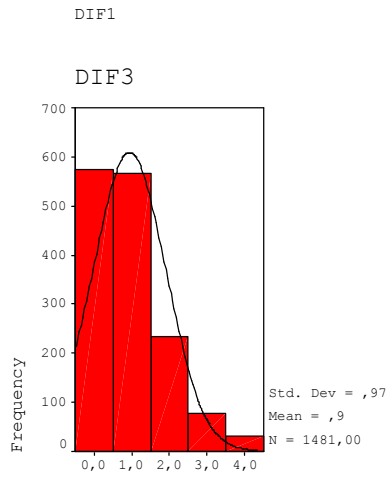
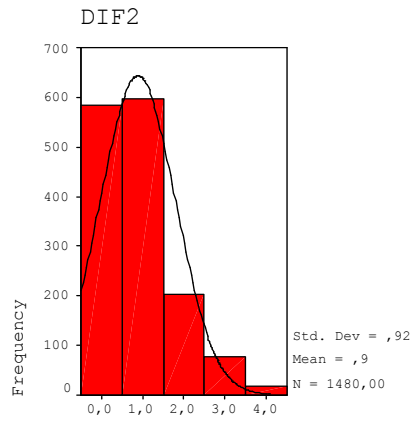
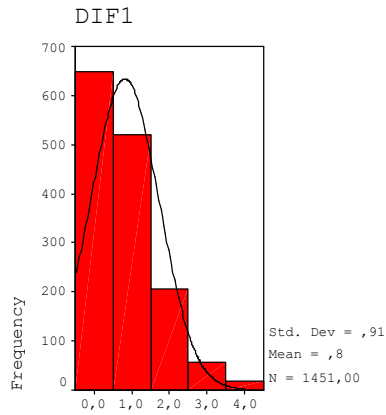
Statistics

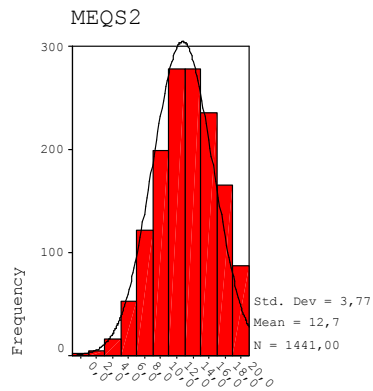
		MEQS20	MEQS21	MEQS22	MEQS23	MEQS24	MEQS25	MEQS26
N	Valid	1399	1436	1448	1413	1457	1447	1462
	Missing	91	54	42	77	33	43	28
Mean		4,3896	9,9659	7,1416	10,5980	7,7392	6,1209	6,5882
Median		4,0000	10,0000	7,0000	11,0000	8,0000	5,0000	6,0000
Std. Deviation		2,64747	4,18537	5,08911	3,65952	4,58309	5,23275	5,45319
Range		16,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		16,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

Statistics

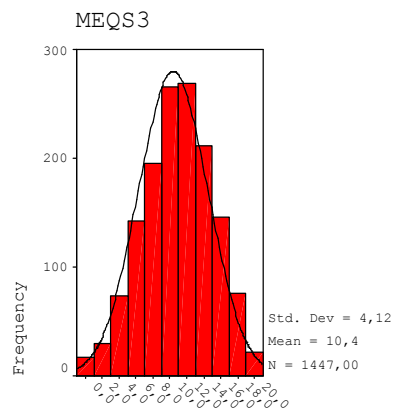
		DIF1	DIF2	DIF3	DIF4	DIF5
N	Valid	1451	1480	1481	1482	1461
	Missing	39	10	9	8	29
Mean		,8139	,8851	,9379	,9157	,8631
Median		1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Std. Deviation		,91114	,91656	,96852	1,00251	,99816
Range		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Minimum		,00	,00	,00	,00	,00
Maximum		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Ιστογράμματα

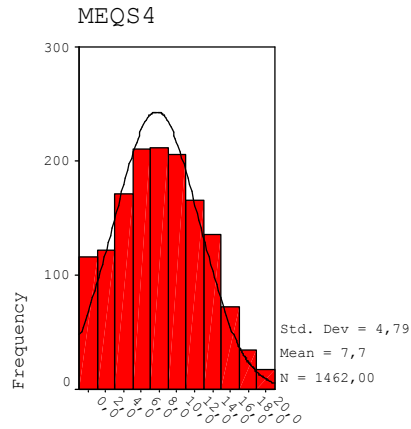




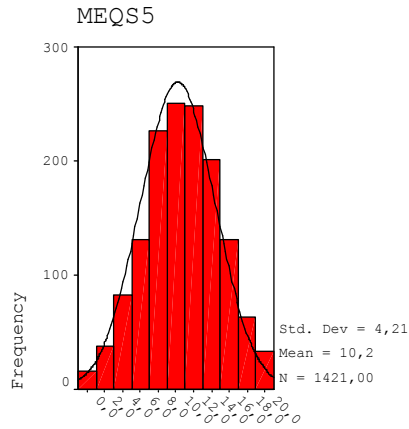
MEQS2



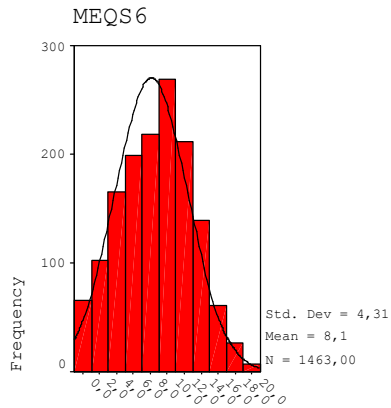
MEQS3



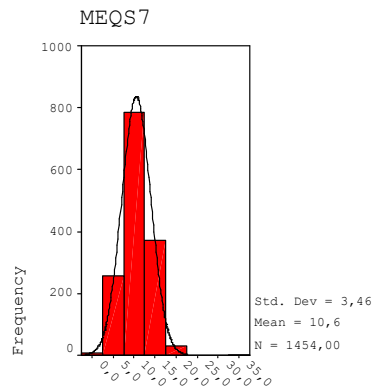
MEQS4



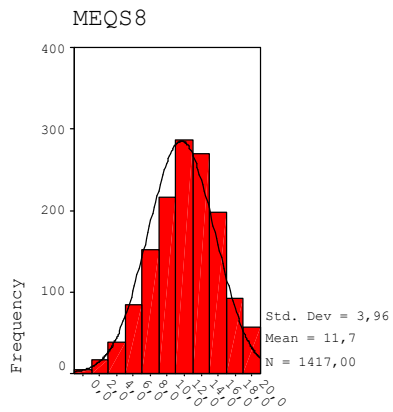
MEQS5



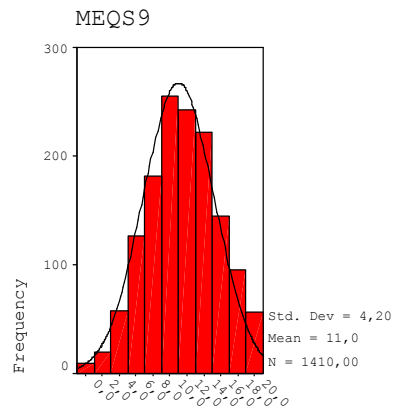
MEQS6



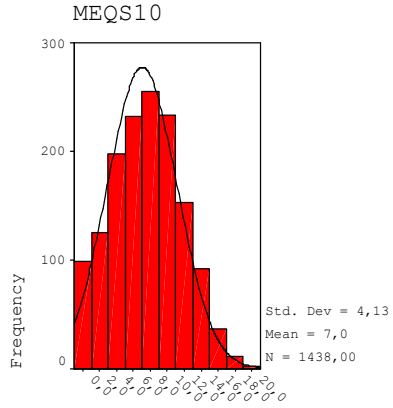
MEQS7



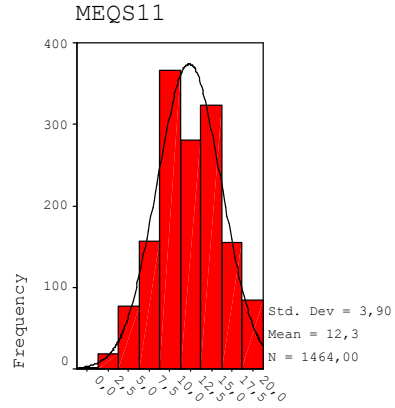
MEQS8



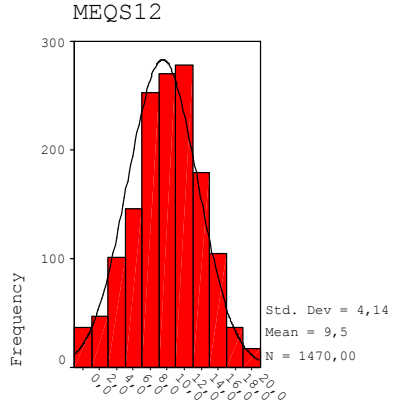
MEQS9



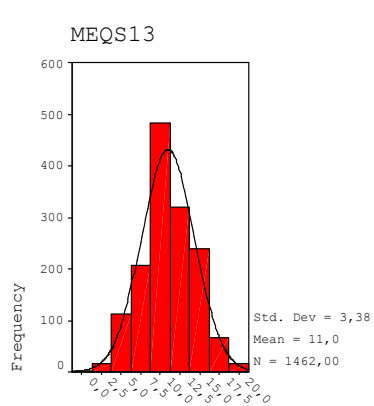
MEQS10



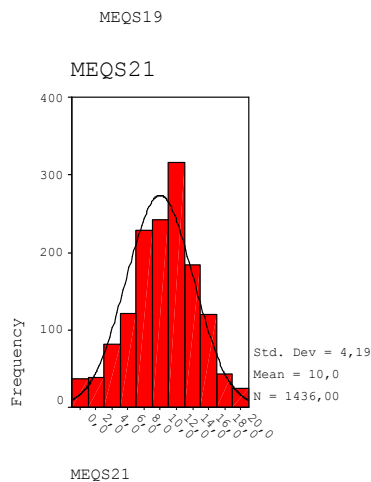
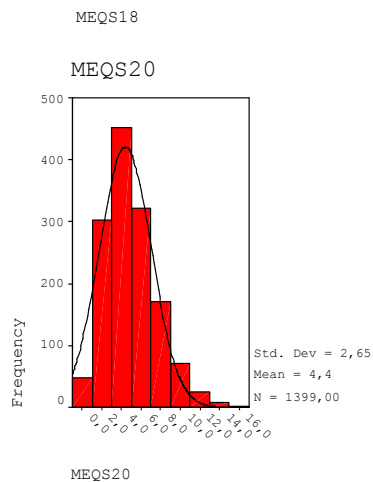
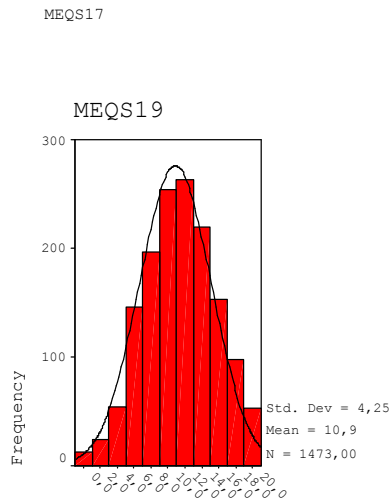
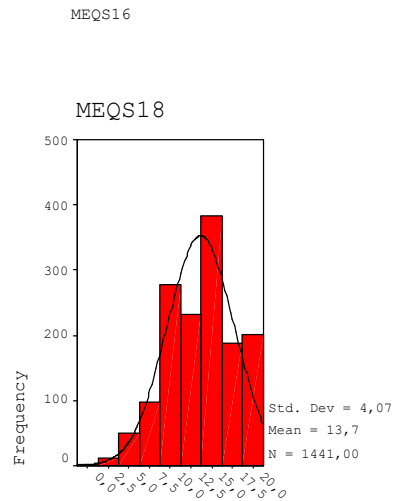
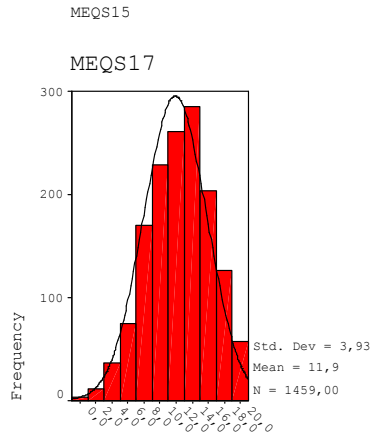
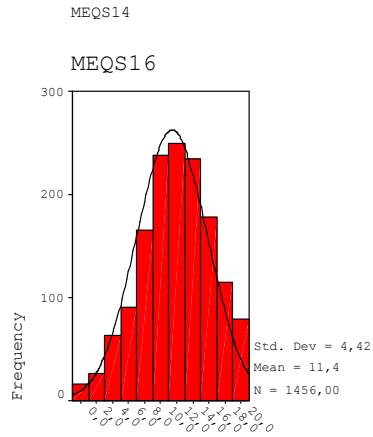
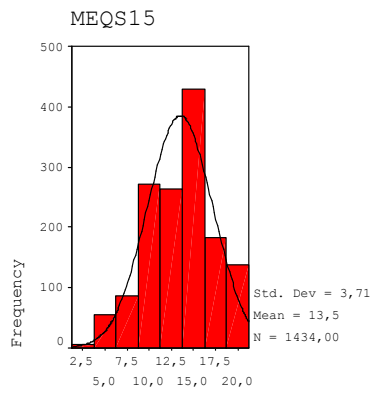
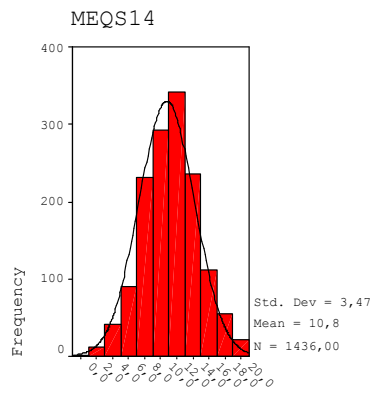
MEQS11

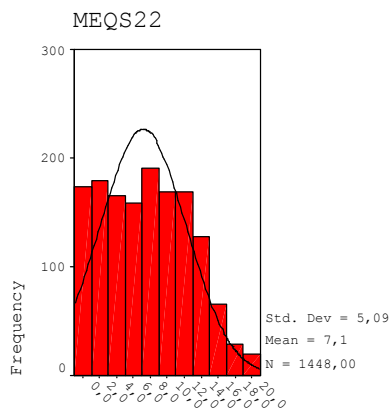


MEQS12

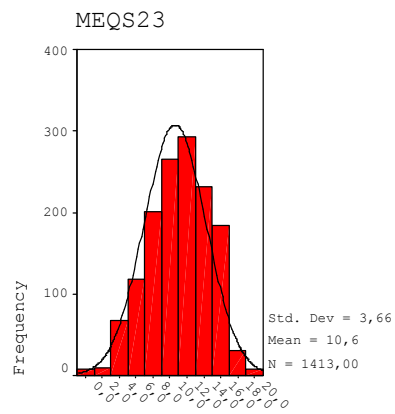


MEQS13

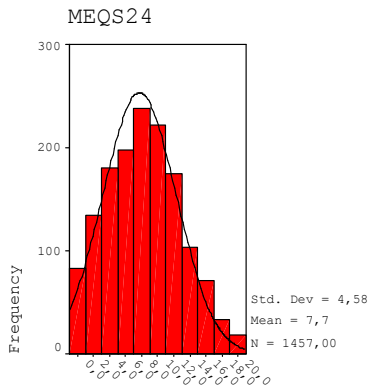




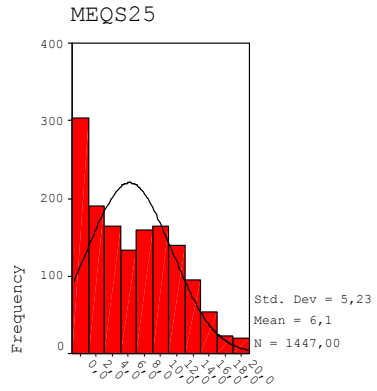
MEQS22



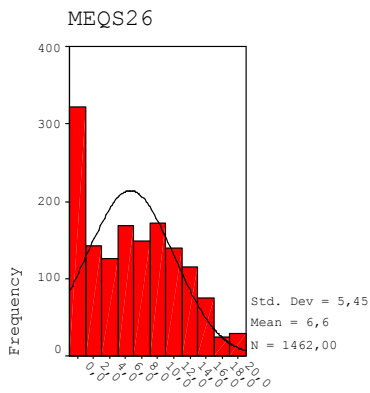
MEQS23



MEQS24



MEQS25



MEQS26

ΑΝΑΛΥΣΗ

Έπειτα από ανάλυση του ερωτηματολογίου ομαδοποιήσαμε τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που περιγράφονται.

Διαχωρίζονται σε :

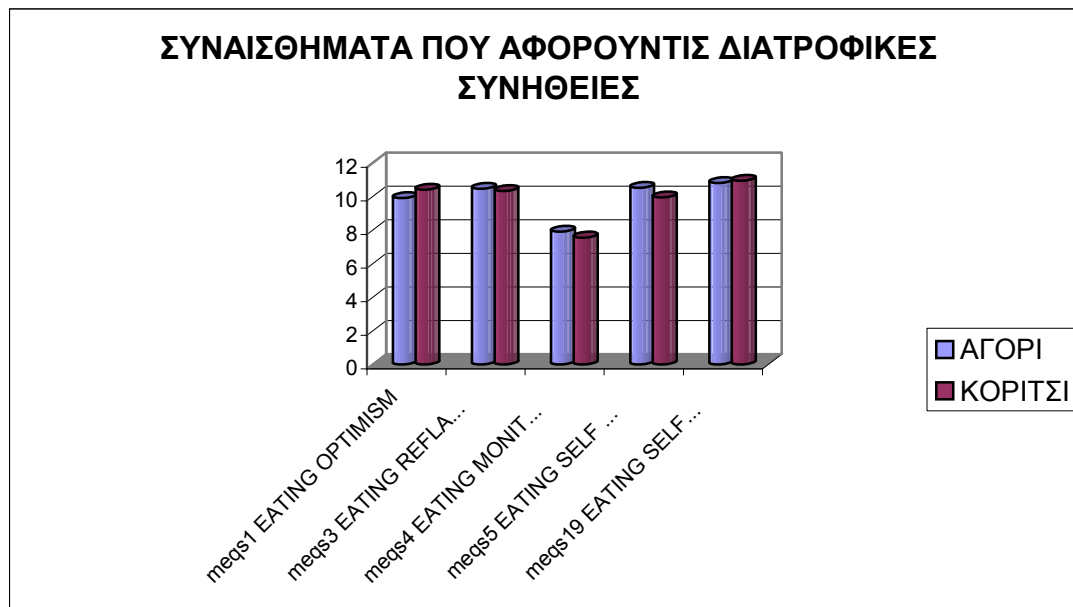
1. Συναισθήματα που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες:
 - EATING OPTIMISM (διατροφική αισιοδοξία).
 - EATING PERFECTIONISM (τελειομανία)
 - EATING MONITORING (έλεγχος της διατροφής)
 - EATING SELF-ESTEEM (η αυτοεκτίμηση)
 - EATING SELF-SCHEMATA (επιμονή σε διατροφικά σχήματα)
2. Συναισθήματα που αφορούν την κατανάλωση τροφής:
 - OVERWEIGHT FEAR (φόβος του να γίνει κάποιος υπέρβαρος)
 - EATING DEPRESSION (η κατάθλιψη)
 - EATING SATISFACTION (ικανοποίηση)
 - EATING ANXIETY (το άγχος)
 - EATING GUILT AND SHAME (η ενοχή και η ντροπή)
 - EATING ANGER (ο θυμός)
3. Τάσεις προς την υγιεινή διατροφή
 - HEALTHY EATING APPETITE (υγιής όρεξη)
 - HEALTHY EATING MOTIVATION (κινητοποίηση για την ανάπτυξη υγιεινών συνηθειών διατροφής)
 - MOTIVATION TO AVOID UNHEALTHY EATING (κινητοποίηση για την αποφυγή των ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής)
4. Διαχείριση διαταραχών πρόσληψης τροφής:
 - EATING DISORDER MANAGEMENT (η διαχείριση Δ.Π.Τ.)
 - EATING DISORDER PREVENTION (η πρόληψη των Δ.Π.Τ.).
 - EATING DISORDER SELF-BLAME (η ευθύνη για την ανάπτυξη Δ.Π.Τ.).
5. Επιρροές – Τι καθορίζει τις διατροφικές συνήθειες:
 - POWERFUL OTHER EATING LOCUS OF CONTROL (οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες κάποιου από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον και τα πρότυπα που προβάλλονται)
 - CHANCE EATING LOCUS OF CONTROL (οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες από την τύχη)
 - INTERNAL EATING LOCUS OF CONTROL (οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες από το ίδιο το άτομο).
6. Διατροφικές συνήθειες – Άτομο και κοινωνία:
 - EATING ASSERTIVENESS (προσκόλληση στις αντιλήψεις)
 - VALIDITY EATING SOCIAL DESIRABILITY (η εφαρμογή κατάλληλων διατροφικών συνηθειών ώστε να γίνεται κάποιος κοινωνικά αρεστός)
 - EATING CONSCIOUSNESS (η επίγνωση των διατροφικών συνηθειών)

- EATING STATUS SELF-PERCEPTION (η αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών)
- EATING SELF-EFFICACY (ο χειρισμός και η επίγνωση των θρεπτικών αναγκών)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με χρήση γραφημάτων.

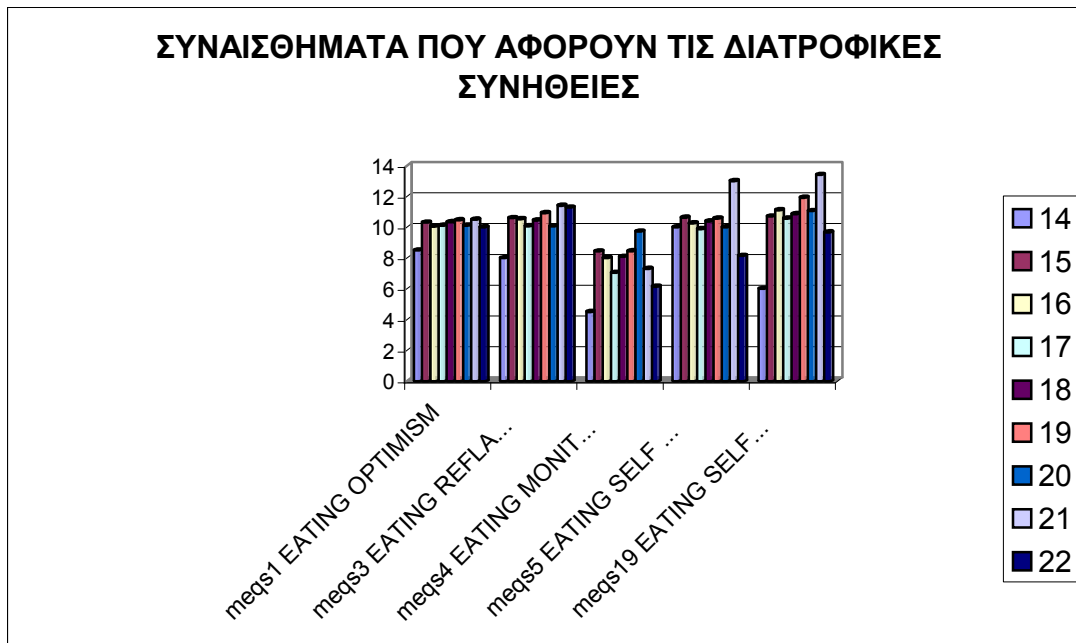
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΑΝΑ ΦΥΛΟ

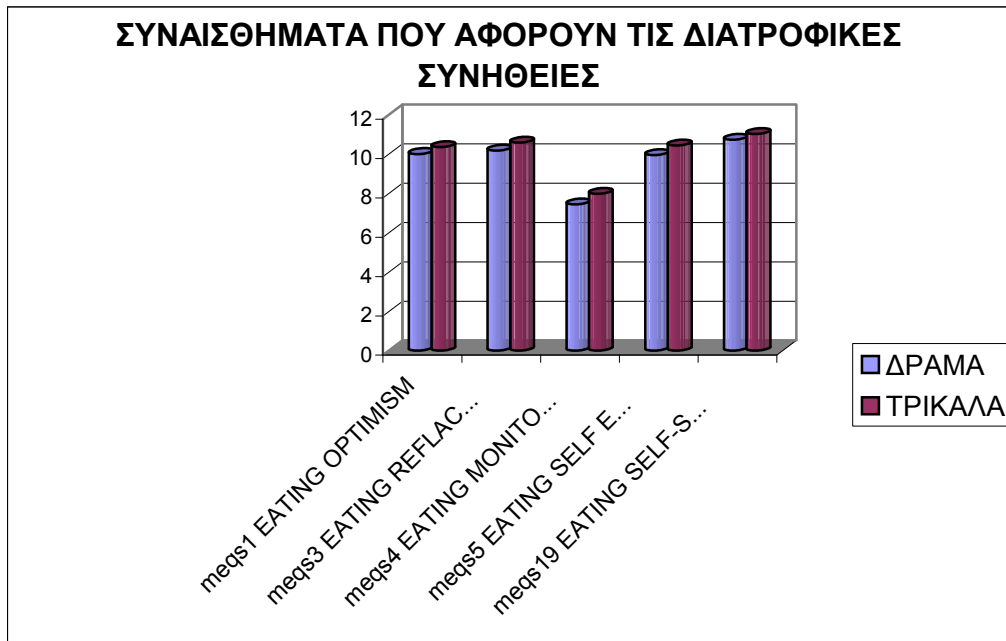


Τα κορίτσια είναι περισσότερο αισιόδοξα από τα αγόρια όσο αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες. Τα αγόρια είναι πιο τελειομανή, μπορούν και ελέγχουν περισσότερο τις διατροφικές τους συνήθειες και έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση για τις διατροφικές τους συνήθειες. Η διατήρηση των διατροφικών σχημάτων γίνεται στον ίδιο βαθμό και από τα δυο φύλα.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ



Παρατηρούμε ότι η διατροφική αισιοδοξία είναι μειωμένη στα άτομα ηλικίας 14 ετών αυξάνει στις ηλικίες 15^ο έως 19^ο και μειώνεται καθώς η ηλικία αυξάνει. Όσον αφορά την τελειομανία αυτή με μικρές αποκλίσεις αυξάνει ανάλογα με την ηλικία και είναι ιδιαίτερα αυξημένη κατά το 21^ο και 22^ο έτος. Το αίσθημα αυτοελέγχου της διατροφής παρουσιάζετε μειωμένο στο 14^ο έτος και μετά το 21^ο. Σημαντική αύξηση παρατηρείται από το 15^ο έως το 20^ο έτος. Η διατροφική αυτοεκτίμηση δεν παρουσιάζει σημαντική απόκλιση έως το 20^ο έτος ενώ παρατηρείται ραγδαία αύξηση και μετέπειτα μείωση στο 21^ο και 22^ο έτος. Η επιμονή στα διατροφικά σχήματα είναι ελάχιστη στο 14^ο έτος, από το 15^ο έως το 21^ο από το οποίο και αυξάνει. Συνοπτικά θα μπορούσαμε να τονίσουμε ότι τα συναισθήματα που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες δεν παρουσιάζουν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στο 15^ο και 20^ο έτος.

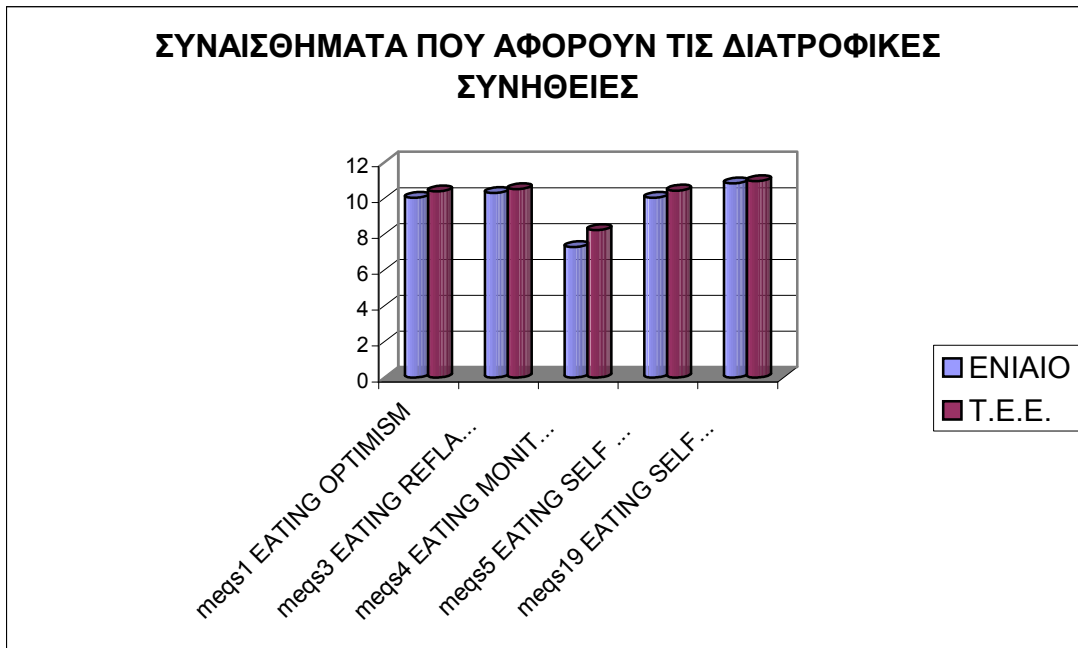


Οι διαφορές που συναντάμε ανάμεσα στις δυο πόλεις είναι πολύ μικρές. Η διατροφική αισιοδοξία είναι υψηλή. Στην πόλη των Τρικάλων τα ποσοστά τελειομανίας, ο διατροφικός έλεγχος, καθώς και η αυτοεκτίμηση είναι λίγο υψηλότερα, ενώ η επιμονή στα διατροφικά σχήματα δεν παρουσιάζει διαφορά.

ΑΝΑ ΜΑΘΗΜΑ



Τα παιδιά που διδάσκονται μαθήματα διατροφής φαίνονται πιο ευαισθητοποιημένα και με εντονότερα συναισθήματα σε ότι αφορά την διατροφή τους. Το αίσθημα αισιοδοξίας εμφανίζεται υψηλό και στις δύο ομάδες παιδιών υψηλότερο όμως στα παιδιά που παρακολουθούν μαθήματα διατροφής. Αυτά τα παιδιά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά τελειομανίας, αίσθημα ελέγχου, διατροφική αυτοεκτίμηση και επιμονή στα διατροφικά σχήματα.



Το σύνολο των παιδιών εμφανίζει υψηλά ποσοστά αισιοδοξίας σε ότι αφορά την διατροφή τους. Η τελειομανία και η επιμονή στα διατροφικά σχήματα είναι ελάχιστα υψηλότερα στα παιδιά των Τ.Ε.Ε. Ενώ, ο έλεγχος και η αυτοεκτίμηση είναι αρκετά υψηλότερος στα παιδιά των Τ.Ε.Ε. σε σύγκριση με τα παιδιά των ενιαίων λυκείων.

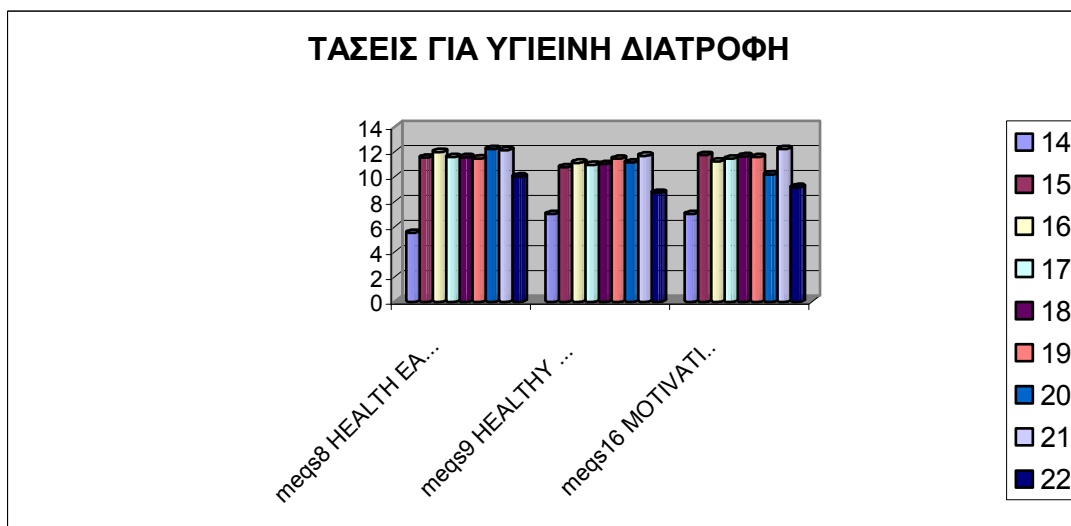
ΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΑΝΑ ΦΥΛΟ



Τόσο τα κορίτσια όσο και τα αγόρια εμφανίζουν μια υγιή όρεξη. Τα κορίτσια εμφανίζονται πιο κινητοποιημένα όσον αφορά την ανάπτυξη υγιών διατροφικών συνηθειών αλλά και πολύ περισσότερο κινητοποιημένα για την αποφυγή των ανθυγιεινών συνηθειών.

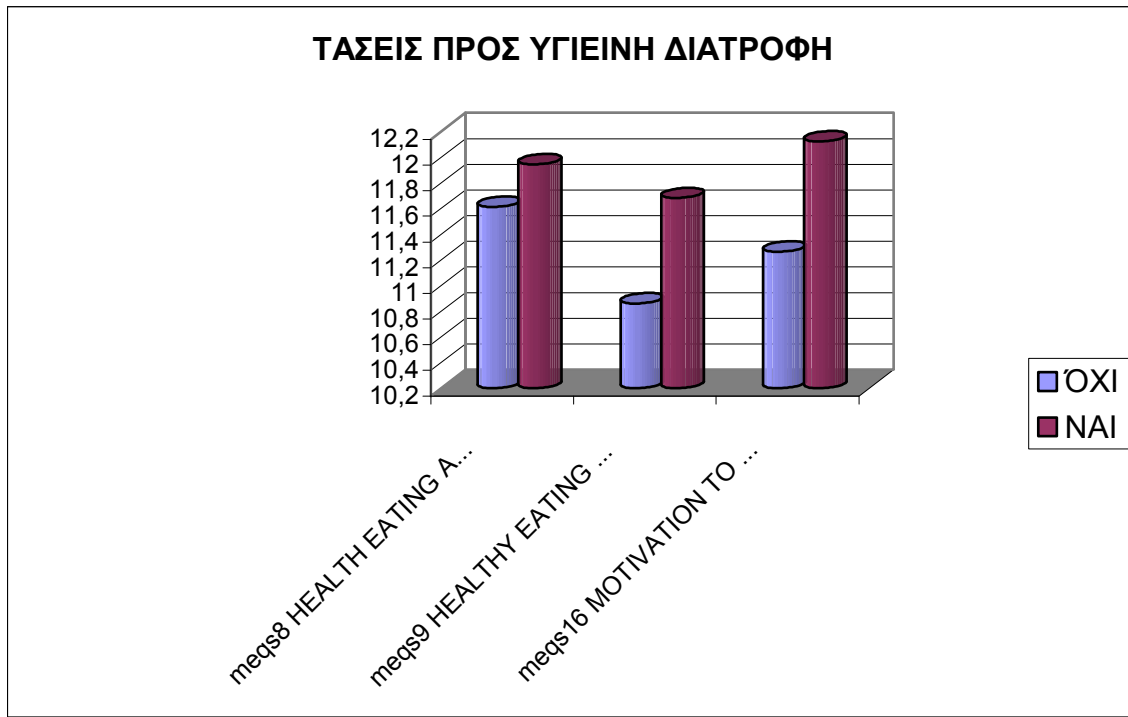
ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ



Στο 14^ο καθώς και στο 22^ο έτος παρατηρείται χαμηλό το αίσθημα της υγιούς όρεξης. Μικρή αύξηση έχουμε στο 20^ο και 21^ο έτος ενώ δεν υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές στις υπόλοιπες ηλικίες. Η κινητοποίηση για την ανάπτυξη υγιών διατροφικών συνηθειών καθώς και η αποφυγή των ανθυγιεινών συμπεριφορών είναι χαμηλή στο 14^ο και 22^ο έτος. Υπάρχει μια υπολογίσιμη αύξηση κατά το 21^ο έτος ενώ δεν συναντάμε διαφορές ανάμεσα στις υπόλοιπες ηλικίες.



Η τάσεις προς υγιεινή διατροφή εμφανίζεται να διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις δύο πόλεις. Τα παιδιά που κατοικούν στα Τρίκαλα φαίνεται να υποστηρίζουν ότι έχουν μια υγιή όρεξη. Η κινητοποίηση για ανάπτυξη υγιών διατροφικών συνηθειών καθώς και η αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής είναι πολύ υψηλότερη από αυτή των παιδιών που κατοικούν στην Δράμα.



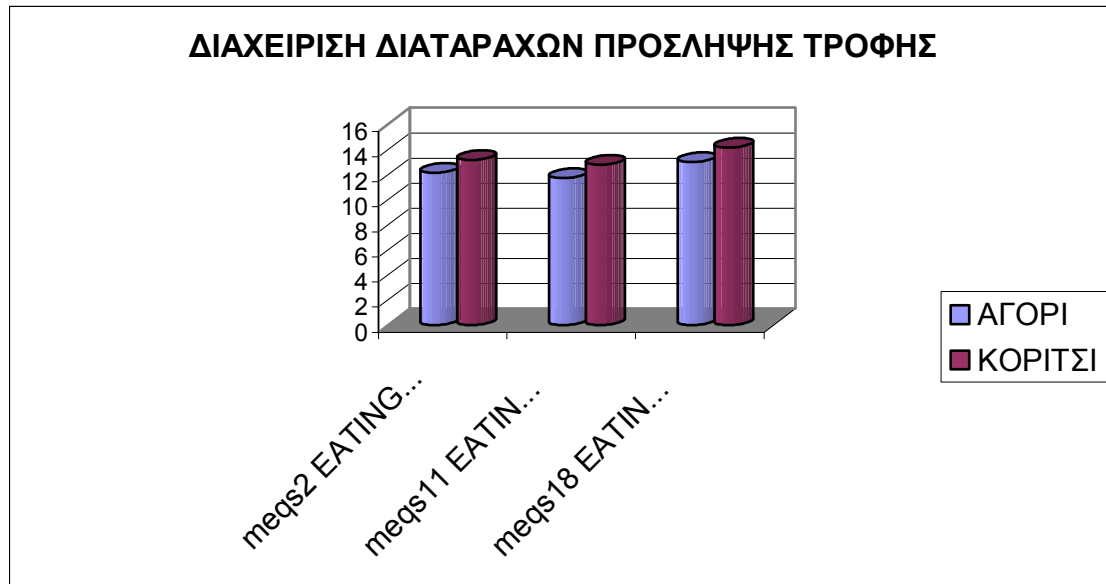
Τα παιδιά που παρακολουθούν μαθήματα διατροφής αναμενόμενα είναι πιο ευαισθητοποιημένα σε θέματα υγιεινής διατροφής. Τόσο η κινητοποίηση για την ανάπτυξη υγιεινών συνηθειών διατροφής όσο και η κινητοποίηση για την αποφυγή των ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής είναι υψηλότερες στα παιδιά που παρακολουθούν τα μαθήματα. Ακόμη εμφανίζονται να υποστηρίζουν ότι έχουν υγιή όρεξη με μικρή διαφορά από τα παιδιά που δε διδάσκονται μαθήματα διατροφής.



Τα παιδιά που φοιτούν στα ενιαία λύκεια εμφανίζονται να υποστηρίζουν ότι έχουν υγιή όρεξη σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα παιδιά που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε.. Το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζονται ευαισθητοποιημένα για την ανάπτυξη υγιεινών συνηθειών διατροφής είναι πολύ χαμηλό χωρίς να υπάρχει συγκριτικά μεγάλη διαφορά ανάμεσα στους δύο τύπους σχολείων. Η κινητοποίηση όμως για την αποφυγή των ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής είναι αυξημένη και υψηλότερη στα παιδιά που φοιτούν στα Ενιαία Λυκεία.

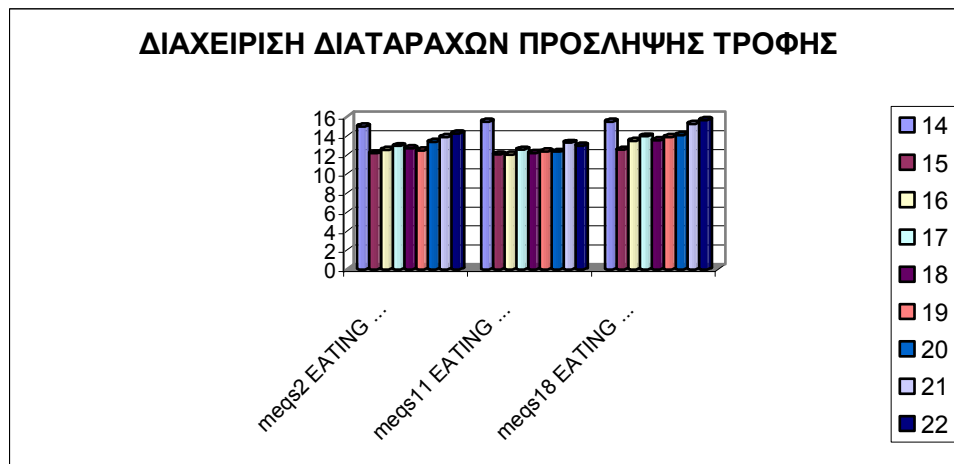
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

ΑΝΑ ΦΥΛΟ



Όσον αφορά τη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών, τα κορίτσια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά τόσο στη διαχείριση όσο και στην πρόληψη των Δ.Π.Τ., επίσης πιο αυξημένο είναι και το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη Δ.Π.Τ. συγκριτικά με τα αγόρια.

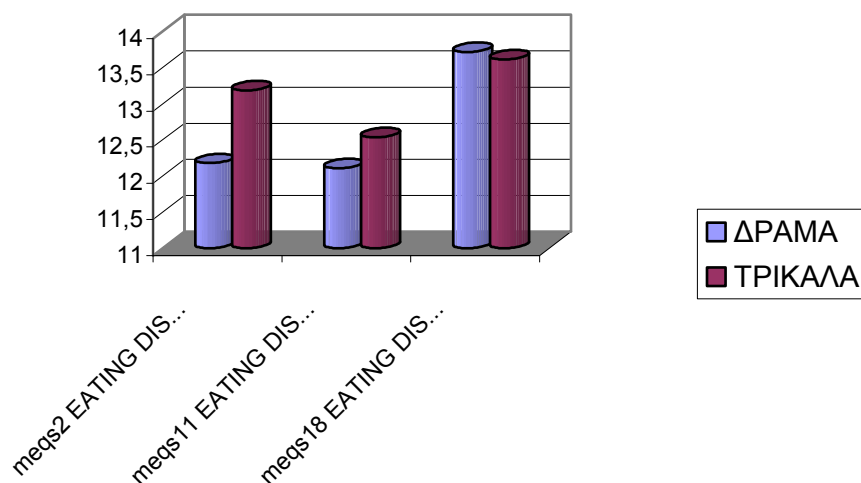
ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ



Τα συναισθήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση των Δ.Π.Τ. με εξαίρεση το 14^ο έτος της ηλικίας παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση με την αύξηση της ηλικίας. Τα ποσοστά που αφορούν το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη των Δ.Π.Τ. είναι ιδιαίτερα αυξημένο στο 21^ο και 22^ο έτος. Αξιοσημείωτο είναι ότι όλα τα συναισθήματα παρουσιάζονται ιδιαίτερα υψηλά στο 14^ο έτος της ηλικίας.

ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ

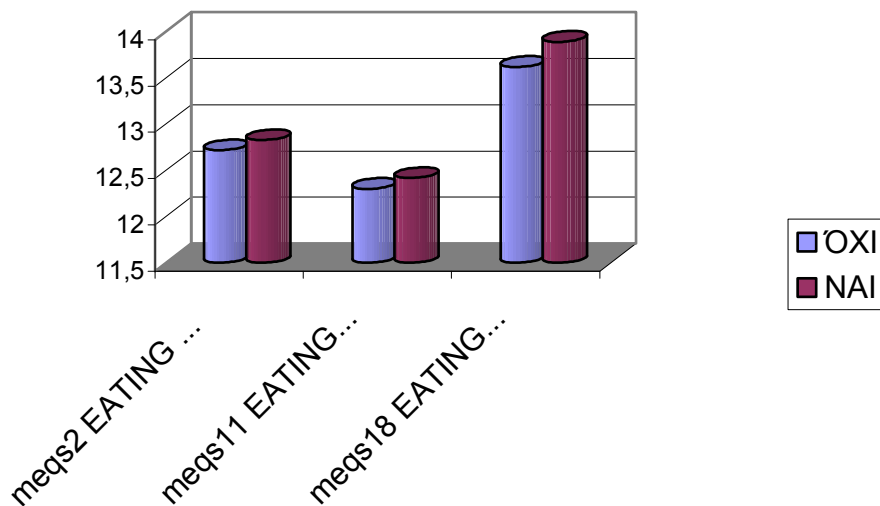
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ



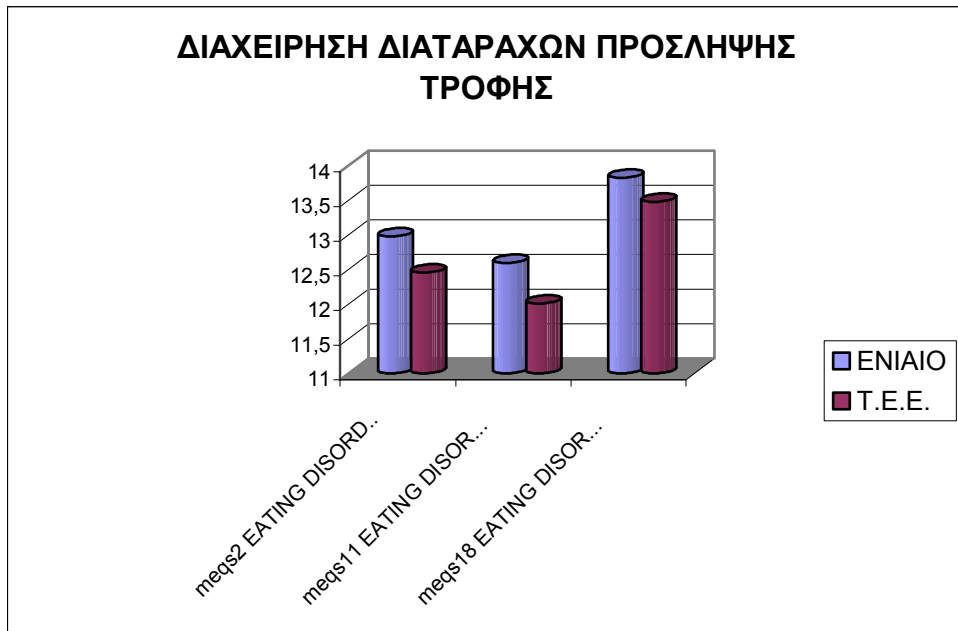
Οι παράμετροι που σχετίζονται με τη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών παρουσιάζουν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στις δυο πόλεις. Η διαχείριση των Δ.Π.Τ. είναι κατά πολύ αυξημένη στην πόλη των Τρικάλων. Ιδιαίτερα αυξημένο παρουσιάζεται και το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη των Δ.Π.Τ.. Ενώ η ευαισθητοποίηση για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα και στις δύο πόλεις.

ΑΝΑ ΜΑΘΗΜΑ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ



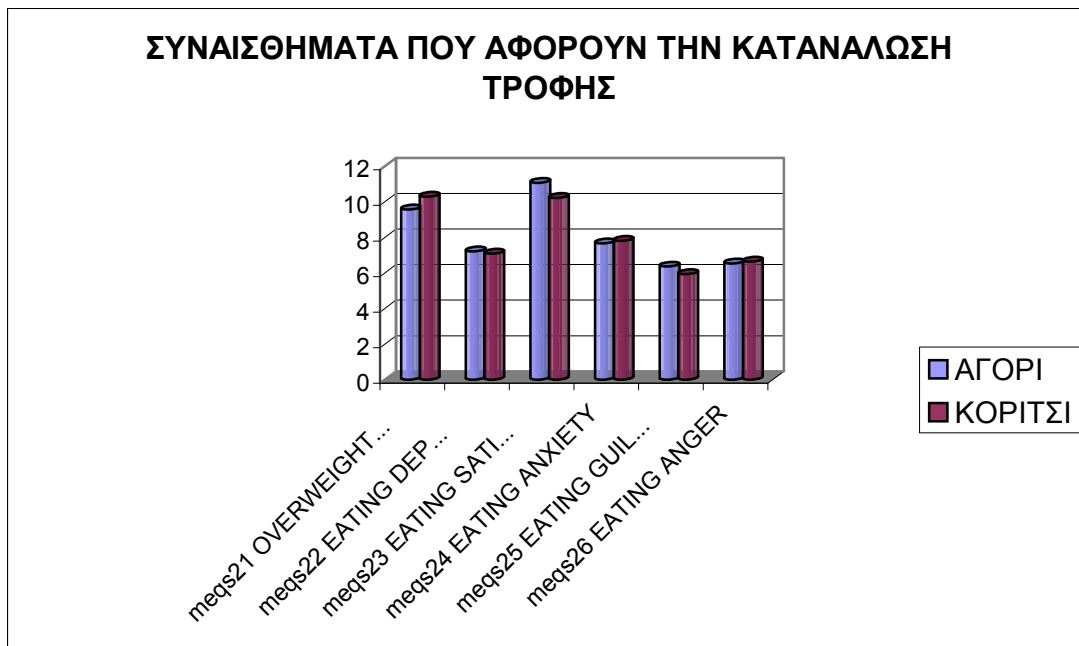
Τα παιδιά που παρακολουθούν μαθήματα διατροφής εμφανίζονται με ελάχιστα υψηλότερα ποσοστά όσον αφορά τη διαχείριση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Υψηλό είναι το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη των Δ.Π.Τ. και από τις δύο ομάδες.



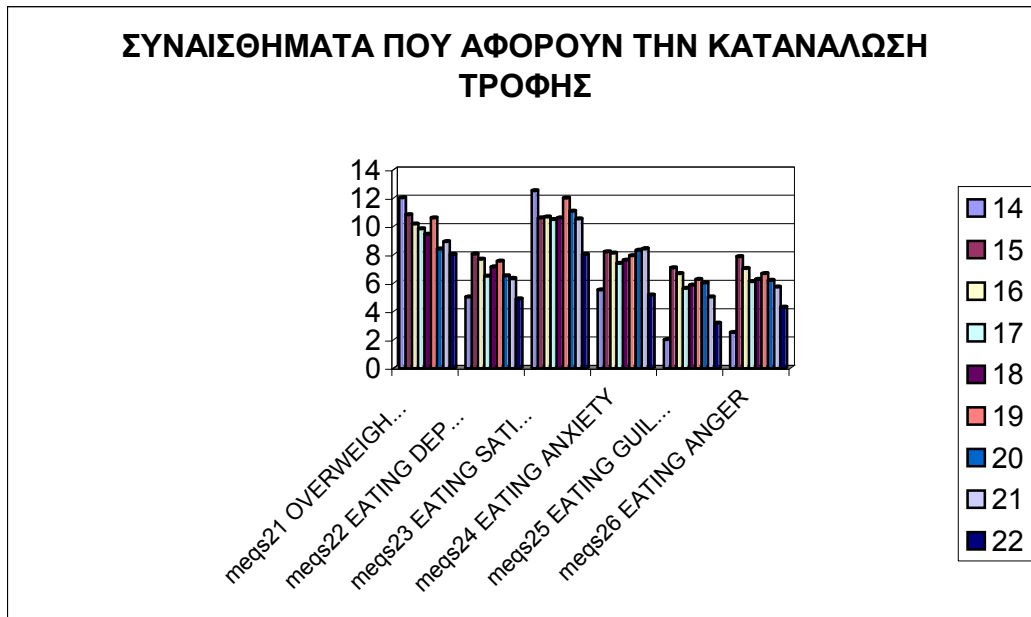
Όλα τα παιδιά εμφανίζονται κινητοποιημένα όσον αφορά τη διαχείριση των Δ.Π.Τ.. Τόσο η διαχείριση, όσο η πρόληψη και το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής εμφανίζονται υψηλότερα στα παιδιά που φοιτούν σε ενιαία λύκεια.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΗΣ

ΑΝΑ ΦΥΛΟ

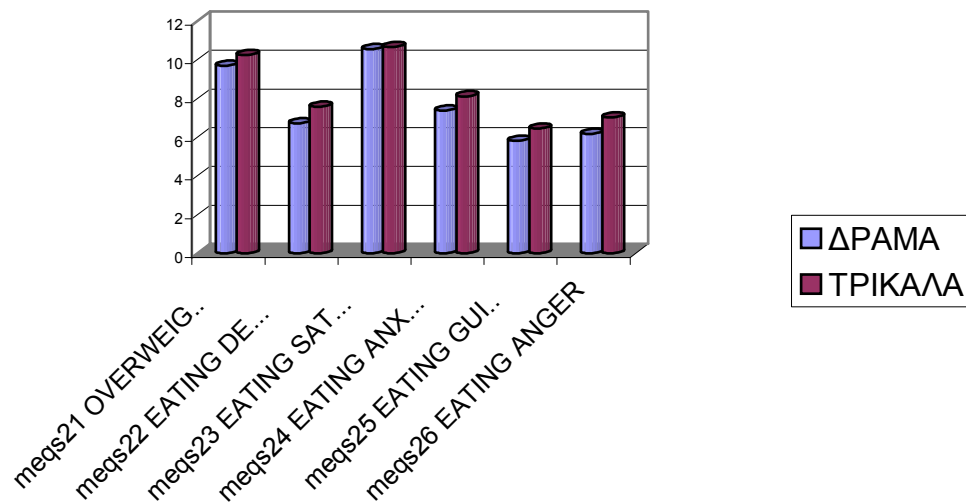


Ο φόβος του να γίνει κανείς υπέρβαρος εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά στα κορίτσια. Τα αγόρια εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό το αίσθημα κατάθλιψης, ενοχής και ντροπής σχετικά με τη διατροφή. Το αίσθημα ικανοποίησης σχετικά με τη διατροφή είναι υψηλότερο στα αγόρια, ενώ το άγχος και ο θυμός δεν έχει συγκρίσιμη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

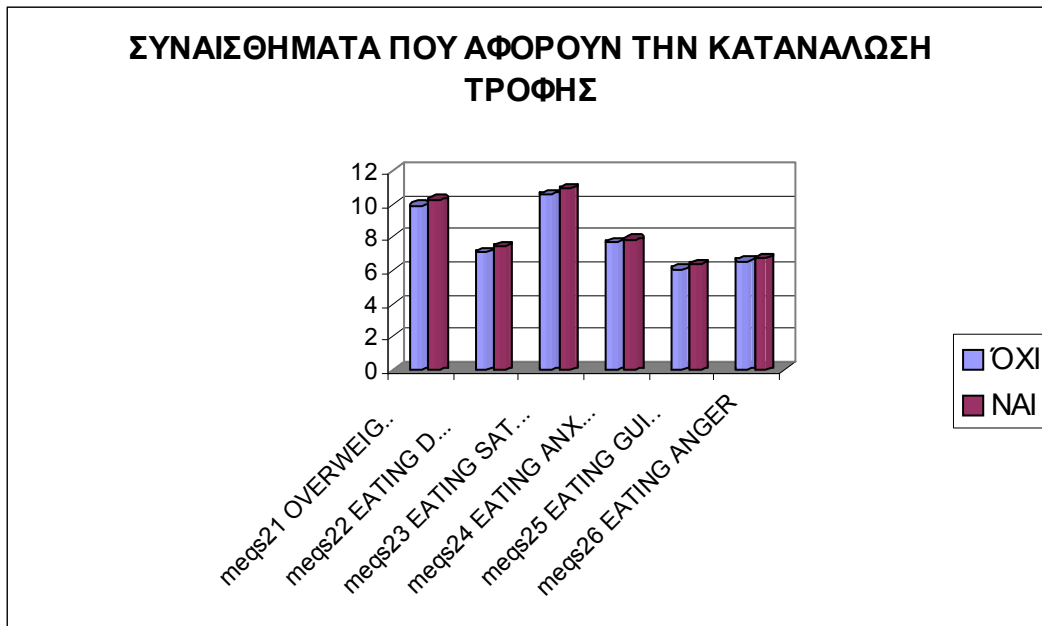


Ο φόβος για την αύξηση του βάρους είναι μεγαλύτερος ανάμεσα στο 14^ο και 19^ο έτος και παρουσιάζεται ιδιαίτερα χαμηλό στο 22^ο έτος. Το αίσθημα κατάθλιψης είναι ανάλογο με αυτό του φόβου για την αύξηση του βάρους. Το αίσθημα της διατροφικής αισιοδοξίας παρουσιάζεται αυξημένο στο 14^ο και 19^ο έτος, ενώ δεν έχει συγκρίσιμες διαφορές στις υπόλοιπες ηλικίες. Το αίσθημα άγχους σχετικά με τη διατροφή είναι χαμηλό στο 14^ο και 22^ο δεύτερο έτος, ενώ από το 15 αυξάνει σταδιακά. Τα άτομα ηλικίας 14^ο και 22^ο δηλώνουν ότι δε νιώθουν συναισθήματα ενοχής και ντροπής, όσον αφορά τη διατροφή τους, ενώ τα συναισθήματα αυτά φαίνεται να μειώνονται ανάλογα με την ηλικία. Το συναίσθημα του θυμού δεν εντοπίζεται στο 14^ο έτος της ηλικίας. Στο 18^ο και 19^ο υπάρχει μια αύξηση, ενώ στις υπόλοιπες ηλικίες τα ποσοστά παρουσιάζουν μείωση.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΗΣ

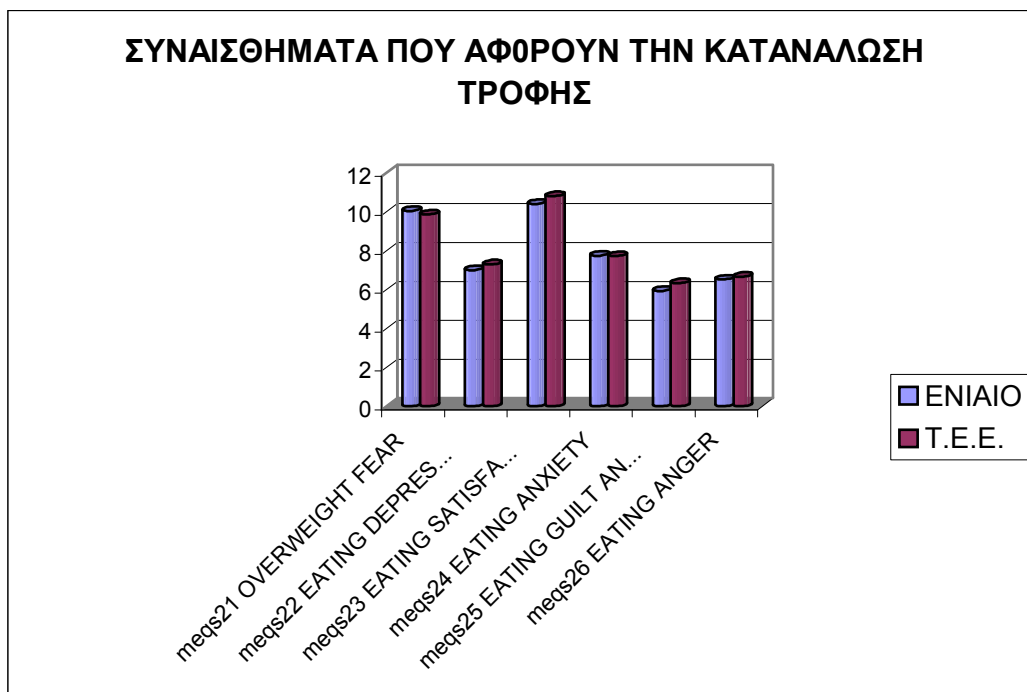


Ανάμεσα στις δύο πόλεις συναντάμε διαφορές στα συναισθήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής. Τα παιδιά που κατοικούν στην πόλη των Τρικάλων εμφανίζουν μεγαλύτερο φόβο για το υπέρβαρο, πολύ υψηλότερα ποσοστά του αισθήματος κατάθλιψης, άγχους, ενοχής, ντροπής και θυμού. Η ικανοποίηση για τις διατροφικές συνήθειες δεν παρουσιάζει αξιοσημείωτη διαφορά.

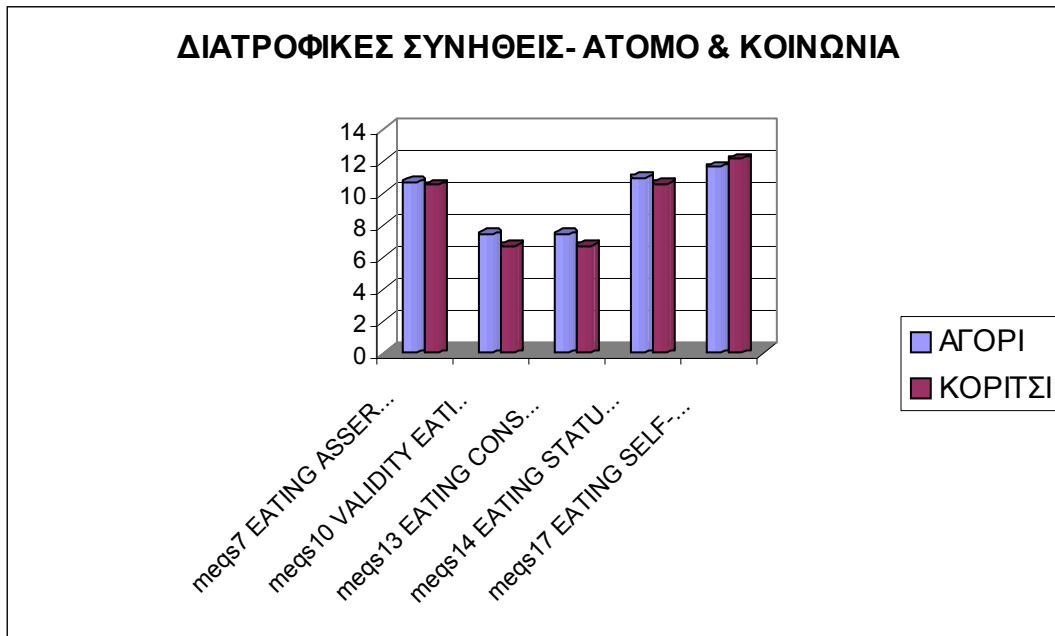


Ο φόβος του να γίνει κανείς υπέρβαρος είναι υψηλότερος στα παιδιά που παρακολουθούν μαθήματα διατροφής. Τα συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, η ικανοποίηση, το άγχος, η ενοχή και η ντροπή καθώς και ο θυμός δεν έχουν συγκρίσιμη διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες παιδιών.

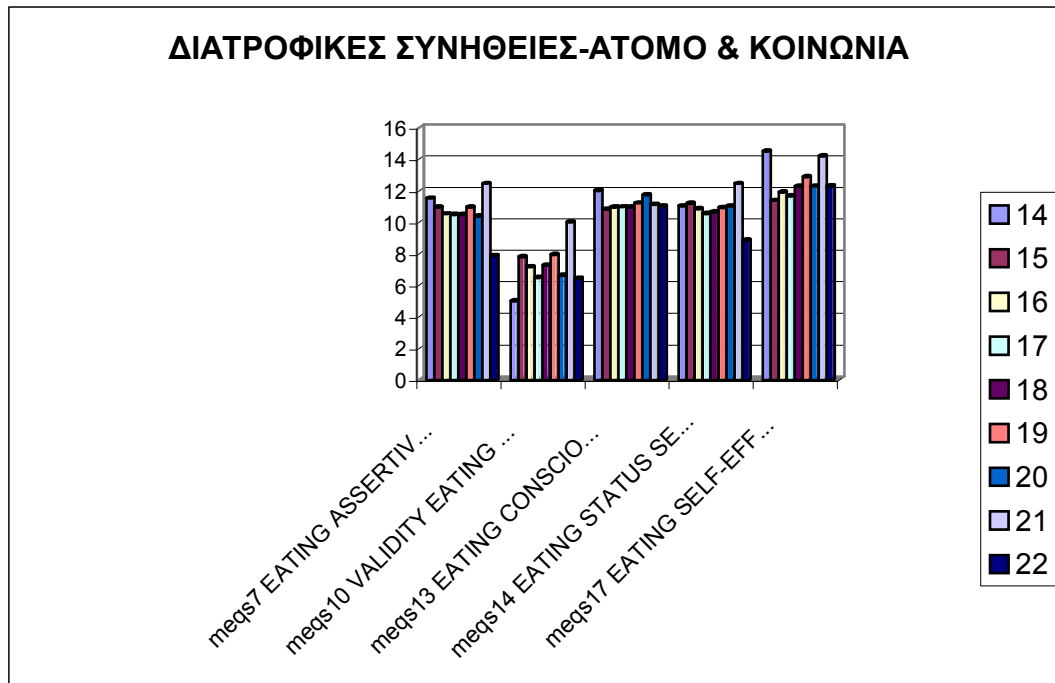
ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΣΧΟΛΕΙΟΥ



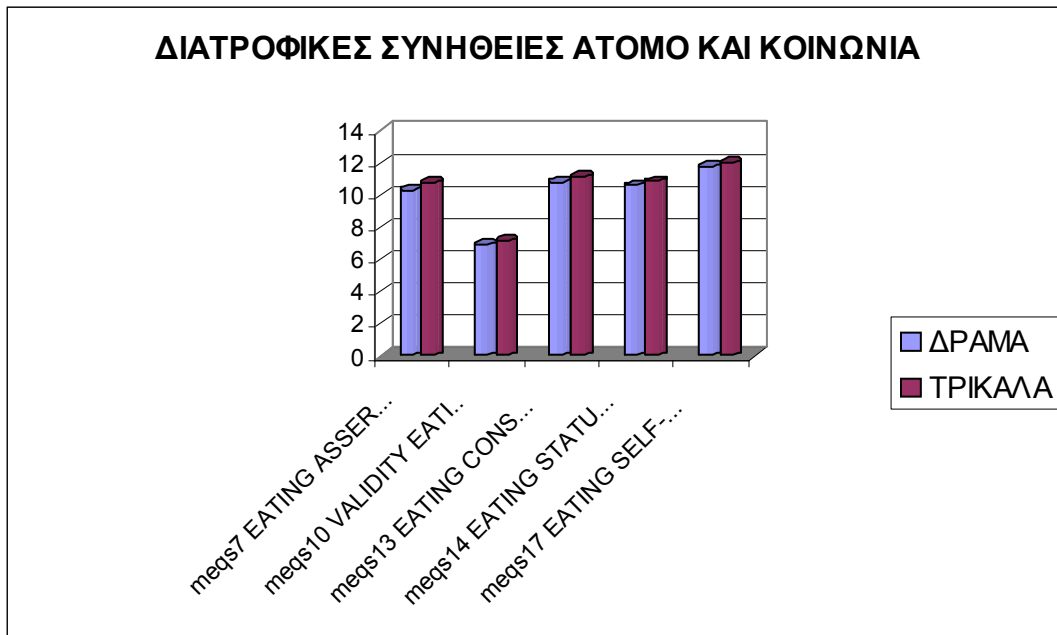
Ο φόβος του να γίνει κανείς υπέρβαρος είναι υψηλός και στους δύο τύπους σχολείων. Το αίσθημα κατάθλιψης, ενοχής και ντροπής εμφανίζεται υψηλότερο στα παιδιά των Τ.Ε.Ε. Ενώ το αίσθημα άγχους και ντροπής δεν έχουν συγκρίσιμη διαφορά. Υψηλό εμφανίζεται το αίσθημα της ικανοποίησης με μεγαλύτερο ποσοστό στα παιδιά που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε.



Η προσκόλληση στις διατροφικές αντιλήψεις δεν έχει συγκρίσιμη διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα. Η εφαρμογή κατάλληλων διατροφικών συνηθειών ώστε να γίνεται κάποιος κοινωνικά αρεστός είναι σημαντικότερη για τα αγόρια. Τα αγόρια έχουν υψηλότερα ποσοστά θετικών απαντήσεων στην επίγνωση των διατροφικών συνηθειών, καθώς και η αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών είναι υψηλότερη. Ο χειρισμός και η επίγνωση των θρεπτικών αναγκών είναι υψηλότερη στα κορίτσια.

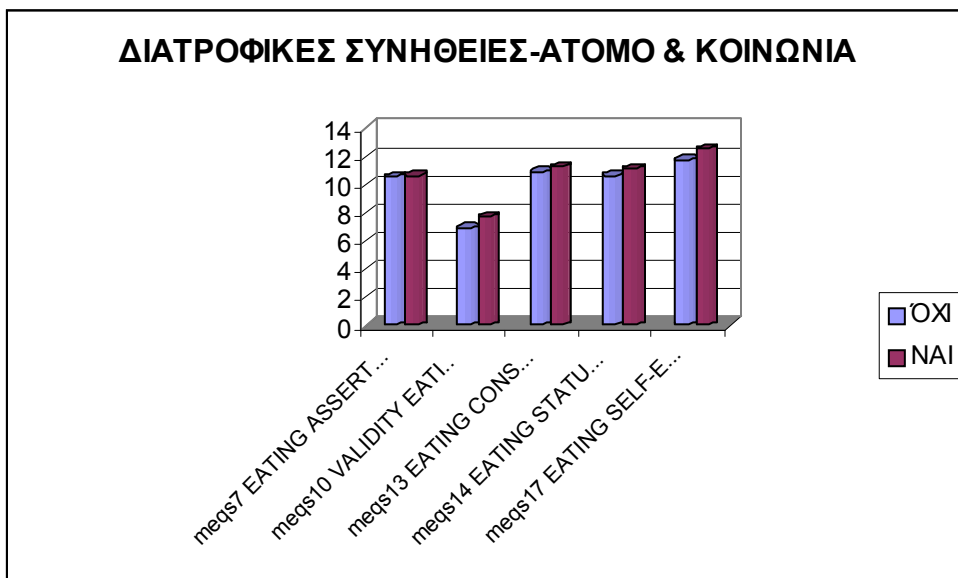


Η προσκόλληση στις διατροφικές αντιλήψεις είναι ιδιαίτερα χαμηλή κατά το 22^ο έτος και υψηλή κατά το 14^ο και το 21^ο έτος. Ενώ ανάμεσα στο 15^ο και 20 έτος δεν έχουμε συγκρίσιμες διαφορές. Η εφαρμογή κατάλληλων διατροφικών συνηθειών ώστε να γίνει κάποιος κοινωνικά αρεστός είναι ιδιαίτερα υψηλό κατά το 21 έτος και ιδιαίτερα χαμηλό κατά το 14^ο έτος. Δεν παρουσιάζετε ιδιαίτερα αυξημένο και δεν έχει αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στις υπόλοιπες ηλικίες. Η επίγνωση των διατροφικών συνηθειών κατά το 14^ο έτος, αυξάνει και μειώνεται κατά το 15^ο έτος στο οποίο παραμένει στα ίδια επίπεδα έως και το 18 έτος. Κατά το 19^ο έτος παρατηρείται μια απότομη αύξηση η οποία οδηγεί σε σταδιακή μείωση κατά την αύξηση της ηλικίας. Η αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνετε μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών είναι ιδιαίτερα αυξημένη σε όλες της ηλικίες με μεγαλύτερη αύξηση στο 15^ο και 21^ο έτος ενώ παρατηρούμε ραγδαία μείωση στο 22^ο έτος. Ο χειρισμός και η επίγνωση των θρεπτικών αναγκών είναι πάρα πολύ υψηλός στο 14^ο έτος και στο 20^ο. Μειωμένος εμφανίζεται από το 15^ο έτος έως το 18^ο έτος, ενώ αυξάνει λίγο στο 19^ο, 20, και 22^ο έτος.

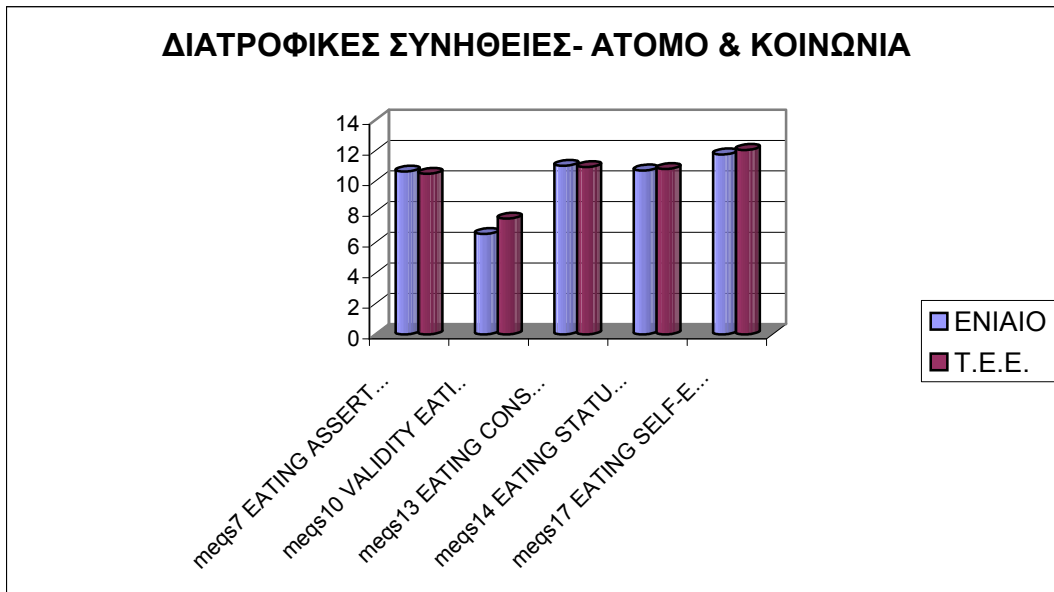


Ανάμεσα στις δύο πόλεις συναντάμε διαφορές στα συναισθήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής. Τα παιδιά που κατοικούν στην πόλη των Τρικάλων εμφανίζουν μεγαλύτερο φόβο για το υπέρβαρο, πολύ υψηλότερα ποσοστά του αισθήματος κατάθλιψης, άγχους, ενοχής, ντροπής και θυμού. Η ικανοποίηση για τις διατροφικές συνήθειες δεν παρουσιάζει αξιοσημείωτη διαφορά.

ΑΝΑ ΜΑΘΗΜΑ



Ανάμεσα στα παιδιά που παρακολουθούν μαθήματα διατροφής και αυτά που δεν παρακολουθούν δεν υπάρχουν συγκρίσιμες διαφορές όσον αφορά την προσκόλληση στις διατροφικές αντιλήψεις, την επίγνωση των διατροφικών συνηθειών και την αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών. Ενώ η εφαρμογή κατάλληλων διατροφικών συνηθειών, ώστε να γίνεται κάποιος κοινωνικά αρεστός καθώς και ο χειρισμός και η επίγνωση των θρεπτικών αναγκών είναι υψηλότερα στα παιδιά που παρακολουθούν τα μαθήματα.



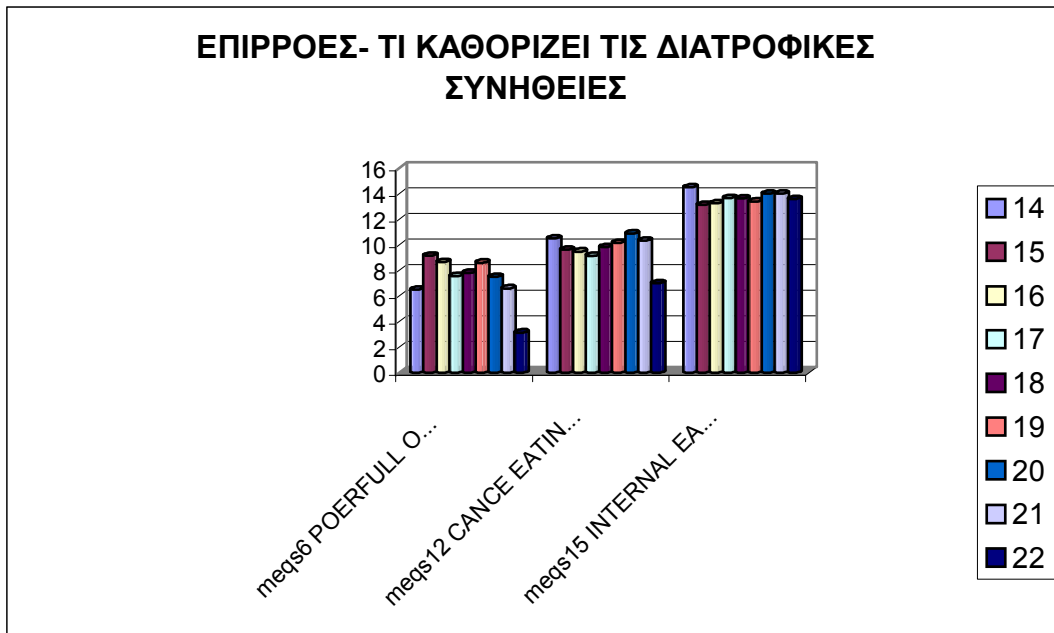
Δεν υπάρχουν συγκρίσιμες διαφορές ανάμεσα στους δύο τύπους σχολείων όσον αφορά την προσκόλληση στις διατροφικές αντιλήψεις, την επίγνωση των διατροφικών συνηθειών και την αντίληψη της διατροφικής κατάστασης που επιτυγχάνεται μέσω των τρεχουσών διατροφικών συμπεριφορών καθώς και το χειρισμό και την επίγνωση των θρεπτικών αναγκών. Η εφαρμογή κατάλληλων διατροφικών συνηθειών ώστε να γίνεται κάποιος κοινωνικά αρεστός αν και χαμηλή είναι υψηλότερη στα παιδιά που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε..

ΕΠΙΡΡΟΕΣ - ΤΙ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΑΝΑ ΦΥΛΟ



Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των κοριτσιών δείχνουν να επηρεάζονται λιγότερο σε σύγκριση με των αγοριών από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον, τα πρότυπα που προβάλλονται καθώς και από την τύχη. Σε μεγάλο ποσοστό του συνόλου των παιδιών οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες τους πηγάζουν από το ίδιο το άτομο (υψηλότερο ποσοστό αυτό των κοριτσιών).



Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι υψηλό το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι η διατροφικές επιρροές πηγάζουν από το ίδιο το άτομο με μικρή αύξηση του ποσοστού στο 14^ο έτος. Χαμηλό είναι το ποσοστό των ατόμων που φαίνεται να επηρεάζονται διατροφικά από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον και τα πρότυπα που προβάλλονται από τα ΜΜΕ, το φιλικό περιβάλλον και το σύγχρονο τρόπο ζωής είναι σε γενικές γραμμές χαμηλά με μικρή αύξηση ανάμεσα στο 15^ο με 16^ο έτος και 19^ο με 20^ο έτος.



Τα παιδιά που κατοικούν στην Δράμα εμφανίζονται να επηρεάζονται διατροφικά λιγότερο από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον, τα πρότυπα που προβάλλονται και από την τύχη. Οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες από το ίδιο το άτομο κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό και δεν έχουν σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο πόλεις.

ΑΝΑ ΜΑΘΗΜΑ



Οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες κάποιου από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον και τα πρότυπα που προβάλλονται καθώς και οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες από την τύχη είναι χαμηλά και στις δύο ομάδες παιδιών. Τα άτομα που διδάσκονται μαθήματα διατροφής εμφανίζονται να μην επηρεάζονται από το περιβάλλον τους όσον αφορά τη διατροφή τους.



Ανεξάρτητα από τον τύπο σχολείου παρατηρείται ότι οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου πηγάζουν από το ίδιο το άτομο. Ενώ οι επιρροές που δέχονται οι διατροφικές συνήθειες κάποιου από την οικογένεια, το οικείο περιβάλλον, τα πρότυπα που προβάλλονται καθώς και από την τύχη δεν έχουν συγκρίσιμη διαφορά ανάμεσα στους δυο τύπους σχολείων.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ:

ΑΓΟΡΙΑ – ΚΟΡΙΤΣΙΑ

Τα κορίτσια σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν μπορούν να χαρακτηριστούν ως πιο αισιόδοξα από τα αγόρια, σε ότι αφορά τη διατροφή τους. Η τελειομανία και η επιμονή σε ένα καθορισμένο διατροφικό πλάνο δε φαίνεται να διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλα. Τα αγόρια έχουν αυξημένο το αίσθημα του ελέγχου της διατροφής τους και αυτό επιφέρει και αύξηση της αυτοεκτίμησης. Αγόρια και κορίτσια υποστηρίζουν ότι νιώθουν ότι έχουν μια υγιή όρεξη, παρόλα αυτά είναι έντονα κινητοποιημένα για την υιοθέτηση υγιών διατροφικών συνηθειών και την αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών. Μεγαλύτερη αξία προσδίδουν τα κορίτσια στην προσοχή των διατροφικών τους συνηθειών.

Η διαχείριση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και ότι σχετίζεται με αυτές ενδιαφέρει σε μεγάλο βαθμό και τα δύο φύλα. Τα κορίτσια δηλώνουν ότι έχουν αυξημένο αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αναμενόμενα παρουσιάζονται πολύ πιο ευαισθητοποιημένα και με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την πρόληψη και την διαχείριση αυτών.

Το άγχος σχετικά με το βάρος του σώματος τους είναι ιδιαίτερα υψηλότερο στα κορίτσια. Δηλώνουν όμως στον ίδιο βαθμό με τα αγόρια ότι νιώθουν κατάθλιψη, άγχος και θυμό σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες. Τα αγόρια νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό ενοχές και ντροπή για τις συνήθειές τους παρόλα αυτά, όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι έντονα κινητοποιημένα για την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών.

Τα κορίτσια έχουν έντονη ενασχόληση με τη διατροφή τους και δηλώνουν επίγνωση τόσο των διατροφικών συνηθειών τους όσο και του ορθού χειρισμού των διατροφικών τους αναγκών. Δηλώνουν επίσης ότι δεν εφαρμόζουν διατροφικές συνήθειες ή διατροφικά πλάνα για να αποκτήσουν κοινωνικότητα και να γίνουν αρεστά. Τα αγόρια σε ότι αφορά την κοινωνική αποδοχή φαίνεται να υποστηρίζουν ότι επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό.

ΕΝΙΑΙΑ ΛΥΚΕΙΑ – ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΡΙΑ

Τα συναισθήματα που σχετίζονται με τη διατροφή δεν έχουν διαφορά ανάμεσα στους δύο τύπους σχολείων. Συμπεραίνουμε ότι δεν επηρεάζονται ανάλογα με τις σχολικές επιλογές που έχουν κάνει τα παιδιά. Μόνη διαφορά που συναντάμε είναι ότι τα παιδιά που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε. παρουσιάζουν να έχουν αυξημένο το αίσθημα του ελέγχου της διατροφής τους το οποίο επιφέρει αύξηση της αυτοεκτίμησης. Ο έλεγχος που φαίνεται, όπως δηλώνουν τα παιδιά, να εξασκούν στη διατροφή τους διασφαλίζει ότι δεν επηρεάζονται από πρότυπα της οικογένειας, άλλα προβαλλόμενα πρότυπα ή από την τύχη, παρά μόνο από την προσωπική τους άποψη. Ο έλεγχος αυτός προσδίδει στα παιδιά που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε. ιδιαίτερα αυξημένο αίσθημα ικανοποίησης.

Ο φόβος για την αύξηση του βάρους και η ενασχόληση τους με αυτό είναι υψηλότερα. Το ίδιο άγχος και θυμό σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες νιώθουν τα παιδιά ανεξαρτήτως τύπου σχολείου. Έχοντας όμως αυστηρότερα κριτήρια, σε σύγκριση με τα παιδιά που φοιτούν στα ενιαία λύκεια, τα αισθήματα κατάθλιψης, ενοχής και ντροπής είναι ποιο έντονα.

Τα παιδιά που φοιτούν στα Τ.Ε.Ε. είναι έντονα ευαισθητοποιημένα στο να αποφεύγουν τις ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής και την υιοθέτηση ενός υγιεινού πλάνου διατροφής. Σε ότι αφορά τις διαταραχές πρόσληψης τροφής τα παιδιά που φοιτούν στα ενιαία λύκεια είναι πιο ευαισθητοποιημένα για την πρόληψη και τη διαχείριση τους. Αυξημένο είναι και το αίσθημα ευθύνης που νιώθουν οι μαθητές των ενιαίων λυκείων για την ανάπτυξη των διαταραχών διατροφής.

Μεγάλη αξία φαίνεται να προσδίδουν οι μαθητές των Τ.Ε.Ε. στα πρότυπα της κοινωνίας. Δηλώνουν ότι η διατροφή τους κάνει κοινωνικά αρεστούς και ότι χειρίζονται και

έχουν επίγνωση των θρεπτικών αναγκών τους αλλά δεν έχουν έντονη προσκόλληση σε συγκεκριμένο διατροφικό πλάνο.

ΑΝΑ ΜΑΘΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τα παιδιά που διδάσκονται μαθήματα διατροφής είναι πιο ευαισθητοποιημένα και συνειδητοποιημένα ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες. Είναι πολύ περισσότερο αισιόδοξα αλλά παράλληλα παρουσιάζουν εντονότερη τελειομανία, μεγαλύτερο διατροφικό έλεγχο και επιμονή σε συγκεκριμένα διατροφικά σχήματα συμπεριφορά, η οποία τους προσδίδει μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.

Οι διατροφικές γνώσεις εντείνουν το φόβο για την αύξηση του βάρους αλλά ελάχιστα επηρεάζουν συναισθηματικά τα παιδιά. Τα συναισθήματα του άγχους, της κατάθλιψης, του θυμού της ενοχής και της ντροπής σε σχέση με τη διατροφή κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα και δεν επηρεάζονται από τις διατροφικές γνώσεις. Η διατροφική ικανοποίηση είναι αρκετά υψηλή.

Άτομα που παρακολουθούν μαθήματα διατροφής δεν θεωρούν τον εαυτό τους ικανό να διαχειριστούν και να προστατέψουν τον εαυτό τους από την έναρξη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής. Ακόμη νιώθουν λίγο πιο υπεύθυνα για την πιθανότητα εμφάνισης μιας διατροφικής διαταραχής. .

Τα μαθήματα διατροφής συμβάλουν στον χειρισμό και την επίγνωση των διατροφικών αναγκών του ατόμου παράλληλα όμως επηρεάζουν το άτομο προτρέποντας το να υιοθετήσει διατροφικές συνήθειες που θα το κάνουν κοινωνικά αρεστό.

ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ

Στην πόλη των Τρικάλων η ενασχόληση με τη διατροφή παρουσιάζεται πιο αυξημένη από ότι στην Δράμα. Η τελειομανία και η επιμονή σε διατροφικά σχήματα είναι εντονότερη. Η αυτοεκτίμηση είναι υψηλή όπως επίσης και ο διατροφικός έλεγχος. Η διατροφική αισιόδοξία είναι αυξημένη και χωρίς αξιοσημείωτη διαφορά και στις δύο πόλεις.

Η κινητοποίηση για την αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής είναι ιδιαίτερα αυξημένα στην πόλη των Τρικάλων. Παρόλα αυτά τα παιδιά θεωρούν ότι έχουν μια υγιή όρεξη όσον αφορά το φαγητό.

Η διαχείριση και η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών παρουσιάζεται λίγο πιο αυξημένη στα Τρίκαλα χωρίς να είναι αυξημένο και το αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη τους.

Τα παιδιά που κατοικούν στην Δράμα υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η διατροφή τους επηρεάζεται από τα ίδια τα άτομα και ότι δεν εξαρτάται από την οικογένεια, τα προβαλλόμενα πρότυπα ή από την τύχη.

Στα Τρίκαλα τα παιδιά καθορίζουν λίγο περισσότερο τις διατροφικές τους συνήθειες σύμφωνα με το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό και το τι θα τους κάνει κοινωνικά αρεστούς.

ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ

Στο 14^ο έτος παρατηρούμε μικρότερη συναισθηματική εμπλοκή των παιδιών σε θέματα διατροφής. Η αισιόδοξία, η τελειομανία, ο έλεγχος και η επιμονή στην υιοθέτηση ενός διατροφικού σχήματος είναι μικρή. Η τάση για υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής είναι μικρότερη συγκριτικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Παρατηρούμε όμως ότι η ενασχόληση με τη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών είναι μεγάλη, όπως επίσης και το αίσθημα ευθύνης.

Συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, η ενοχή η ντροπή και ο θυμός για τις διατροφικές συνήθειες είναι χαμηλά. Η επιθυμία όμως της προβολής της προσωπικότητάς τους, η ένταξή και αποδοχή τους από την κοινωνία μέσω της διατροφής απασχολεί περισσότερο τα άτομα αυτής της ηλικίας. Παρόλα αυτά δηλώνουν ότι η διατροφή τους δεν επηρεάζεται από

παράγοντες όπως η οικογένεια και τα προβαλλόμενα πρότυπα αλλά κυρίως από τους ίδιους και σε μικρότερο βαθμό από την τύχη.

Ομαδοποιώντας τις ηλικίες από το 15^ο έως το 19^ο έτος παρατηρούμε μικρές αποκλείσεις μεταξύ τους. Τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας φαίνεται να επηρεάζονται έντονα συναισθηματικά από τη διατροφή τους. Αν και η διατροφική αισιοδοξία είναι γενικά σε υψηλά επίπεδα οι θετικές απαντήσεις για συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, οι ενοχές και η ντροπή επίσης υψηλά.

Όσον αφορά τις διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι η διαχείριση τους, η πρόληψη αλλά και το αίσθημα ευθύνης για την εμφάνισή τους είναι ιδιαίτερα υψηλό σε όλες τις ηλικίες και αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία. Το αίσθημα του θυμού για τις διατροφικές διαταραχές φαίνεται να μειώνεται όσο αυξάνει η ηλικία ενώ παράλληλα η επιρροή της τύχης στη διατροφή αυξάνει.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ:

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίστηκαν δυσκολίες που αφορούσαν κυρίως τη συνεργασία τόσο με τους υπευθύνους των σχολείων όσο και με τα παιδιά. Η είσοδος και η απασχόληση των παιδιών για μια διδακτική ώρα αντιμετωπίστηκε με δυσαρέσκεια από μεμονωμένους καθηγητές ενώ η πλειοψηφία των λυκειαρχών αντέδρασε θετικά και διευκόλυνε την ολοκλήρωση της έρευνας. Μια μικρή ομάδα παιδιών αντέδρασε αρνητικά ως προς τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις ήταν πολλές και τα παιδιά έδειχναν να κουράζονται και να χάνουν το αρχικό ενδιαφέρον τους.

Η πλειοψηφία των μαθητών έδειξε έντονο ενδιαφέρον για την έρευνα και τη Διαιτολογία ως επιστήμη. Μεγάλο ποσοστό των μαθητών απηύθυνε, μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ερωτήσεις σχετικές με την υγιεινή διατροφή, τις διατροφικές διαταραχές, τον υπολογισμό του φυσιολογικού βάρους, τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας και τις δίαιτες. Έντονος ήταν ο σχολιασμός των παιδιών για τα έντυπα – περιοδικά διατροφής που κυκλοφορούν και την ορθότητα των άρθρων τους.

Δίνετε έτσι η δυνατότητα να τονίσουμε την ανάγκη της εισαγωγής στην εκπαίδευση μαθήματος διατροφής με σκοπό την έγκυρη ενημέρωση των μαθητών, την προαγωγή υγιεινού τρόπου διατροφής καθώς και τη ευαισθητοποίηση τους απέναντι στις διατροφικές διαταραχές. Όπως προκύπτει και από τα αποτελέσματα της έρευνας τα παιδιά που διδάσκονται μαθήματα διατροφής είναι πιο ευαισθητοποιημένα, κινητοποιημένα και ενώ έχουν το ίδιο ποσοστό φόβου ως προς την αύξηση του βάρους δεν επηρεάζονται συναισθηματικά. Αναφέροντας τη σπουδαιότητα της σύνδεση του ψυχολογικού παράγοντα και του αισθήματος της ενοχοποίησης με την εμφάνιση μιας διατροφικής διαταραχής συμπεραίνουμε ότι θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε την ενημέρωση ως μέτρο πρόληψης. Επίσης τα μαθήματα συμβάλουν στην επίγνωση των θρεπτικών αναγκών και προτρέπουν τα παιδιά να φροντίσουν για την κάλυψη τους εμμένοντας περισσότερο σε ένα υγιεινό τρόπο διατροφής, σε σύγκριση με τα παιδιά που έχουν διατροφική άγνοια.

Η ενημέρωση των καθηγητών σε θέματα διατροφικών διαταραχών, ορθής αντιμετώπισης παιδιών με έντονα προβλήματα βάρους, αλλά και η δυνατότητα ανίχνευσης ατόμων με προδιάθεση ανάπτυξης διαταραχών πρόσληψης τροφής ώστε να προλαμβάνονται σε αρχικό στάδιο κρίνεται απαραίτητη. Είναι αδύνατο οι καθηγητές να πάρουν το ρόλο του ψυχολόγου ή του διαιτολόγου αλλά η δράση τους θα μπορούσε να είναι προληπτική.

Άξιο σχολιασμού είναι η εμφάνιση υψηλότερης προδιάθεσης για την ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής σε μαθητές των Ενιαίων Λυκείων. Η πίεση των καθηγητών και του συστήματος εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη στα Ενιαία Λύκεια όπως επίσης και ο εξωσχολικός φόρτος εργασίας. Ακόμη μεγάλο μέρος των παιδιών που φοιτούν σε Ενιαία Λύκεια προέρχονται από οικογένειες με υψηλές απαιτήσεις. Οικογενειακό περιβάλλον που αναμένει και απαιτεί από τα παιδιά εισαγωγή σε υψηλόβαθμες τριτοβάθμιες σχολές, κατά κανόνα, δεν επιτρέπει τη φοίτηση σε Τ.Ε.Ε.. Χαρακτηριστικό γνώρισμα ατόμων που είναι

πιθανότερο να αναπτύξουν διατροφική διαταραχή είναι η τελειομανία και αυτό τους οδηγεί σε επιλογή των Ενιαίων Λυκείων.

Με την ανάλυση των απαντήσεων που έδωσαν τα κορίτσια προκύπτει, ότι ενώ είναι κινητοποιημένα για την ανάπτυξη υγιών διατροφικών συνηθειών, έχουν μεγαλύτερο άγχος σχετικά με την αύξηση του βάρους και υψηλότερο αίσθημα ευθύνης για την ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής. Δεν παρουσιάζουν όπως ήταν αναμενόμενα, μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικών συναισθημάτων. Υποθέτουμε ότι υποσυνείδητα κρίνουν πολύ αυστηρά τον εαυτό τους, αλλά δεν εξωτερικεύουν αυτά τα συναισθήματα. Επίσης, ενώ δηλώνουν επίγνωση τόσο των διατροφικών συνηθειών τους, όσο και του ορθού χειρισμού των διατροφικών τους αναγκών, καθώς και ότι δεν εφαρμόζουν διατροφικές συνήθειες ή διατροφικά πλάνα για να αποκτήσουν κοινωνικότητα και να γίνουν αρεστά, η πλειοψηφία των ερευνών αποδεικνύει ακριβώς το αντίθετο.

Ερμηνεύοντας τις διαφορές που εντοπίστηκαν ανάμεσα στις δύο πόλεις τονίζουμε ότι υπάρχει διαφορά στον αριθμό του πληθυσμού καθώς και στους τομείς απασχόλησης των κατοίκων. Η πόλη των Τρικάλων αριθμεί 70.000 κάτοικους οι οποίοι απασχολούνται σε μεγαλύτερο βαθμό με την παροχή υπηρεσιών, τη βιομηχανία και σε μικρότερο βαθμό με τη γεωργία, τη κτηνοτροφία και τη μεταποίηση γεωργικών και κτηνοτροφικών προϊόντων. Η Δράμα έχει πληθυσμό 43.485 κατοίκων. (**Πηγή:** Εθνική Στατιστική Υπηρεσία - Απογραφή 2001).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

THE MULTIDIMENSIONAL PSYCHOLOGY OF EATING QUESTIONNAIRE (MPEQ)

DR. WILLIAM E. SNELL, JR.

MPEQ

INSTRUCTIONS: The items in this questionnaire refer to people's eating behaviors. Please read each item carefully and decide to what extent it is characteristic of you. Give each item a rating of how much it applies to you by marking your response in this booklet. Use the following scale:

- A = Not at all characteristic of me.
- B = Slightly characteristic of me.
- C = Somewhat characteristic of me.
- D = Moderately characteristic of me.
- E = Very characteristic of me.

NOTE:

Remember to respond to all items, even if you are not completely sure.
Your answers will be kept in the strictest confidence.
Also, please be honest in responding to these statements.

1. I expect that my eating habits will be excellent in the future.
2. When I don't eat in a healthy fashion, I myself am in control of whether this improves.
3. My goal is for my eating habits/tendencies to be perfect in every way.
4. I pay particularly close attention to how others react to my personal eating habits.
5. I derive a sense of self-pride from the way I handle my own eating habits.
6. My eating habits are determined largely by other more powerful people (e.g., parents, family).
7. I assertively pursue my nutritional needs.
8. I have a strong and healthy appetite.
9. I'm very motivated to develop and maintain healthy patterns of eating.
10. I have never eaten any junk food in my entire lifetime.
11. If I am careful with my diet, then I will be able to prevent myself from having an eating problem.
12. My own personal eating habits are determined mostly by chance happenings.
13. I am very aware of my eating habits and patterns.
14. I have good eating habits and behaviors.
15. My eating habits and behaviors are something that I myself am directly in charge of.
16. I try to do things that keep me from eating too much.
17. I have the ability to take care of my own eating-nutritional requirements.
18. I am to blame for those times when I don't eat very well.

19. Not only do I have healthy eating habits, but it is important to me that I keep these healthy eating habits.
20. I'm very motivated to develop and maintain healthy patterns of eating.
21. I believe that in the future my eating habits will be healthy and nutritional.
22. When my eating habits are poor, I myself am responsible for improving them.
23. I always strive to be totally "perfect" in my eating tendencies/habits.
24. I'm very concerned with how others evaluate my eating and mealtime habits.
25. I am proud of the healthy eating habits I have established.
26. My eating habits are largely determined by people other than myself (e.g., friends, family).
27. When others want me to eat foods of poor nutritional value, I simply refuse.
28. My appetite for food is always strong and robust.
29. I'm strongly motivated to devote time-effort to maintaining good eating habits.
30. In my adult life, I have never eaten any food with my fingers.
31. I can prevent myself from having any eating problems by developing positive eating behaviors.
32. The type of food that I eat is influenced largely by luck and chance (i.e., by whatever food happens to be around).
33. I tend to spend a considerable amount of time thinking about my eating habits.
34. My current eating habits and behaviors are healthy and nutritional.
35. My eating habits and behaviors are something that I alone am responsible for.
36. I am motivated to keep myself from eating more than I need.
37. I am competent enough to make sure that my eating habits are healthy and nutritious.
38. If my eating and nutritional habits were to deteriorate, I would be the person to blame.
39. Not only do I watch my food intake (i.e., how much I actually eat), but it's important to me that I do so.
40. Not only do I have healthy eating habits, but it is important to me that I keep these healthy eating habits.
41. I do not expect to suffer any eating problems in the future.
42. If I were to develop an eating disorder, I myself would be responsible for getting better.
43. I am perfectionist when it comes to taking care of my own eating/nutritional needs.
44. I'm very concerned about what others think of my eating habits and behaviors.
45. I am pleased with how well I handle my own eating habits and behaviors.
46. My eating behavior is strongly influenced by the actions of powerful others (e.g., celebrities, models).
47. When I have a disagreement with someone about my nutritional preferences, I tell them so.
48. I never seem to lack a strong healthy appetite.
49. I have a strong desire to adhere to a healthy pattern of eating behaviors.
50. I have never eaten more than I needed at any meal.
51. If I just practice healthy eating habits, then I will be able to avoid any eating problems in the future.
52. My eating behaviors (i.e., the types of food that I eat) are determined by luck.
53. I think about my eating habits more than most people do.
54. I am a person who has healthy eating habits.
55. The type and amount of food that I eat is largely determined by my own actions.
56. I try to avoid engaging eating too much of anything.
57. I have the skills and ability to guarantee good, healthy eating behaviors for myself.

58. If I were to develop an eating disorder, then I'd be to blame for not taking good care of myself.

59. I am careful about my nutritional and eating tendencies, and it's important to me that I am careful.

60. If I just practice healthy eating habits, then I will be able to avoid any eating problems in the future.

61. I will probably experience a number of eating problems in the future.

62. If I were to develop any eating problems, my recovery would depend in large part on my own actions.

63. It is very essential that I develop and maintain the very best possible eating habits.

64. I'm concerned about the public impression created by my own personal eating habits.

65. I have positive feelings about my own eating behavior.

66. In order to have good eating habits, I have to conform to other more powerful people.

67. I am not at all passive about getting my nutritional needs fulfilled.

68. I always seem to be 'adequately' hungry.

69. It's really important to me that I pay careful attention to my own eating habits.

70. I have never eaten off of anyone else's plate.

71. I will be able to avoid any future eating problems, if I just attend to my own eating habits.

72. My eating habits and tendencies are caused by luck and other chance-related experiences.

73. I notice immediately when I deviate from my usual eating habits.

74. My eating behavior needs a lot of work in order to be healthy and beneficial.

75. The amount that I eat at any particular meal is a matter of my own personal control.

76. I really want to prevent myself from overeating.

77. I am able to handle my own eating and nutritional needs.

78. If I were to start eating in an unhealthy way, then it would be my own fault for letting it happen.

79. It's important to me that I pay attention to my eating habits, and I actually do so.

80. I'm very aware of any changes that may occur in my eating patterns.

81. I anticipate that my eating habits and behaviors will deteriorate in the future.

82. If I developed an eating disorder, my recovery would depend on how I myself dealt with the problem.

83. I set the very highest standards for my eating/nutritional habits.

84. I'm concerned about what other people think of my eating habits and table manners.

85. I feel good about the way I manage my own eating needs and requirements.

86. My eating behavior is largely determined by people who have considerable influence and control over me.

87. I don't eat food that is bad for me just because someone serves it to me.

88. I always have a strong appetite.

89. I strive to to maintain a consistent and healthy pattern of eating.

90. I have never rushed through a meal at any time in my life.

91. If I just pay attention to my diet, I will be able to prevent myself from having any eating problems.

92. I believe that chance and luck play an important role in my eating habits and tendencies.

93. I'm very aware of any changes that may occur in my eating patterns.

94. My eating habits and behaviors are in immediate need of attention.

95. Eating nutritious, healthy food is a matter of my own personal control and effort.

96. I am really motivated to avoid eating an excessive amount of food.
97. I am capable of taking care of my own eating-nutritional needs.
98. If I were to develop poor eating habits, then it would be my own fault.
99. I monitor my daily eating routines, and it's really important to me that I do this.
100. I always seem to be "adequately" hungry.

SECTION B (continued)

INSTRUCTIONS: The items in this questionnaire refer to people's eating behaviors. Please read each item carefully and decide to what extent it is characteristic of you. Give each item a rating of how much it applies to you by marking your response in this booklet. Use the following scale:

- A = Not at all characteristic of me.
- B = Slightly characteristic of me.
- C = Somewhat characteristic of me.
- D = Moderately characteristic of me.
- E = Very characteristic of me.

NOTE:

Remember to respond to all items, even if you are not completely sure.
Your answers will be kept in the strictest confidence.
Also, please be honest in responding to these statements.

-
101. I am afraid of becoming overweight.
 102. I am depressed about my eating habits.
 103. I am satisfied with my eating habits.
 104. I feel anxious when I think about my eating habits.
 105. I feel ashamed of my eating habits.
 106. I am angry about my eating habits/tendencies.
 107. I have a fear of becoming fat.
 108. My current eating/nutritional habits leave me feeling unhappy and sad.
 109. I am satisfied with my eating tendencies/nutritional habits.
 110. I'm worried about the nature of my eating habits and behaviors.
 111. My eating tendencies are embarrassing to me.
 112. My usual eating habits leave me feeling angry.
 113. I am fearful of gaining a great deal of weight.
 114. I feel sad about my usually eating tendencies and proclivities.
 115. I feel dissatisfied with my eating patterns.
 116. Thinking about my eating habits leaves me with an uneasy feeling.
 117. I am ashamed of my eating patterns.
 118. My eating habits and mannerisms cause me to feel angry.
 119. I don't have much fear about becoming overweight.
 120. I feel down in the dumps about my eating habits.
 121. I am pleased with my usual patterns of eating.
 122. I am more anxious about my eating habits than most people are.
 123. When I think about my eating habits, I feel shame.
 124. I experience feelings of anger about my eating preferences and habits.
 125. I'm not afraid of becoming fat.
 126. After I eat, I become depressed about the food I've eaten.
 127. My eating behaviors are satisfying to me.
 128. I feel nervous when I think about my eating patterns and habits.
 129. After I eat, I feel guilty about what I've eaten.

Scoring Instructions for the Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire (MPEQ):

The Multidimensional Psychology of Eating Questionnaire (MPEQ) was designed as an objective self-report assessment instrument with separate subscales (24 content and 2 validity subscales) that assess 26 specific psychological aspects of people's eating-related tendencies. After canvassing the relevant literature, a set of original items was prepared to measure these 26 tendencies (sample statements are enclosed within parentheses after each label): (1) eating optimism (e.g., I expect that my eating habits will be excellent in the future), (2) eating disorder management (e.g., When my eating habits are poor, I myself am responsible for improving them), (3) eating perfectionism (e.g., I am perfectionist when it comes to taking care of my own eating/nutritional needs), (4) eating self-monitoring (e.g., I pay particularly close attention to how others react to my personal eating habits), (5) eating self-esteem (e.g., I derive a sense of self-pride from the way I handle my own eating habits), (6) power-other locus of eating control [e.g., My eating habits are determined largely by other more powerful people (e.g., parents, family)], (7) eating assertiveness (e.g., I assertively pursue my nutritional needs), (8) healthy eating appetite (e.g., I have a strong and healthy appetite), (9) motivation for healthy eating (e.g., I'm very motivated to develop and maintain healthy patterns of eating), (10) eating social desirability (an MPEQ validity subscale), (11) eating disorder prevention (e.g., If I am careful with my diet, than I will be able to prevent myself from having an eating problem), (12) chance-luck locus of eating control (e.g., My own personal eating habits are determined mostly by chance happenings), (13) eating consciousness (e.g., I am very aware of my eating habits and patterns), (14) eating status self-perception (e.g., I have good eating habits and behaviors), (15) internal locus of eating control (e.g., The amount that I eat at any particular meal is a matter of my own personal control), (16) motivation to avoid unhealthy eating (e.g., I try to do things that keep me from eating too much), (17) eating self-efficacy (e.g., I have the ability to take care of my own eating-nutritional requirements), (18) eating disorder self-blame (e.g., If my eating and nutritional habits were to deteriorate, I would be the person to blame), (19) eating self-schemata (e.g., Not only do I have healthy eating habits, but it is important to me that I keep these healthy eating habits), (20) eating response consistency (an MPEQ validity subscale), (21) fear of becoming overweight (e.g., I am afraid of becoming overweight), (22) eating depression (e.g., I am depressed about my eating habits), (23) eating satisfaction (e.g., I am satisfied with my eating habits), (24) eating anxiety (e.g., I feel anxious when I think about my eating habits), (25) eating guilt-shame (e.g., I feel ashamed of my eating habits), and (26) eating anger (e.g., I experience feelings of anger about my eating preferences and habits).

A 5-point Likert format was used for the participants' responses: not at all characteristic of me (0), slightly characteristic of me (1), somewhat characteristic of me (2), moderately characteristic of me (3), and very characteristic of me (4). Subscales scores on the MPEQ were computed by summing the responses to the 5 items on each subscale (except for the MPEQ response consistency subscale), with higher scores corresponding to greater amounts of each respective tendency. For the MPEQ validity subscale concerned with response consistency, the subscale score was computed in a slightly different manner. Specifically, 5 of the MPEQ statements on the non-affect related subscales were repeated on the MPEQ; an "absolute" discrepancy score was then computed between the responses to the original and the repeated statements, and the sum of these 5 discrepancy scores was then calculated (subscales range = 0 to 20). Higher scores on this MPEQ validity subscale thus corresponded to greater response inconsistency. The SPSS codes for the MPEQ are shown below:

```

COMMENT *****
COMMENT MEQ REVERSE CODED ITEMS ARE RECODED HERE
COMMENT
RECODE MEQ61,MEQ81,
MEQ74,MEQ94,MEQ119,MEQ125,MEQ115
(1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1)
COMMENT *****
COMMENT ALL MEQ ITEMS ARE RECODED HERE
COMMENT
RECODE MEQ1 TO MEQ130
(5=4)(4=3)(3=2)(2=1)(1=0)
COMMENT *****
COMMENT *****
COMPUTE DIF1=ABS(meq20-meq9)
COMPUTE DIF2=ABS(MEQ40-MEQ19)
COMPUTE DIF3=ABS(MEQ60-MEQ51)
COMPUTE DIF4=ABS(MEQ80-MEQ93)
COMPUTE DIF5=ABS(MEQ100-MEQ68)
COMMENT *****
COMPUTE MEQS1=MEQ1+MEQ21+MEQ41+MEQ61+MEQ81
COMPUTE MEQS2=MEQ2+MEQ22+MEQ42+MEQ62+MEQ82
COMPUTE MEQS3=MEQ3+MEQ23+MEQ43+MEQ63+MEQ83
COMPUTE MEQS4=MEQ4+MEQ24+MEQ44+MEQ64+MEQ84
COMPUTE MEQS5=MEQ5+MEQ25+MEQ45+MEQ65+MEQ85
COMPUTE MEQS6=MEQ6+MEQ26+MEQ46+MEQ66+MEQ86
COMPUTE MEQS7=MEQ7+MEQ27+MEQ47+MEQ67+MEQ87
COMPUTE MEQS8=MEQ8+MEQ28+MEQ48+MEQ68+MEQ88
COMPUTE MEQS9=MEQ9+MEQ29+MEQ49+MEQ69+MEQ89
COMPUTE MEQS10=MEQ10+MEQ30+MEQ50+MEQ70+MEQ90
COMPUTE MEQS11=MEQ11+MEQ31+MEQ51+MEQ71+MEQ91
COMPUTE MEQS12=MEQ12+MEQ32+MEQ52+MEQ72+MEQ92
COMPUTE MEQS13=MEQ13+MEQ33+MEQ53+MEQ73+MEQ93
COMPUTE MEQS14=MEQ14+MEQ34+MEQ54+MEQ74+MEQ94
COMPUTE MEQS15=MEQ15+MEQ35+MEQ55+MEQ75+MEQ95
COMPUTE MEQS16=MEQ16+MEQ36+MEQ56+MEQ76+MEQ96
COMPUTE MEQS17=MEQ17+MEQ37+MEQ57+MEQ77+MEQ97
COMPUTE MEQS18=MEQ18+MEQ38+MEQ58+MEQ78+MEQ98
COMPUTE MEQS19=MEQ19+MEQ39+MEQ59+MEQ79+MEQ99
COMMENT *****
COMPUTE MEQS20=DIF1+DIF2+DIF3+DIF4+DIF5
COMMENT *****
COMPUTE MEQS21=MEQ101+MEQ107+MEQ113+MEQ119+MEQ125
COMPUTE MEQS22=MEQ102+MEQ108+MEQ114+MEQ120+MEQ126
COMPUTE MEQS23=MEQ103+MEQ109+MEQ115+MEQ121+MEQ127
COMPUTE MEQS24=MEQ104+MEQ110+MEQ116+MEQ122+MEQ128
COMPUTE MEQS25=MEQ105+MEQ111+MEQ117+MEQ123+MEQ129
COMPUTE MEQS26=MEQ106+MEQ112+MEQ118+MEQ124+MEQ130

```


COMMENT *****
VAR LABELS MEQS1 EATING OPTIMISM
VAR LABELS MEQS2 EATING DISORDER MANAGEMENT
VAR LABELS MEQS3 EATING PERFECTIONISM
VAR LABELS MEQS4 EATING MONITORING
VAR LABELS MEQS5 EATING SELF-ESTEEM
VAR LABELS MEQS6 POWERFUL OTHER EATING LOCUS OF CONTROL
VAR LABELS MEQS7 EATING ASSERTIVENESS
VAR LABELS MEQS8 HEALTH EATING APPETITE
VAR LABELS MEQS9 HEALTHY EATING MOTIVATION
VAR LABELS MEQS10 VALIDITY-EATING SOCIAL DESIRABILITY
VAR LABELS MEQS11 EATING DISORDER PREVENTION
VAR LABELS MEQS12 CHANCE EATING LOCUS OF CONTROL
VAR LABELS MEQS13 EATING CONSCIOUSNESS
VAR LABELS MEQS14 EATING STATUS SELF-PERCEPTION
VAR LABELS MEQS15 INTERNAL EATING LOCUS OF CONTROL
VAR LABELS MEQS16 MOTIVATION TO AVOID UNHEALTHY EATING
VAR LABELS MEQS17 EATING SELF-EFFICACY
VAR LABELS MEQS18 EATING DISORDER SELF-BLAME
VAR LABELS MEQS19 EATING SELF-SCHEMATA
VAR LABELS MEQS20 VALIDITY-RESPONSE INCONSISTENCY
VAR LABELS MEQS21 OVERWEIGHT FEAR
VAR LABELS MEQS22 EATING DEPRESSION
VAR LABELS MEQS23 EATING SATISFACTION
VAR LABELS MEQS24 EATING ANXIETY
VAR LABELS MEQS25 EATING GUILT AND SHAME
VAR LABELS MEQS26 EATING ANGER

Dr. William E. Snell, Jr.

Οδηγίες : Οι προτάσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο αναφέρονται στις διατροφικές συμπεριφορές των ανθρώπων .

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε την καθεμιά προσεκτικά και να προσδιορίσετε πόσο πολύ σας εκφράζει, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα :

0 = δεν με χαρακτηρίζει καθόλου

1 = με χαρακτηρίζει λίγο

2 = με χαρακτηρίζει κάπως

3 = με χαρακτηρίζει μέτρια

4 = με χαρακτηρίζει πολύ

Σημείωση : Να θυμάστε να απαντήσετε σε όλες τις προτάσεις ακόμα και όταν δεν είστε εντελώς σίγουρος/η για αυτές .

Οι απαντήσεις που θα δώσετε θα τηρηθούν με αυστηρή εχεμύθεια .

Παρακαλούμε να απαντήσετε με απόλυτη ειλικρίνεια στις ερωτήσεις.

ΕΝΙΑΙΟ Τ.Ε.Ε.

ΤΑΞΗ :

ΗΛΙΚΙΑ :

ΦΥΛΟ :

ΠΕΡΙΟΧΗ :

1. Αναμένω ότι οι διατροφικές μου συνήθειες θα είναι άριστες στο μέλλον.	0	1	2	3	4
2. Όταν δεν τρώω με έναν υγιή τρόπο, μπορώ ο ίδιος να ελέγξω αν αυτό θα βελτιωθεί.	0	1	2	3	4
3. Ο στόχος μου είναι οι διατροφικές μου συνήθειες / τάσεις να είναι τέλειες με κάθε τρόπο.	0	1	2	3	4
4. Δίνω ιδιαίτερα μεγάλη προσοχή στο πώς οι άλλοι αντιδρούν στις προσωπικές διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
5. Αντλώ μια αίσθηση προσωπικής υπερηφάνειας από τον τρόπο που χειρίζομαι τις διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
6. Οι διατροφικές μου συνήθειες καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από άλλους ισχυρότερους ανθρώπους (π.χ., γονείς, οικογένεια).	0	1	2	3	4
7. Επιδιώκω (κατηγορηματικά) να καλύπτω τις θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
8. Έχω μια ισχυρή και υγιή όρεξη.	0	1	2	3	4
9. Είμαι πολύ ευαισθητοποιημένος στο να αναπτύξω και να διατηρήσω υγιή τρόπο διατροφής.	0	1	2	3	4
10. Σε όλη μου τη ζωή δεν έχω φάει ποτέ «γρήγορο» φαγητό (fast food).	0	1	2	3	4
11. Εάν είμαι προσεκτικός με τη διατροφή μου, τότε θα μπορώ να προστατεύσω τον εαυτό μου από την απόκτηση κάποιας διατροφικής διαταραχής.	0	1	2	3	4
12. Οι προσωπικές μου διατροφικές συνήθειες καθορίζονται συνήθως από τυχαία γεγονότα.	0	1	2	3	4
13. Γνωρίζω πολύ καλά τις διατροφικές συνήθειες και τις προτιμήσεις μου.	0	1	2	3	4
14. Έχω καλές διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές.	0	1	2	3	4
15. Οι διατροφικές συνήθειες και οι συμπεριφορές μου είναι κάτι για το οποίο εγώ ο ίδιος είμαι άμεσα υπεύθυνος.	0	1	2	3	4
16. Προσπαθώ να κάνω πράγματα που να με εμποδίζουν από το να φάω πάρα πολύ.	0	1	2	3	4
17. Έχω τη δυνατότητα να φροντίσω από μόνος μου τις διατροφικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
18. Είμαι υπεύθυνος για όσες φορές δεν τρώω πολύ καλά.	0	1	2	3	4
19. Όχι μόνο έχω υγιείς διατροφικές συνήθειες, αλλά είναι σημαντικό για μένα να διατηρώ αυτές τις υγιείς διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
20. Είμαι πολύ ευαισθητοποιημένος να αναπτύξω και να διατηρήσω υγιείς διατροφικές συνήθειες .	0	1	2	3	4
21. Πιστεύω ότι στο μέλλον οι διατροφικές μου συνήθειες θα είναι υγιείς και θρεπτικές.	0	1	2	3	4
22. Όταν οι διατροφικές μου συνήθειες είναι φτωχές, εγώ ο ίδιος είμαι υπεύθυνος για τη βελτίωση τους.	0	1	2	3	4
23. Προσπαθώ πάντα να είμαι εντελώς «τέλειος» στις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
24. Ενδιαφέρομαι πολύ για το πώς οι άλλοι αξιολογούν τις διατροφικές μου συνήθειες και τις ώρες κατανάλωσης των γευμάτων.	0	1	2	3	4
25. Είμαι υπερήφανος για τις υγιείς διατροφικές συνήθειες που έχω καθιερώσει.	0	1	2	3	4
26. Οι διατροφικές μου συνήθειες καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από άλλους ανθρώπους παρά από τον εαυτό μου(π.χ., φίλοι, οικογένεια).	0	1	2	3	4
27. Όταν οι άλλοι μου ζητούν να φάω τρόφιμα φτωχής θρεπτικής αξίας, εγώ απλά αρνούμαι.	0	1	2	3	4
28. Η όρεξή μου για φαγητό είναι πάντα έντονη.	0	1	2	3	4

29. Είμαι έντονα ευαισθητοποιημένος να αφιερώσω χρόνο και προσπάθεια προκειμένου να διατηρήσω καλές διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
30. Στην ενήλικη ζωή μου, δεν έχω φάει ποτέ φαγητό με τα δάχτυλά μου.	0	1	2	3	4
31. Μπορώ να εμποδίσω τον εαυτό μου από το να εμφανίσω διαταραχές λήψης τροφής, αναπτύσσοντας θετική διατροφική συμπεριφορά.	0	1	2	3	4
32. Ο τύπος τροφίμων που τρώω επηρεάζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από την τύχη (δηλ., από τα τρόφιμα που τυχαίνει να βρίσκονται γύρω μου).	0	1	2	3	4
33. Τείνω να ξοδεύω αρκετό χρόνο σκεπτόμενος τις διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
34. Οι τωρινές διατροφικές συνήθειες και οι συμπεριφορές μου είναι υγιείς και θρεπτικές.	0	1	2	3	4
35. Οι διατροφικές συνήθειες και οι συμπεριφορές μου είναι κάτι για το οποίο μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος.	0	1	2	3	4
36. Είμαι ευαισθητοποιημένος να συγκρατήσω τον εαυτό μου από το να φάω περισσότερο απ' ό,τι χρειάζομαι.	0	1	2	3	4
37. Είμαι αρκετά ικανός να βεβαιωθώ ότι οι διατροφικές μου συνήθειες είναι υγιείς και θρεπτικές.	0	1	2	3	4
38. Εάν οι διατροφικές και οι θρεπτικές συνήθειές μου επρόκειτο να χειροτερεύσουν, θα έφταιγα αποκλειστικά εγώ.	0	1	2	3	4
39. Όχι μόνο ελέγχω (προσέχω) την πρόσληψη της τροφής μου (δηλ., πόσο τρώω πραγματικά), αλλά μου είναι και ιδιαίτερα σημαντικό να το κάνω αυτό.	0	1	2	3	4
40. Όχι μόνο έχω υγιείς διατροφικές συνήθειες, αλλά μου είναι και ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρώ αυτές τις υγιείς συνήθειες διατροφής .	0	1	2	3	4
41. Δεν αναμένω να εμφανίσω οποιαδήποτε διαταραχή στην πρόσληψη τροφής στο μέλλον.	0	1	2	3	4
42. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω μια διαταραχή πρόσληψης τροφής, εγώ ο ίδιος θα ήμουν υπεύθυνος για να γίνω καλύτερα.	0	1	2	3	4
43. Είμαι τελειομανής όταν πρόκειται για τη φροντίδα των διατροφικών αναγκών μου.	0	1	2	3	4
44. Ανησυχώ πολύ για αυτό που οι άλλοι σκέφτονται για μένα όσο αφορά στις διατροφικές μου συνήθειες και συμπεριφορές.	0	1	2	3	4
45. Είμαι ευτυχής για το πόσο καλά χειρίζομαι τις διατροφικές συνήθειες και τις συμπεριφορές μου.	0	1	2	3	4
46. Η διατροφική συμπεριφορά μου επηρεάζεται έντονα από τις ενέργειες διαφόρων προσώπων με επιρροή (π.χ. διασημότητες, μοντέλα).	0	1	2	3	4
47. Όταν έχω μια διαφωνία με κάποιον όσο αφορά στις διατροφικές προτιμήσεις μου, το λέω	0	1	2	3	4
48. Δεν φαίνεται ποτέ να στερούμαι μια έντονη υγιή όρεξη.	0	1	2	3	4
49. Έχω μια ισχυρή επιθυμία να εμμείνω σε ένα υγιή τρόπο διατροφικής συμπεριφοράς.	0	1	2	3	4
50. Δεν έχω φάει ποτέ περισσότερο απ' ό,τι χρειάστηκα σε ένα οποιοδήποτε γεύμα.	0	1	2	3	4
51. Εάν απλώς εφαρμόσω τις υγιείς διατροφικές συνήθειες, θα είμαι σε θέση να αποφύγω οποιεσδήποτε διαταραχές πρόσληψης τροφής στο μέλλον.	0	1	2	3	4
52. Οι διατροφικές συμπεριφορές μου (δηλ., οι τύποι τροφίμων που τρώω) καθορίζονται από την τύχη.	0	1	2	3	4
53. Σκέφτομαι για τις διατροφικές μου συνήθειες περισσότερο από ότι οι περισσότεροι άνθρωποι .	0	1	2	3	4

54. Είμαι ένα άτομο που έχει υγιείς διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
55. Ο τύπος και η ποσότητα τροφίμων που τρώω καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τις ίδιες τις πράξεις μου .	0	1	2	3	4
56. Προσπαθώ να αποφεύγω να τρώω πάρα πολύ από οτιδήποτε .	0	1	2	3	4
57. Έχω την ικανότητα και τη δυνατότητα να εγγυηθώ καλές, υγιείς διατροφικές συμπεριφορές για μένα.	0	1	2	3	4
58. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω μια διαταραχή πρόσληψης τροφής, θα ήμουν υπεύθυνος γιατί δεν πρόσεξα τον εαυτό μου.	0	1	2	3	4
59. Είμαι προσεκτικός για τις θρεπτικές και διατροφικές τάσεις μου, και είναι σημαντικό για μένα να είμαι προσεκτικός.	0	1	2	3	4
60. Εάν απλώς εφαρμόσω τις υγιείς διατροφικές συνήθειες, τότε θα είμαι σε θέση να αποφύγω οποιαδήποτε διατροφικά προβλήματα στο μέλλον.	0	1	2	3	4
61. Θεωρώ πολύ πιθανό να εμφανίσω διάφορα διατροφικά προβλήματα στο μέλλον.	0	1	2	3	4
62. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω οποιαδήποτε προβλήματα κατανάλωσης τροφής, η αποκατάστασή μου θα εξαρτόταν σε μεγάλο μέρος από τις ενέργειές μου.	0	1	2	3	4
63. Είναι πολύ σημαντικό να αναπτύσσω και να διατηρώ τις καλύτερες δυνατές διατροφικές συνήθειες.	0	1	2	3	4
64. Με ενδιαφέρει η δημόσια εντύπωση που δημιουργείται από τις προσωπικές διατροφικές συνήθειες μου.	0	1	2	3	4
65. Είμαι αισιόδοξος για τη διατροφική συμπεριφορά μου.	0	1	2	3	4
66. Προκειμένου να έχω καλές διατροφικές συνήθειες, θα πρέπει να συμμορφωθώ σε άλλους ισχυρότερους ανθρώπους.	0	1	2	3	4
67. Δεν είμαι καθόλου παθητικός προκειμένου να εκπληρώσω τις θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
68. Πάντα αισθάνομαι να είμαι αρκετά πεινασμένος.	0	1	2	3	4
69. Είναι πραγματικά σημαντικό για μένα ότι δίνω ιδιαίτερη προσοχή στις διατροφικές μου συνήθειες .	0	1	2	3	4
70. Δεν έχω φάει ποτέ από το πιάτο οποιουδήποτε άλλου.	0	1	2	3	4
71. Θα είμαι σε θέση να αποφύγω οποιοδήποτε διατροφικό πρόβλημα στο μέλλον, εάν προσέξω τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
72. Οι διατροφικές συνήθειες και τάσεις μου διαμορφώνονται / προκαλούνται από την τύχη και άλλα συμπτωματικά περιστατικά.	0	1	2	3	4
73. Παρατηρώ αμέσως πότε παρεκκλίνω από τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
74. Η διατροφική συμπεριφορά μου χρειάζεται πολλή δουλειά προκειμένου να είναι υγιής και ωφέλιμη.	0	1	2	3	4
75. Η ποσότητα που τρώω σε οποιοδήποτε γεύμα είναι ένα θέμα δικού μου προσωπικού ελέγχου.	0	1	2	3	4
76. Θέλω πραγματικά να αποτρέπω τον εαυτό μου από την υπερκατανάλωση τροφής.	0	1	2	3	4
77. Είμαι σε θέση να χειρίζομαι τις διατροφικές και τις θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
78. Εάν επρόκειτο να αρχίσω να τρώω με έναν ανθυγιεινό τρόπο, τότε θα ήταν δικό μου λάθος που το άφησα να συμβεί.	0	1	2	3	4
79. Είναι σημαντικό για μένα να δίνω προσοχή στις διατροφικές μου συνήθειες, και αυτό πράγματι κάνω.	0	1	2	3	4
80. Αντιλαμβάνομαι πολύ καλά τις οποιεσδήποτε αλλαγές που μπορεί να	0	1	2	3	4

συμβούν στον τρόπο διατροφής μου.					
81. Οι διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές μου προβλέπω να επιδεινωθούν στο μέλλον.	0	1	2	3	4
82. Εάν παρουσίαζα μια διατροφική διαταραχή, η αποκατάστασή μου θα εξαρτώταν από τον τρόπο με τον οποίο εγώ ο ίδιος θα αντιμετώπιζα το πρόβλημα.	0	1	2	3	4
83. Έχω θέσει πολύ υψηλά πρότυπα για τις διατροφικές / θρεπτικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
84. Ανησυχώ για αυτό που οι άλλοι άνθρωποι σκέφτονται όσο αφορά στις διατροφικές μου συνήθειες και στους τρόπους μου στο τραπέζι.	0	1	2	3	4
85. Αισθάνομαι καλά για τον τρόπο που χειρίζομαι τις διατροφικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
86. Η διατροφική συμπεριφορά μου καθορίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από τους ανθρώπους που ασκούν επιρροή και έλεγχο σε μένα.	0	1	2	3	4
87. Δεν τρώω τα τρόφιμα που είναι κακά για μένα επειδή και μόνο μου το σερβίρει κάποιος.	0	1	2	3	4
88. Έχω πάντα μια καλή όρεξη.	0	1	2	3	4
89. Προσπαθώ να διατηρώ ένα σταθερό και υγιή τρόπο διατροφής.	0	1	2	3	4
90. Δεν έχω «ορμήξει» ποτέ σε γεύμα οποιαδήποτε στιγμή της ζωής μου.	0	1	2	3	4
91. Εάν προσέξω τη διατροφή μου, θα είμαι σε θέση να αποτρέψω τον εαυτό μου από την απόκτηση οποιωνδήποτε διατροφικών προβλημάτων.	0	1	2	3	4
92. Πιστεύω ότι η τύχη διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες και τάσεις μου.	0	1	2	3	4
93. Αντιλαμβάνομαι πολύ καλά τις οποιεσδήποτε αλλαγές που μπορεί να παρουσιαστούν στον τρόπο διατροφής μου.	0	1	2	3	4
94. Οι διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές μου χρήζουν άμεσης προσοχής .	0	1	2	3	4
95. Η θρεπτική και υγιής διατροφή είναι θέμα προσωπικού ελέγχου και προσπάθειας μου. μου.	0	1	2	3	4
96. Είμαι πραγματικά ευαισθητοποιημένος στο να αποφύγω να τρώω υπερβολική ποσότητα φαγητού.	0	1	2	3	4
97. Είμαι ικανός να προσέξω τις διατροφικές και θρεπτικές ανάγκες μου.	0	1	2	3	4
98. Εάν επρόκειτο να αναπτύξω φτωχές διατροφικές συνήθειες, τότε θα ήταν δικό μου το λάθος	0	1	2	3	4
99. Παρακολουθώ τις καθημερινές διατροφικές συνήθειες μου και για μένα είναι πράγματι σημαντικό που το κάνω αυτό.	0	1	2	3	4
100. Πάντα νιώθω αρκετά πεινασμένος.	0	1	2	3	4
101. Φοβάμαι να μη γίνω υπέρβαρος.	0	1	2	3	4
102. Αισθάνομαι κατάθλιψη όσο αφορά τις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
103. Είμαι ικανοποιημένος με τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
104. Αισθάνομαι ανησυχία όταν σκέφτομαι τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
105. Αισθάνομαι ντροπή για τις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
106. Αισθάνομαι θυμό όσο αφορά στις διατροφικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
107. Νιώθω φόβο μήπως παχύνω.	0	1	2	3	4
108. Οι τρέχουσες διατροφικές / θρεπτικές συνήθειές μου με κάνουν να αισθάνομαι δυστυχισμένος και λυπημένος.	0	1	2	3	4
109. Είμαι ικανοποιημένος με τις διατροφικές και θρεπτικές μου συνήθειες.	0	1	2	3	4
110. Ανησυχώ για τη φύση των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών μου.	0	1	2	3	4

111. Οι διατροφικές τάσεις μου, μου προκαλούν ντροπή.	0	1	2	3	4
112. Οι διατροφικές μου συνήθειες με κάνουν να αισθάνομαι θυμό.	0	1	2	3	4
113. Αισθάνομαι τρόμο μην τυχόν αυξήσω σημαντικά το βάρος μου.	0	1	2	3	4
114. Αισθάνομαι λυπημένος για τις διατροφικές τάσεις μου.	0	1	2	3	4
115. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με τον τρόπο διατροφής μου	0	1	2	3	4
116. Η σκέψη για τις διατροφικές συνήθειες μου, μου προκαλεί στεναχώρια.	0	1	2	3	4
117. Αισθάνομαι ντροπή για τις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
118. Οι διατροφικές συνήθειες και οι τρόποι μου (όσο αφορά στη διατροφή), μου προκαλούν θυμό.	0	1	2	3	4
119. Δεν έχω πολύ φόβο μήπως γίνω υπέρβαρος.	0	1	2	3	4
120. Δεν αισθάνομαι καλά για τις διατροφικές συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
121. Είμαι ευτυχημένος με το συνήθη τρόπο διατροφής μου.	0	1	2	3	4
122. Είμαι πιο ανήσυχος για τις διατροφικές μου συνήθειες από ότι είναι οι περισσότεροι άνθρωποι.	0	1	2	3	4
123. Όταν σκέφτομαι τις διατροφικές μου συνήθειες, αισθάνομαι ντροπή.	0	1	2	3	4
124. Θυμώνω για τις διατροφικές προτιμήσεις και συνήθειές μου.	0	1	2	3	4
125. Δεν φοβάμαι μήπως γίνω παχύς.	0	1	2	3	4
126. Αφότου τρώω, νιώθω κατάθλιψη για το φαγητό που έχω φάει.	0	1	2	3	4
127. Οι διατροφικές μου συνήθειες με ικανοποιούν.	0	1	2	3	4
128. Αισθάνομαι νευρικός όταν σκέφτομαι τις διατροφικές μου συνήθειες και τον τρόπο σίτισης μου.	0	1	2	3	4
129. Αφότου φάω, αισθάνομαι ένοχος για αυτό που έχω φάει.	0	1	2	3	4
130. Αισθάνομαι θυμό για τις διατροφικές μου τάσεις .	0	1	2	3	4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Antony P. Winston (Πρόεδρος), Simon Gowers, Alan A. Jackson, Kylie Richardson, Paul Robinson, Alan Shenkin, Kate Williams. Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Αναφορά συμβουλίου CR 130. Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων Λονδίνου. Ιούλιος 2005.
2. Apfeldorfer Gerard. Βουλιμία Παχυσαρκία. Εκδόσεις Τραυλός 1997. ISBN:960-7122-68-2.
3. Charles B. Clayman MD. The American Medical Association. Ιατρικό Λεξικό. Εκδόσεις Μανιατέα
4. Christopher G. Fairburn, Kelly D. Brownell. Eating Disorders and Obesity. Εκδόσεις The Guilford Press New York 2002. ISBN : 1-57230-688-2.
5. Davis C, Clai-idge G, Brewer H. The two faces of narcissism: personality dynamics of body esteem. Journal of Social and Clinical Psychol-ogy 15: 153-166 1996.
6. Davis C, Durnin JVGA, Gtrevishl1 M, LeMaire A, Dionne M. Body composition correlates of weight dissatisfaction and dietary restraint in young woman. Appetite 20: 197-207 1993.
7. Davis C, Durnin JVGA, gurevish M, LeMaire A, Dionne M. body composition correlates of weight dissatisfaction and dietary reestrain in young women. Appetite 20:197-207 1993
8. Davis C, Elliot S, Dionne M, Mitchell I. The relationship of personality factors and physical activity to body satisfaction in men. Personality and Individual Difference 12:689-694
9. Davis C, Shapiro CM, Elliot S, Dionne M. Per-sonality and other correlates of dietary res-train. Personality and Individual Differences 14: 297-305 1993.
10. Davis C, Ellfol S, Dionne M, Mitcl1ell I. The relationship of personality factors and physical activity to body satisfaction in men. Personality and Individual Differences 12: 689-694 1991.
11. Davis C. Body image, exercise, and eating be-haviors. In KR Fox (Ed.), The physical self: from motivation to well-being. Champaign, III: Human Kinetics 143-174 1997.
12. Davis C. Body image, exersise, and eating behaviors. In KR Fox (Ed.). The physical seif: from motivation to well-being Champaign. Lii: Human kinetics 143-174 1997.
13. Devlin Bernie , Silviu-Alin Bacanu, Kelly L. Klump, Cynthiam. Bulik, Manfred M. Fichter, Katherine A. Halmi et al.. Linkage Analysis of Anorexia Nervosa Incorporating Behavioural Covariates. Human Molecular Genetics. 11:689-696 2002.
14. Enkelman D. , C.Wewetzer, Hremschmidt. Body Image Distortion in Anorexia Nervosa is There a Perceptual Deficit? European Child & Adolescent Psychiatry. 8:200-206 1999.
15. Eysenck HJ Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Scales. London : Hodder and Stoughton 1991
16. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Ey-senck Personality Scales. London: Hodder and Stoughton 1991
17. Fairburn Christopher Dr. Βουλιμία. Ξανακερδίστε τον Έλεγχο. Εκδόσεις Πατάκη, ISBN 960-378-270-X Αθήνα 1999.
18. Fichter M.M. , N. Quadflieg. Six-Year Course And Outcome of Anorexia Nevrosa. International Journal of Eating Disorders. 26:359-385 1999.
19. Garner David M. PhD, Paul E. Garfinkel MD. Handbook of Treatment for Eating Disorders. Εκδόσεις The Guilford Press New York 1997. ISBN :1-57230-186-4.
20. Grant Anne, Susan DeHooG. Nutrition Assessment Support and Management.

21. Hodges EL, Cochroane CE, Brewet-ton TD. Fami-ly characteristics of binge-eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders* 23: 145-151 1998.
22. Homeier Barbara P., MD, Sandra G. Hassink, MD. October 2004. What Is Binge Eating Disorder? www.kindshealth.org
23. Jackson LA, Ervill KS, Hodge CN. Narcissism and body image. *Journal of Research in Per-sonality* 26: 357-370 1992.
24. Jennifer A. Nasser, Marci E. Gluck And Allan Geliebter. Impulsivity and Test Meal Intake in Obese Binge Eating Women. *Appetite*. 43:303-307 2004.
25. Kathleen L. Mahan, Sylvia Escott-Stump. *Food, Nutrition & Diet Therapy*. Εκδόσεις Saunders. ISBN: 0-7216-9784-4 2004.
26. Kaye WH, Strober M, Stein D, Gendall K. New directions in treatment research of anorexia and bulimia nervosa. *Society of Biological Psychiatry* 45:1285-1292 1999.
27. Kotler L. A. , B. T. Walsh. *Eating Disorders in Children and Adolescents: Pharmacological Therapies*. Springer's Link European Child and Adolescent Psychiatry. 9:108-116 2000.
28. Matthias Stahl, Hans-Martin Vonviller, Michael J. Mihatsch and Jurg A. Schifferly. Prolonged acute renal failure after I.V. immunoglobulin therapy in the refeeding phase of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry* 13:2364-2367 1998
29. McIntyre John S. , M.D., Chair, Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair, Kenneth Altshuler, M.D. et al. *Treating Eating Disorders. A Quick Reference Guide*. January 2000. Psychiatric Practice section of the APA web site at www.psych.org.
30. Melvin H. Williams. *Διατροφή Υγεία, Ευρωστία και Αθλητική Απόδοση*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. ISBN: 960-399-135-X 2003.
31. Narduzzi KJ, Jackson T. Personality differences between eating-disordered women and a non-clinical comparison sample: a discriminant clas-sification analysis. *Journal of Clinical Psychology* 56: 699-710 2000.
32. Pearlstein T. *Eating Disorders and Comorbidity Archives of Women's Health*. 4:67-78 2002.
33. Plata-Salaman Carlos R. . *The Immune System in Eating Disorders: An Overview*. Nutrition. *The International Journal of Applied and Basic Nutritional Sciences*. 13:853-862 1997
34. Pryor T, Wiederman MW Measurement of nonclinical personality characteristics of women anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment* 67: 414-421 1996.
35. Ribase S Marta, Monica Gratacos, Fernando Fernandez-Aranda, Laura Bellodi, Claudette Boni, Marija Anderluh et al. Association of BDNF With Anorexia, Bulimia and Age of Onset of Weight Loss in Six European Populations. *Human Molecular Genetics*. 13:1205-1212 2004.
36. Royal College of Psychiatrists, UK. *Ψυχογενής Ανορεξία και Βουλιμία*. <http://www.stress.gr/disorders/eating.html>
37. Rastam M, Gillberg C. The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of American Child Adoles* 30:283-289 1991.
38. Scott, RL, ΒατοΠίτο JR. An MMPI analysis of similarities and differences in three classifications of eating disorders: anorexia nervosa, bulimia, and morbid obesity. *Journal of Clinical Psychology* 42: 708-713 1986.
39. Tozzi Federica , Patrick F. Sullivan, Jennifer L. Fear, Jan Mckenzie Cynthia M. Bulik. *Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective*. Wiley Interscience *International Journal of Eating Disorder*. 34:40 2003

40. Vandereycken Walter . The Place of Inpatient Care in The Treatment of Anorexia Nervosa: Questions to be Answered. Wiley Interscience. International Journal of Eating Disorder. 33:143-154 2003.
41. Vandereycken W, VanderBroucke V. The facts: a review of research data on eating disorder families. In: W Vandereycken, E Kog, J. Vander-linden (Eds), The family approach to eating disorders: Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: PMA Publishing Corp 1984:67
42. Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology 103: 137-147 1994.
43. Williamson Donald A. , Corby K. Martin And Tiffany Stewart. Psychological Aspects of Eating Disorders. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 18:1073-1088 2004
44. Williamson DA, Kelley ML, Davis CJ, Ruggiero L, Blouin DC. Psychopathology of eating disorders: a controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology 53: 161-166. 221985.
45. Wilson H.W. Company. Eating Disorders in Adolescent Males. Prof Sch Couns 8:98-101, 2004
46. Wilson H.W. Company Untreated Recovery from Eating Disorders. 39:361-371 2004
47. Yager Joel , Michael J. Devlin, Katherine A. Halmi, David B. Herzog, James E. Mitchell, Pauline S. Powers, and Kathryn J. Zerbe. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 2nd Edition. <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/3/4/546>
48. Βασιλειάδης Γρηγόρης, Ψυχολόγος - Ψυχοθεραπευτής, Διδάκτωρ Ψυχολογίας (Ph.D.) Νευρική βουλιμία. <http://news.pathfinder.gr/health/features/bulimia-nervosa.html>
49. Γαληνός. Πανελλήνια διμηνιαία έκδοση. Έτος 47ο τεύχος 2ο εκδόσεις Κ. Χ. Στασινόπουλος . ISSN 0257-4381
50. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα “Συστημική Συμβουλευτική στη Διατροφική Συμπεριφορά” «Διάγνωση και Αντιμετώπιση Διατροφικών Διαταραχών». Υπεύθυνη προγράμματος Μαρία Τσιάκα Οικογενειακή Θεραπεύτρια – Ψυχοθεραπεύτρια Ειδικευμένη στις Διατροφικές Διαταραχές.
51. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα “Συστημική Συμβουλευτική στη Διατροφική Συμπεριφορά” «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σε Βρέφη και Παιδιά». Υπεύθυνη προγράμματος Μαρία Τσιάκα Οικογενειακή Θεραπεύτρια – Ψυχοθεραπεύτρια Ειδικευμένη στις Διατροφικές Διαταραχές.
52. Επιστημονική Ημερίδα «Ο Ρόλος του Διαιτολόγου στη Διάγνωση και την Πρόληψη των Διατροφικών Διαταραχών» διοργάνωση Πανελληνίου Σύνλλογος Διαιτολόγων – Τεχνολόγων Διατροφής.
53. Καλαντζή Α. - AZIZI, G. Rott, Γ. Τσιναρέλης, Ν. Χαριλά. Ψυχολογική Συμβουλευτική Φοιτητών. Εκδόσεις Ελληνική Γραμματεία 1996.
54. Καναβιτσάς Ευάγγελος . Ψυχολόγος, MSc in applied psychology. Περί Ανορεξίας. Ιούλιος 2002
http://www.eatingdisorders.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=26
55. Κοτανίδης Αλέξανδρος. Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής.
<http://www.psychologia.gr/disorders/diartartrof.htm>
56. Χασαπίδου Μ. , Α. Φαχατίδου. Διατροφή για Υγεία, Άσκηση & Αθλητισμό. Εκδόσεις University Studio Press Θεσσαλονίκη 2002
57. Κοντοπούλου Ε. Ψυχομετρία. Εκδόσεις Interbooks 2002.