

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ
ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. ΣΤΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ



Φοιτήτριες:

Αλίκη Αλεξάνδρου

Σοφία Τσολομίτη

Καθηγητής:

Γεώργιος Μαρκάκης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2021

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του επιβλέποντα καθηγητή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι κάτωθι υπογεγραμμένες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Αλίκη Αλεξάνδρου

Σοφία Τσολομίτη

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

Διατροφικές διαταραχές στους φοιτητές ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. στο Ηράκλειο Κρήτης

είναι προϊόν δικής μας δουλειάς και όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται πλήρως.

Επίσης, δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε άλλο ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος ή το σύνολο αυτής.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Αλίκη Αλεξάνδρου

Σοφία Τσολομίτη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την πάροδο των χρόνων, όλο και περισσότεροι άνθρωποι δίνουν μεγαλύτερη βάση στην εμφάνιση τους, επιβαρύνοντας τον εαυτό τους με δυσάρεστα για τον οργανισμό τους διατροφικά προγράμματα, τα οποία οδηγούν στην εμφάνιση ψυχογενών διαταραχών. Οι ΔΠΤ αποτελούν μία κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που το βασικότερο και κυριότερο χαρακτηριστικό τους είναι οι δυσλειτουργίες κατά την διαδικασία λήψης τροφής από το άτομο. Εμφανίζονται συχνότερα σε πληθυσμιακές ομάδες μικρότερης ηλικίας, όπως έφηβες κοπέλες και νεαρές γυναίκες, ενώ συναντώνται σπανιότερα στους άνδρες.

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της ύπαρξης ψυχογενών διατροφικών διαταραχών στους φοιτητές του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., των διατροφικών τους συνηθειών και τον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την καθημερινότητα τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότεροι φοιτητές/φοιτήτριες του Ελ.Με.Πα.: (α) δεν εμφανίζουν συμπτώματα ψυχογενών διαταραχών όπως ανορεξία ή βουλιμία, (β) ακολουθούν ένα ενδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής ή έχουν ενστερνιστεί ορθές διατροφικές πρακτικές και (γ) ότι οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερο τέτοια συμπτώματα σε σχέση με τους άρρενες.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ.....	8
1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ΔΠΤ)	8
1.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	8
1.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	10
2.1 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	10
2.2 ΒΟΥΛΙΜΙΑ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ & ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	15
3.1 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
3.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	16
3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	17
3.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ	19
3.4.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	19
3.4.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ & ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	22
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ.....	22
4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	23
4.2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	23
4.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	26
4.2.2.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	26
4.2.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32

5.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	32
5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	32
5.3 ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	32
5.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ - ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	50

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την πάροδο των χρόνων, όλο και περισσότεροι άνθρωποι δίνουν μεγαλύτερη βάση στην εμφάνιση τους, επιβαρύνοντας τον εαυτό τους με δυσάρεστα για τον οργανισμό τους διατροφικά προγράμματα, τα οποία οδηγούν στην εμφάνιση ψυχογενών διαταραχών. Τα άτομα ηλικίας 18-24 ετών, όπως οι φοιτητές, ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού για την εμφάνιση ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αφού χαρακτηρίζονται από αστάθεια λόγω των συνεχόμενων αλλαγών στη ζωή τους (αλλαγή πόλης, απομάκρυνση από την οικογένεια) (<https://www.anasa.com.gr>, 2019)

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται και αναπτύσσονται στο άτομο ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων, με συχνά επεισόδια υπερφαγίας ή αφαγίας καταστέλλοντας έτσι δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (ΔΠΤ)

Οι ΔΠΤ αποτελούν μία κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που το βασικότερο και κυριότερο χαρακτηριστικό τους είναι οι δυσλειτουργίες κατά την διαδικασία λήψης τροφής από το άτομο. Εμφανίζονται συχνότερα σε πληθυσμιακές ομάδες μικρότερης ηλικίας, όπως έφηβες κοπέλες και νεαρές γυναίκες, ενώ συναντώνται σπανιότερα στους άνδρες.

Στις ΔΠΤ το σωματικό βάρος και η όψη του καθορίζει και την αντίληψη του ατόμου για την αυτοεικόνα του και την αξιοπρέπειά του. Το άτομο, στην προσπάθειά του να αποκτήσει ένα συγκεκριμένο λεπτό σώμα και μία ελκυστική εξωτερική εμφάνιση, υιοθετεί πρακτικές και τακτικές αυστηρής και πεινιχρής διατροφής και σε άλλες ακραίες μεθόδους ελέγχου του σωματικού τους βάρους.

Συνήθως βιώνουν έντονο άγχος και καταθλιπτικά επεισόδια, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν επάξια και αποτελεσματικά σε καθημερινούς και σημαντικούς τομείς της ζωής τους (Μωρογιάννης, 2000).

1.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η Νευρική Ανορεξία, πιο γνωστή ως ανορεξία, είναι μια διατροφική διαταραχή κατά την οποία το άτομο αδυνατεί να διατηρήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα, ενώ ταυτόχρονα έχει εμμονικό φόβο μήπως αποκτήσει βάρος. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, υπάρχουν διάφορες προκαταλήψεις και εσφαλμένες εντυπώσεις, σχετικά με το σώμα, το φαγητό και την διατροφή γενικότερα.

Τα άτομα με νευρική ανορεξία συνεχίζουν να νιώθουν πείνα, αλλά επιτρέπουν στους εαυτούς τους μόνο πολύ μικρές ποσότητες φαγητού, λειτουργώντας έτσι κακοποιητικά και τιμωρητικά προς τον εαυτό τους. Η μέση ημερήσια πρόσληψη θερμίδων για άτομα με ανορεξία κυμαίνεται σε έναν μέσο όρο των 600-800 θερμίδων, με ακραίες περιπτώσεις ολικής αφαγίας. Είναι μια σοβαρή ψυχική αρρώστια με υψηλό

ποσοστό παρενεργειών και το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις ψυχικές ασθένειες.

Παρόλο που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους κάθε ηλικίας, φυλής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης η νευρική ανορεξία επηρεάζει τις γυναίκες 10 φορές περισσότερο από τους άντρες, και βλάπτει στην πλειονότητά του έφηβες και νεαρές (Μωρογιάννης, 2000).

1.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ο όρος Ψυχογενής Βουλμία, ως επίσημη διαγνωστική κατηγορία πρωτοεμφανίζεται το 1980 στο DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ακαδημία για να περιγράψει επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας, το φόβο του ατόμου ότι αν αρχίσει να τρώει δε θα μπορέσει να σταματήσει, καθώς και καταθλιπτική διάθεση και σκέψη αυτομομφής μετά από κάθε επεισόδιο.

Απόπειρες για απώλεια βάρους με δίαιτες, αυτοπροκαλούμενους έμετους ή τη χρήση καθαρτικών και/ή διουρητικών θα μπορούσαν να υπάρχουν ως σύμπτωμα, αλλά η διάγνωση της Βουλμίας θα μπορούσε να μπει ακόμη και επί απουσίας τους (Μωρογιάννης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

2.1 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νευρική ανορεξία, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, πρόκειται για μία ψυχογενή διατροφική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από συνεχή και μανιακό φόβο, για την απόκτηση σωματικού βάρους, λόγω της διαστρεβλωμένης αυτοεικόνας του ατόμου για την αρτιότητα της εξωτερικής του εμφάνισης.

Τα αίτια εμφάνισης της διαταραχής αυτής, αποτελούν ένα συνονθύλευμα βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα κυριότερα συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η ακραία και αδιάκοπη απώλεια βάρους, το αίσθημα συνεχούς κούρασης, δυσκολίες στον ύπνο, συνεχείς ζαλάδες και ατονίες, οι οποίες σε συνδυασμό με την υπερβολική σωματική άσκηση ή την χρήση άλλων μεθόδων για μείωση του βάρους οδηγούν σε λιποθυμία.

Για τον Crisp (Crisp et. Al. 2016), η ψυχογενής ανορεξία συμβολίζει τη λύση που υιοθετεί ένας άνθρωπος για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες και τα καθημερινά ζητήματα που συναντά και δείχνουν να είναι ακατόρθωτη η επίλυσή τους. Η έννοια του ελέγχου και της αυτοσυγκράτησης διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στην ζωή των ανορεκτικών ανθρώπων και για τον λόγο αυτό τρομοκρατούνται με την ιδέα ότι θα χάσουν τον έλεγχο. Έτσι στρέφονται στον εξονυχιστικό και ακραίο έλεγχο της πρόσληψης της τροφής τους, ώστε να αισθάνονται αποτελεσματικοί και υπερήφανοι πολλές φορές για το επίτευγμά τους, ενώ παράλληλα αισθάνονται πως ελέγχουν όπως απαιτούν τουλάχιστον μία συγκεκριμένη πτυχή της ζωής τους.

Γενικότερα, η στάση ζωής των ανορεκτικών περιλαμβάνει έλλειψη αυτοεκτίμησης σε συνδυασμό με υψηλές προσδοκίες και τελειοθηρία και φανερώνει μία απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να λυτρωθεί από τις εσωτερικές του διαμάχες. Πιο συγκεκριμένα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM-V , περιλαμβάνουν την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος. Ουσιαστικά, υπάρχει διαταραχή στον τρόπο που το ανορεξικό άτομο βιώνει και αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματος του, καθώς αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης και υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα το βάρος και το σχήμα του σώματός του.

Υπάρχουν δύο τύποι ψυχογενούς ανορεξίας: ο περιοριστικός και ο καθαρτικός τύπος. Σύμφωνα με τον περιοριστικό τύπο (restricted type), κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια αδηφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης, ενώ στον καθαρτικό τύπο (purging type), κατά τη διάρκεια του ανορεκτικού επεισοδίου, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (Μπέλλος και συν., 2014).

Οι επιστήμονες, στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν και να εξετάσουν αναλυτικότερα την περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, διαίρεσαν την πορεία της σε τέσσερα διαφορετικά στάδια. Το πρώτο στάδιο ονομάζεται στάδιο επίτευξης και περιγράφει την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από τους τριγύρω του. Αυτό το στάδιο της ασθένειας δεν υποδεικνύει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να προσλαμβάνει κανείς βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι συνήθως τελειομανή και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους (Αραϊτζόγλου, 2005).

Το δεύτερο στάδιο είναι το στάδιο ασφάλειας- καταναγκασμού. Ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού ανά εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Ο ασθενής γίνεται εμμονικός, μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολόενα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμείνει στην «αποστολή» απώλειας βάρους, μειώνοντας την ποσότητα φαγητού και εντείνοντας την γυμναστική άσκηση. Έτσι το άτομο εστιάζει στον καταναγκασμό για απώλεια βάρους που νιώθει, αναγκάζεται να χρησιμοποιεί τις καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους για να περιορίσει τους έμμονους φόβους του που τον κατακλύζουν με άγχος. Κατά συνέπεια, η πνευματική δραστηριότητα που απαιτείται για όλα τα παραπάνω, περιορίζει τον διαθέσιμο χρόνο του ατόμου για διαπροσωπικές επαφές με φίλους και συγγενείς, με αποτέλεσμα ο ανορεκτικός άνθρωπος να περνάει σε ένα στάδιο αποσύνδεσης από τις επαφές του.

Ακόμη, σε αυτό το συγκεκριμένο στάδιο της εξέλιξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας, εμφανίζονται ακραία σωματικά συμπτώματα, όπως η παραμόρφωση του δέρματος σε συγκεκριμένα σημεία όπως το γόνατο και η μασχάλη, από την ακραία συρρίκνωση του δέρματος και του σώματος. Όσο περισσότερο αδυνατίζει το άτομο, εμφανίζονται εμμονικές σκέψεις του ασθενή για το φαγητό, που συνήθως πραγματοποιούνται με την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Στο σημείο αυτό το άτομο αντιμετωπίζει σοβαρές διαταραχές ύπνου και εμμονικές σκέψεις που σχετίζονται με το φαγητό, στις οποίες αν ενδώσει το άτομο μπορούν να επιφέρουν σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του και παχυσαρκία. Οι φοβίες για την τροφή δεν περιορίζονται μόνο στην στερεή μορφή της, αλλά ακόμη περιορίζουν τα υγρά που προσλαμβάνουν. Με άλλα λόγια, το συγκεκριμένο στάδιο φανερώνει την αγανάκτηση του ασθενούς, τις έντονες φοβίες του και την ανασφάλεια που αισθάνεται και πλέον υπάρχει ως μονάδα, αφού έχει αποστασιοποιηθεί από τον κοινωνικό του περίγυρο, με σταδιακά εντονότερα αισθήματα μοναξιάς και κατάθλιψης (Σπηλιωτοπούλου, Τζίβρας, 2016)

Κατά το τρίτο στάδιο, το κατηγορηματικό, όπου το άτομο δέχεται έντονες κριτικές για την εξωτερική του εμφάνιση, οι ασθενείς μετατρέπονται σε πιο συγκαταβατικές και υπάκουες φιγούρες, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν της διαπροσωπικές διαμάχες και εντάσεις, καθώς επίσης και τις πιέσεις που δέχονται από τον περίγυρό τους για το σώμα τους. Ωστόσο, το άτομο εξακολουθεί να παραβλέπει τις συμβουλές και τις προσπάθειες του περιβάλλοντός, καθώς δεν αισθάνεται πλέον την ανάγκη να ικανοποιήσει κανέναν άλλον πέρα από τον ίδιο του τον εαυτό.

Σε αυτό το συγκεκριμένο στάδιο, μπορούν να σημειωθούν ορισμένες εντάσεις όσον αφορά το βάρος του ατόμου, με τον ασθενή να εξακολουθεί να υποστηρίζει την υποσιτισμένη εξωτερική του εμφάνιση, ενώ αρκετές φορές αντιλαμβάνεται τις συνετίσεις των γύρω του ως ένδειξη ζήλειας για το ατσαλάκωτο και την δυναμική του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς του. Συνήθως δεν επιθυμεί άλλους παρόντες κατά την διαδικασία πρόσληψης της τροφής του, όπως για παράδειγμα κατά το μεσημεριανό γεύμα του στην κουζίνα. Η οικογένεια του ασθενούς, με την απειρία της στο συγκεκριμένο ζήτημα, μπορεί να υπακούσει σε οποιαδήποτε απαίτηση του ασθενή, προκειμένου να τραφεί για να μην χάσει κι' άλλο βάρος. Η υποτακτική συμπεριφορά της οικογένειας, δίνει στον ανορεκτικό την επιβεβαίωση που αναζητούσε και επεδίωκε. Αξίζει να σημειωθεί πως το ανορεκτικό άτομο αν και μέσα στο οικογενειακό

περιβάλλον εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά, εκτός σπιτιού συμπεριφέρεται και υπάρχει στον χώρο ως μία ψύχραιμη και ευδιάθετη φιγούρα με έντονη αίσθηση του χιούμορ. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά επιβεβαιώνει την παρουσία και την εξέλιξη της διαταραχής, με τον ασθενή να αισθάνεται ικανοποίηση από την προσπάθειά του να χάσει βάρος και ενθαρρύνεται να χάσει περισσότερο (Σπηλιωτοπούλου, Τζίβρας, 2016).

Στο τέταρτο στάδιο της ψευδο- ταυτότητας η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι σταδιακά αποδέχονται την κατάσταση. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι στην προσπάθειά τους να καλύψουν το σώμα τους φορούν πολλές στρώσεις ρούχων, ενώ στον αντίποδα βρίσκονται άλλοι ασθενείς που με υπερηφάνεια και καμάρι επιδεικνύουν το σώμα τους με αποκαλυπτικές ενδυμασίες. Σε κάθε περίπτωση, το άτομο υιοθετεί μία ψευδή ταυτότητα του δυνατού αυτοελέγχου του. Αυτή η ψευδο- ταυτότητα απαλύνει το εσωτερικό κενό του ασθενούς, καθώς αισθάνεται ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους (Αραϊτζόγλου, 2005).

2.2 ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία περιγράφει μία διατροφική διαταραχή με συνεχή επεισόδια υπερφαγίας και ταυτόχρονη προσπάθεια να χάσει τις θερμίδες που έλαβε με ανεπιθύμητες και επικίνδυνες πρακτικές όπως με την πρόκληση τεχνητού εμετού, κάνοντας χρήση καθαρτικών, διουρητικών, αλλά και με υπερβολική άσκηση. Τα αίτια εμφάνισης της διαταραχής είναι παρόμοια με αυτά της νευρικής ανορεξίας με εξαίρεση τα τραυματικά γεγονότα του παρελθόντος και την πίεση που ακούν τα κοινωνικά πρότυπα στο άτομο (Γονιδάκης, 2006).

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

κάποιο τραυματικό ή στρεσογόνο γεγονός στην ζωή του ατόμου ή κάποιο καινούργιο συμβάν, όπως η έναρξη ενός χόμπι ή γενικότερα οποιαδήποτε άλλη κατάσταση που σχετίζεται με το σώμα του ατόμου, τον αυτοέλεγχο την πειθαρχία και την αυτοσυγκράτηση (Γονιδάκης, 2006).

Αναλυτικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας σύμφωνα με το DSM-V είναι τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας (σε διάστημα 2 ωρών), με παράλληλη έλλειψη αυτοελέγχου και η χρήση ακραίων πρακτικών για την ελάττωση του σωματικού βάρους. Σε κάθε περίπτωση, ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση μίας ποσότητας τροφής πολύ μεγαλύτερης από την φυσιολογική και η τακτική αυτή διαρκεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Μπέλλος και συν., 2014).

Ένα δεύτερο κριτήριο είναι η αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην υπερφαγία, καθώς το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει να προσλαμβάνει τροφή και εν συνεχεία προσπαθεί να αντισταθμίσει τη συμπεριφορά του, είτε μέσω προκλητών εμέτων ή λήψεως καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων ή με την ολική απουσία τροφής. Σταδιακά, το άτομο επαναλαμβάνει συχνότερα τις συγκεκριμένες πρακτικές για να μην αυξήσει το βάρος του, σε συχνότητα μια φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες. Σε κάθε περίπτωση, η αυτοεκτίμηση και η γενικότερη ψυχολογική κατάσταση του ατόμου επηρεάζεται από την μορφή του σώματός του (Μπέλλος και συν., 2014).

Όπως και στην περίπτωση της ανορεξίας, έτσι και η ψυχογενής βουλιμία έχει δύο τύπους. Στον καθαρτικό τύπο, κατά τη διάρκεια του τρέχοντος βουλιμικού επεισοδίου, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Στην περίπτωση του μη καθαρτικού τύπου, κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών (Μπέλλος και συν., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ & ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

3.1 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας αποτελεί μία πολυπαραγοντική διαδικασία που χωρίζεται σε τρεις διαφορετικές αλλά αλληλοσχετιζόμενες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία σχετίζεται με προδιαθεσικούς παράγοντες και σχετίζεται με συγκεκριμένες ατομικές, οικογενειακές, κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες, που θεωρούνται ευνοϊκές για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Σε πολλές περιπτώσεις τα ανορεκτικά άτομα έχουν αντιμετωπίσει κακοποιητικές καταστάσεις, όπως σεξουαλική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία ή κατά την παιδική τους ηλικία είχαν πιο ευαίσθητο οργανισμό που ασθενούσε εύκολα. Αναφορικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες, περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η προσωπικότητα των ανορεκτικών χαρακτηρίζεται από πυρηνική συναισθηματική αστάθεια και διαστρεβλωμένη άποψη για την κοινωνικά αρεστή εικόνα του σώματος, βασιζόμενοι σε στερεότυπα.

Ακόμα, επιστημονικές έρευνες καταδεικνύουν την ύπαρξη ορισμένων βιολογικών παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε διατροφικές διαταραχές, είτε με την οργανική προδιάθεση, είτε με την ύπαρξη κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που επιφέρουν αυστηρή δίαιτα και πολύ πιθανόν επομένως, ψυχογενή ανορεξία. Για παράδειγμα, οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών είναι οι ανωμαλίες του άξονα υποθαλάμου, υπόφυσης και γονάδων, ενώ πρόσφατα δεδομένα φανερώνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει δυσκολία στην ομαλή λειτουργία του στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (Davison & Johnson, 2010).

Η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών όπως η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης, και άλλες αγχώδεις και ψυχαναγκαστικές διαταραχές, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, τόσο κατά την ενεργό φάση, όσο και μετά την αποκατάσταση του βάρους.

3.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η οικογένεια συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών ως το βασικότερο σύστημα κοινωνικοποίησης του ατόμου και της ομαλής ψυχοκοινωνικής του ανάπτυξης. Οι γονείς που κατανοούν και ενισχύουν την ψυχολογία των παιδιών τους και καλύπτουν τις ανάγκες τους, δημιουργούν στο παιδί αίσθημα ασφάλειας. Κυριαρχεί ένα υποστηρικτικό και προστατευτικό κλίμα και έτσι το παιδί συγκροτεί ένα πιο υγιή και ολοκληρωμένο ψυχολογικό προφίλ, με αντοχή σε ενδεχόμενες δυσκολίες και προβλήματα.

Αντίθετα, η απουσία ενσυναίσθησης στην οικογένεια δημιουργεί ένα αίσθημα ψυχικού κενού, αστάθεια, ανασφάλεια και απουσία συνοχής του εαυτού. Η κακή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας συσνδυασμό με τις υπερβολικές απαιτήσεις των γονέων και την επικριτική στάση τους προς το παιδί, δημιουργούν στο άτομο ανασφάλεια και την συνεχή ανάγκη να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις των γύρω του. Οι μητέρες σκιαγραφούνται ως κυριαρχικές, αδιάκριτες και αμφιθυμικές φιγούρες, ενώ οι πατέρες έχουν ως παθητικοί και αναποτελεσματικοί, προβάλλοντας διαστρεβλωμένα και παθολογικά πρότυπα συμπεριφοράς και αλληλοσυσχέτισης μεταξύ των μελών.

Ερευνητικές μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις των διαταραχών διατροφής σε οικογένειες με ψυχογενή ανορεξία, δείχνουν ότι οι γυναίκες που έχουν πρώτο βαθμό συγγένειας με τους ασθενείς έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής. Έχει επίσης βρεθεί ότι στις οικογένειες ανορεκτικών η πιθανότητα να πάσχουν συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού από συναισθηματική διαταραχή είναι τριπλάσια, ενώ στους συγγενείς βουλιμικών είναι αυξημένη η επικράτηση συναισθηματικών διαταραχών, αλκοολισμού και κατάχρησης ουσιών (Γκαλτέμης, 2017).

Βέβαια, αν και καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό εξιδανικεύουμε τις περιπτώσεις, καθώς κάθε οικογένεια είναι διαφορετική με τα δικά της συγκεκριμένα προβλήματα. Γενικότερα, οι γονείς των ανορεκτικών ατόμων περιγράφονται, ως εξαιρετικά απαιτητικοί από τα παιδιά τους, με μεγάλες προσδοκίες, και ανεπαρκή ένδειξη αγάπης και στήριξης για τα παιδιά ως άτομα. Το ανορεκτικό παιδί έχει μεγάλη ανάγκη από αγάπη και στοργή την

οποία δεν λαμβάνει, ενώ παράλληλα νοιώθει ότι αποκτά αξία, μόνο μέσα από τα επιτεύγματά του.

Στο σημείο ζενίθ όλων των παραπάνω, το ανορεκτικό παιδί νοιώθει την ανάγκη να παρουσιάσει την πιο πειθαρχημένη πλευρά του εαυτού του, που στις προκείμενες περιπτώσεις τα κατορθώματά του σχετίζονται με την διαμόρφωση του σώματός του. Άλλοι ανορεκτικοί προέρχονται από πολύ κλειστές οικογένειες, που επιδιώκουν να κρατούν τα παιδιά, ασφυκτικά κοντά τους. Με την ενίσχυση της ψυχικής διαταραχής, το παιδί προσπαθεί να σταθεί μόνο του και να είναι αποτελεσματικό και έξω από την οικογένεια, ωστόσο εξακολουθεί να αισθάνεται απροετοίμαστο για κάτι τέτοιο. Με αυτόν τον τρόπο υποσυνείδητα ενδυναμώνει την νευρική ανορεξία, μεταφέροντας στο εξωτερικό του περιβάλλον ένα μήνυμα υπευθυνότητας, πειθαρχίας και αυτοσυγκράτησης, ενώ η ασθένεια του φανερώνει το εσωτερικό κενό που αισθάνεται και την μοναξιά του (Καρανικόλα, 2009).

3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η σύγχρονη αντίληψη της ομορφιάς απαιτεί πολύ αδύνατα και γυμνασμένα σώματα. Πρόκειται για ένα ιδεώδες που αντιπροσωπεύει τις αξίες του αυτοελέγχου, της επιτυχίας και της αποδοχής του κοινωνικού συνόλου. Η αναγνώριση ότι οι κοινωνικές και πολιτιστικές πιέσεις για δίαιτα στις γυναίκες συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας είναι μία εντελώς πρόσφατη διαπίστωση. Η δυσαρέσκεια για το σώμα, συναντάται συχνότερα στις νέες γυναίκες των δυτικών κοινωνιών επιφέρει αυστηρές περιοριστικού τύπου δίαιτες που αυξάνουν την ευαλωτότητα για διαταραχές διατροφής.

Κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η τελειοθηρία, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής.

Αναλυτικότερα, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καλλιεργούν την ψευδαίσθηση ότι η επίτευξη αυτού του «ανώτερου σκοπού» επιβραβεύεται, ενώ παράλληλα

προωθούν, μέσω διαφημίσεων κέντρων αδυνατίσματος και γυμναστηρίων, τρόπους για να καταφέρει το κοινό να επιτύχει τον πολυπόθητο στόχο. Ωστόσο είναι βιολογικά αδύνατο να αποκτήσουν όλοι οι άνθρωποι το ιδανικό σώμα, που προβάλλεται, καθώς ο σωματότυπος και το ιδανικό του βάρος διαφέρει από άτομο σε άτομο. Οι έφηβοι που δεν κατανοούν ή δεν αποδέχονται τις ιδιαιτερότητες του σώματός τους, συχνά βιώνουν δύσκολα συναισθήματα που οδηγούν σε ακραίες και δραστικές παρεμβάσεις στο σώμα τους.

Επιπλέον, η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει απέναντί τους η κοινωνία και που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Κατ' επέκταση τα Μ.Μ.Ε. και τα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς, δημιουργούν πιέσεις που προέρχονται κυρίως από το οικογενειακό και το άμεσο φιλικό περιβάλλον. Υποστηρίζεται ότι οι οικογένειες των πασχόντων ενδιαφέρονται υπερβολικά για την κοινωνικό φαίνεσθαι και την ελκυστική εμφάνιση.

Ένας ακόμα παράγοντας, ικανός να οδηγήσει στην δημιουργία διατροφικών διαταραχών, είναι η έλλειψη αμοιβαιότητας σε σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους του ατόμου, όπως συγγενείς, φίλους και συντρόφους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία αν και έχουν στενές σχέσεις με τους γονείς τους, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους χαρακτηρίζονται παθολογικές. Αυτό συμβαίνει διότι προσπαθούν με την ασθένειά τους, να τραβήξουν την προσοχή των συγγενών τους, της οποίας αισθάνονται στερημένοι (Τσάκα, 2018).

Η διαταραχή συμπεριφοράς διατροφής συσχετίζεται με την αφομοίωση μιας κουλτούρας που ορίζει ως αρεστά και θεμιτά τα λεπτά και γυμνασμένα σώματα. Παρατηρείται, ότι οι κοινωνίες δέχονται περισσότερο ένα ανορεκτικό άτομο, παρά ένα παχύσαρκο, καθώς τα στερεότυπα που αφορούν το δεύτερο είναι πολλά περισσότερα και πιο κακοποιητικά για το άτομο. Σταδιακά, η κατάσταση ασιτίας του ατόμου οδηγεί σε δευτεροπαθή συμπτώματα, τα οποία διαιωνίζουν την διαταραχή και τις επιμέρους επιπτώσεις της. Η έλλειψη πρόσληψης τροφής αποδιοργανώνει την σκέψη και την ψυχосύνθεση του ατόμου ακόμα περισσότερο. Το άτομο εμφανίζει όλο και περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια και εντείνει την εμμονική στάση του ατόμου σε ζητήματα διατροφής (Φαναρά, 2014).

3.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

3.4.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι ιατρικές επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας σχετίζονται κυρίως με τον υποσιτισμό, με τον ασθενή να εμφανίζει έντονη ξηροδερμία κυρίως στα χέρια και στα πόδια, ενώ αυξάνεται η τριχοφυΐα του στο πρόσωπο και στην πλάτη. Στη περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, ολόκληρος ο οργανισμός αναγκάζεται να επιβραδύνει τη λειτουργία του, προκειμένου να διασώσει ενέργεια.

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία συνήθως χάνουν ένα μεγάλο μέρος του τριχωτού της κεφαλής, αλλάζει η δομή και η σύσταση στα νύχια τους και πολύ συχνά αισθάνονται συμπτώματα υπότασης, όπως βραδυκαρδία, ζάλη, αρρυθμία στην καρδιά και έντονες αλλαγές στην θερμοκρασία του σώματός τους. Ο υποσιτισμός δημιουργεί δυσλειτουργίες στον εγκέφαλο και την σκέψη του ασθενή, προκαλώντας του δυσκολία κατά την συγκέντρωση, φτωχή μνήμη, έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις, επεισόδια εκνευρισμού και κατάθλιψης.

Οι περισσότερες γυναίκες εκφράζουν έντονο πόνο στους μύες και ιδιαίτερα στα χέρια και τα πόδια, δυσκοιλιότητα, αμηνόρροια και συμπτώματα πρώιμης οστεοπόρωσης. Ειδικότερα στις γυναίκες υπάρχει κίνδυνος ακόμα και μετά από ανάρρωσή τους να αντιμετωπίζουν σοβαρά καρδιακά προβλήματα υγείας, λόγω της λανθασμένης διατροφής και την έλλειψη πρωτεϊνών που χρειάζεται το όργανο αυτό για να λειτουργεί σωστά. Γι' αυτό τον λόγο συνηθίζεται τα ανορεκτικά άτομα να έχουν αποδυναμωμένη καρδιά, με πολλές πιθανότητες να πάθουν καρδιακή προσβολή ή άλλες καρδιακές νόσους ακόμα και σε πολύ νεαρή ηλικία.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα ανορεκτικά άτομα από ένα σημείο και έπειτα ελέγχουν ακόμα και την πρόσληψη των υγρών όπως το νερό και οι χυμοί. Η ελλιπής λήψη νερού, οδηγεί το άτομο σε αφυδάτωση και κακή λειτουργία των νεφρών, καθώς δεν υπάρχει σωστή ρύθμιση του νερού και των αλάτων που προσλαμβάνει και χρειάζεται ο οργανισμός. Η διατήρηση της ενυδάτωσης αποδυναμώνει σταδιακά τα νεφρά, εντείνοντας την περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας (Αποστολίδου, 2016).

Τα βασικότερα και πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του

σώματος. Οι ασθενείς διατηρούν εμμονική στάση με τις θερμίδες και το φαγητό που προσλαμβάνουν, ενώ σε πολλές περιπτώσεις αισθάνονται έντονο άγχος και ανησυχία που οδηγεί σε υπερδραστηριότητα.

Γενικότερα τα συμπτώματα της ανορεξίας βρίσκουν πολλά κοινά σημεία με αυτά της ασιτίας, με επιπτώσεις στο γαστρεντερικό σύστημα. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν έντονους πόνους στην κοιλιακή χώρα, τυμπανισμό και δυσκοιλιότητα. Ένας οργανισμός που δεν τρέφεται, δυσκολεύεται να διατηρήσει σε κανονικά επίπεδα την ροή του αίματος στο σώμα, εμφανίζοντας έτσι δυσλειτουργίες στην ομοιόσταση της θερμοκρασίας και ευαίσθητες αντιδράσεις στο κρύο. Για τον λόγο αυτό, πολλές φορές το δέρμα εμφανίζει κηλίδες, στίγματα και εξογκώματα ανά σημεία κυρίως στο πρόσωπο και τον λαιμό. Σταδιακά εμφανίζονται κοινωνικές και κινητικές δυσκολίες, με την αδυναμία του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του, την απώλεια της προσωπικής αυτονομίας του και την διακοπή των δραστηριοτήτων αναψυχής, ενώ συχνά έχουν υψηλές αυτοκτονικές τάσεις. Ωστόσο, η διαταραγμένη αντίληψη των ανορεκτικών για τον εαυτό τους και τη ζωή τους γενικότερα, τους αποτρέπει από το να δεχτούν ή να αναζητήσουν βοήθεια και θεραπεία (Αποστολίδου, 2016).

3.4.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Γενικά οι περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας χαρακτηρίζονται από έναν φαύλο κύκλο υπερφαγίας και αποβολής, με τα άτομα να τρώνε ανεξέλεγκτα και στην συνέχεια να χρησιμοποιούν τεχνικές μεθόδους για να αποβάλουν την τροφή που κατανάλωσαν για να διατηρήσουν το βάρος τους στα φυσιολογικά όρια. Η αντιρροπιστική αποβολή και απομάκρυνση των τροφών, αποτελεί μια καθαρτήρια συμπεριφορά και εκλαμβάνεται από τους ίδιους ως αυτοτιμωρία για το χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στον εαυτό που προβάλλουν στον κοινωνικό τους περίγυρο και τον πραγματικό τους εαυτό, όταν βρίσκονται μόνοι τους.

Οι ασθενείς διακατέχονται από αισθήματα ενοχικότητας και απογοήτευσης και συνεχώς αποδοκιμάζουν τον εαυτό τους. Όπως προαναφέρθηκε, στην πλειοψηφία τους πρόκειται για άτομα με ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες, των οποίων η συμπεριφορά καθιστά δύσκολη την αντίληψη και κατ' επέκταση την θεραπεία της

διαταραχής. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, τα άτομα αυτά αισθάνονται απεγνωσμένα και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα αυτοεκτίμησης και κατάθλιψης.

Για την κατανόηση του επεισοδίου υπερφαγίας, περιγράφεται μία κατάσταση κατά την οποία η διατροφική συμπεριφορά είναι εντελώς εκτός ελέγχου, με την μανιώδη κατανάλωση τροφών, που είναι μισομαγειρεμένες ή παγωμένες, καθώς τα άτομα δεν μπορούν να ελέγξουν την ανυπομονησία τους για να φάνε. Τις περισσότερες φορές, ένα επεισόδιο υπερφαγίας, περιέχει σχεδόν αποκλειστικά τροφές υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας, όπως γλυκά, σοκολάτες, μπισκότα, ψωμί, βούτυρο και γαλακτοκομικά προϊόντα (Μάμαλος, 2016).

Σημείο αναφοράς στα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία είναι τα επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας και η αντιρροπιστική προσπάθεια ανατροπής των αποτελεσμάτων της υπερφαγίας μέσω αυτοπροκαλούμενων εμετών, περιοριστικής δίαιτας, εξαντλητικής γυμναστικής, χρήσης νόμιμων ή παράνομων κατασταλτικών της όρεξης, χρήσης καθαρτικών ή διουρητικών φαρμάκων.

Συχνά οι ασθενείς μετά από τα γεύματα, καταφεύγουν στην τουαλέτα με σκοπό την απομάκρυνση των προσληφθεισών τροφών. Στις γυναίκες συνήθως σημειώνονται διαταραχές εμμηνορρυσίας, και γενικότερα υπάρχει ιστορικό μεγάλης διακύμανσης του σωματικού βάρους. Η αφυδάτωση, που υπάρχει και σε αυτήν την διαταραχή προκαλεί σημάδια στο δέρμα και τα δόντια του ασθενή, ενώ με την πρόκληση συχνών εμετών δημιουργούνται χρωματισμοί και στίγματα στα δάχτυλα των χεριών.

Επιπλέον, η ληθαργικότητα και η έλλειψη ενεργητικότητας αποτελούν αδιάσπαστα σημεία της κλινικής εικόνας των βουλιμικών ασθενών. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς διακατέχονται από αίσθημα ενοχής, έλλειψης βοήθειας και μοναξιάς. Έχουν παρορμητική συμπεριφορά με διαταραχή του ελέγχου των ενορμήσεων και μεταπτώσεις στη διάθεση, ενώ πάσχουν από χρόνια άγχος, υπερένταση, κατάθλιψη. Πολλές φορές καταφεύγουν στην κατάχρηση ουσιών, όπως το κάπνισμα ή το αλκοόλ, εκφράζουν την εσωτερική τους πίεση με αυτοτραυματισμούς, ξεσπάνε συχνά και έντονα με κλάμα και φωνές, ενώ πολλές φορές παρουσιάζουν βίαιες και παραβατικές συμπεριφορές (Μάμαλος, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ & ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ

Συχνά στις μέρες μας ερχόμαστε αντιμέτωποι με ζητήματα που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας και ειδικότερα τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων. Η Κοινωνική Εργασία καλείται να στηρίζει τα άτομα που αντιμετωπίζουν διατροφικές διαταραχές σε επίπεδο ατόμου και οικογένειας. Ένας Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να δράσει και μόνος του όσον αφορά την αντιμετώπιση και τη στήριξη ενός ατόμου με διατροφικές διαταραχές αλλά και σε συνεργασία με μια διεπιστημονική ομάδα η οποία αποτελείται από π.χ. διατροφολόγο, ψυχολόγο, και γιατρό.

Σε ατομικό επίπεδο, ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να βοηθήσει το άτομο να αποδεχτεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, καθώς επίσης και να κατανοήσει ο εξυπηρετούμενος τις σοβαρές επιπτώσεις της κατάστασης του σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο. Παράλληλα με τα παραπάνω, κατά την θεραπευτική διαδικασία ενισχύεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση του ατόμου, πράγμα το οποίο παίζει καταλυτικό ρόλο ώστε το άτομο να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπεία του. Τέλος δρα συμβουλευτικά ως προς τα επόμενα βήματα του ατόμου ώστε να επέλθουν οι επιθυμητοί στόχοι για τη βελτίωση της υγείας του.

Σε κάθε περίπτωση είναι αναγκαίο για τον επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό, να συνεργάζεται άμεσα και άρρηκτα με την οικογένεια του ασθενή, ώστε και τα ίδια τα μέλη της οικογένειας να τον βοηθήσουν να κατανοήσει την συγκεκριμένη διαταραχή. Η ενδυνάμωση της οικογένειας θεωρείται πολύ σημαντική, έτσι ώστε να μην παρακωλύει την θεραπεία του ασθενή και να λειτουργούν ομαδικά ως προς τη στάση και τη στήριξη που πρέπει να παρέχουν στο πάσχον άτομο (Guest, 2000).

Επιπλέον ο Κοινωνικός Λειτουργός πέραν της παρέμβασης του στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών μπορεί να συμβάλλει και στην πρόληψη τους. Αυτό το επιτυγχάνει μέσω της οργάνωσης ή της συμμετοχής του σε προγράμματα, ημερίδες, σεμινάρια πρόληψης κ.α. που αφορούν την υγιεινή διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Ευγενίου και Συν., 2009).

4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

4.2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της πρόληψης, η πρωτογενής πρόληψη είναι ικανή να προλάβει την εμφάνιση της νόσου. Η συγκεκριμένη, απαιτεί γνώσεις, μεταδοτικότητα και αμεσότητα, ώστε να εξηγηθούν ενδελεχώς ζητήματα σχετικά με την ανάπτυξη της ασθένειας. Συνήθως, η πρωτογενής πρόληψη εστιάζει σε ομάδες κινδύνου, δηλαδή σε μαθητές και φοιτητές. Αποσκοπεί στην μείωση της διαιτητικής συμπεριφοράς και την εμμονική παρακολούθηση του βάρους, μέσω αυτοπροκαλούμενων εμετών και χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως διουρητικά και καθαρικά φάρμακα.

Για την παραπάνω προσπάθεια, έχουν δημιουργηθεί εκπαιδευτικά προγράμματα με άρτια καταρτισμένους ειδικούς διατροφολόγους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και με ένα ενισχυμένο εθελοντικό δίκτυο. Άλλοι μακροπρόθεσμοι στόχοι, αποτελούν η απομυθοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, η αναθεώρηση και τελικώς η απόρριψη των ανθυγιεινών κοινωνικών προτύπων.

Λαμβάνοντας, υπόψη πως οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται σε ένα μεγάλο ποσοστό κατά την σχολική ηλικία, προτείνεται η δημιουργία παρεμβάσεων στο σχολικό περιβάλλον. Κύριος πληθυσμός στόχος αποτελούν τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν μία διατροφική διαταραχή, και πρωταρχικός στόχος η διασαφήνιση της κατάστασης και των ενδεχόμενων κινδύνων που διατρέχει το άτομο.

Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, κύριος στόχος είναι να ελαχιστοποιηθεί το διάστημα μεταξύ εμφάνισης της νόσου και της αναζήτησης αποτελεσματικής βοήθειας από ειδικούς. Απαραίτητη προϋπόθεση στην συγκεκριμένη διαδικασία, είναι η γνώση των παραγόντων που καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας. Ενδεχόμενες δυσκολίες, μπορεί να είναι η άρνηση του ασθενούς ότι νοσεί, η μη αποδοχή της ασθένειας και η ελπίδα ότι η διαταραχή θα εξαλειφθεί από μόνη της.

Ακόμη, υπάρχει η άποψη, πως τα διατροφικά προβλήματα δεν είναι σπουδαίας σημασίας ώστε να χρειαστεί ειδική βοήθεια, ενώ παράλληλα, το αίσθημα ντροπής και φόβου αποτελεί έναν ακόμα ανασταλτικό παράγοντα για την έναρξη μίας θεραπευτικής

διαδικασίας. Επιπροσθέτως, η οικονομική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να καθορίσει την συμπεριφορά του για την ανεύρεση βοήθειας (Κυδωνάκη, Παυλάκη, 2015).

Η τριτογενής πρόληψη, πρόκειται για το τελευταίο στάδιο πρόληψης, και μελετάται η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε καταστάσεις χρόνιων πασχόντων. Στο στάδιο αυτό, οι ασθενείς ή θα έχουν υποτροπιάσει, ή θα έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο μέσω της θεραπείας (Κυδωνάκη, Παυλάκη, 2015).

Επιπρόσθετα, σε επίπεδο της πρόληψης, μπορούν να προσφέρουν σημαντική βοήθεια διάφοροι διαδικτυακοί τόποι που παρέχουν πληροφορίες ακόμα και βοήθεια στους ενδιαφερόμενους. Υπάρχουν εξειδικευμένοι οργανισμοί που παρέχουν διαδικτυακά πληροφορίες, εμπειρίες ασθενών, καθώς και τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης. Η δύναμη και η συμβολή του διαδικτύου κρίνεται πολύ σπουδαία, αφού μπορεί να προσφέρει βοήθεια σε ασθενείς που ζουν σε δυσπρόσιτες περιοχές μακριά από την πόλη και τα μεγάλα αστικά κέντρα, και κατά συνέπεια δυσκολεύονται να βρουν ειδικούς που να τους βοηθήσουν. Η ανώνυμη χρήση του διαδικτύου μπορεί και εξυπηρετεί ασθενείς και ενδιαφερόμενους να πληροφορηθούν και να βοηθηθούν, χωρίς να χρειάζεται να αποκαλύψουν την ταυτότητά τους.

Είναι γεγονός πως οι βουλιμικοί ασθενείς ανατρέχουν συχνότερα στο διαδίκτυο για να ενημερωθούν και να αναζητήσουν βοήθεια, λόγω του ότι αποδέχονται και αντιλαμβάνονται πιο εύκολα το πρόβλημά τους από τα ανορεκτικά άτομα. Σε κάθε περίπτωση είναι βασικό να γίνεται σωστή χρήση επίσημων ιστοσελίδων, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να βοηθηθούν αποτελεσματικά, ενώ παράλληλα λόγω της μεγάλης πληροφορίας που διατίθεται αναρτημένη στο ίντερνετ οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί για να μην λάβουν εσφαλμένες συμβουλές (Αραϊτζόγλου, 2005).

Εκτός από τα ατομικά προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης των διατροφικών διαταραχών διάφορων φορέων, εξίσου σημαντικές είναι και οι αλλαγές στους θεσμούς. Συνήθως, τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές, επικεντρώνονται μόνο στο άτομο, χωρίς να επιδιώκουν ριζικές αλλαγές στην ευρύτερη κοινωνία και την νοοτροπία της μάζας, που προβάλλει συγκεκριμένα πρότυπα ομορφιάς και σώματος.

Στο σημείο αυτό, οι φεμινιστικές προσεγγίσεις δεν κινούνται μόνο υπέρ του ασθενούς ατόμου, αλλά παράλληλα επιδιώκουν την ολική αλλαγή των εθνικών θεσμών και κατ' επέκταση η αναδιαμόρφωση της συμπεριφοράς των φορέων κοινωνικοποίησης του ατόμου. Υποστηρίζουν ότι για να είναι μία προσπάθεια πρόληψης αποτελεσματική και καθολική, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός υγιούς και δεκτικού κοινωνικού περιβάλλοντος.

Παράλληλα με αυτό, κατά τη συμβουλευτική και θεραπευτική διαδικασία, το άτομο χρειάζεται να συνειδητοποιήσει τον καταπιεστικό χαρακτήρα του ευρύτερου περιγύρου, που τελικώς κρίνεται κακοποιητικός για το άτομο και τις ψυχικές διεργασίες που πραγματοποιεί (Levine, Smolak, 2006). Το φεμινιστικό Συσχετιστικό μοντέλο Ενδυνάμωσης υποστηρίζει ότι το κοινωνικό φύλο και η εμπορευματοποίηση του ανθρώπινου σώματος διαμορφώνουν αρνητικές και διαστρεβλωμένες απόψεις για την εικόνα του σώματος, ενώ παράλληλα τα αρνητικά συναισθήματα που αναδύονται από αυτήν την διαδικασία οφείλονται σε πατριαρχικές αντιλήψεις και στάσεις μέσα στην κοινωνία.

Πιο συγκεκριμένα, η έναρξη μίας δίαιτας ή η υπερβολική άσκηση για την διαμόρφωση ενός σώματος όπως εκείνα που προβάλλονται στα Μ.Μ.Ε., στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και στις διαφημίσεις αντικατοπτρίζουν την αντικειμενοποίηση του γυναικείου σώματος, που εκλαμβάνεται ως ένα κομμάτι σάρκας που πρέπει προσαρμόζεται στα κοινωνικά γούστα. Όπως καταδεικνύουν επιστημονικές έρευνες, η ανησυχία των γυναικών για το σώμα τους δεν έγκειται μόνο στην εμφάνισή τους, αλλά και στο ρόλο τους στο ευρύτερο κοινωνικο- πολιτισμικό πλαίσιο, το οποίο εντείνει τα συναισθήματα ανεπάρκειας, επειδή αδυνατούν να επιτύχουν την ιδανική εξωτερική εμφάνιση (Φαναρά, 2014). Παράλληλα με αυτό, τα παχύσαρκα άτομα και κυρίως οι παχύσαρκες γυναίκες, έρχονται αντιμέτωπα με προκαταλήψεις, στερεότυπα και διακρίσεις λόγω του πάχους.

Επομένως, τα βαθιά προσωπικά συναισθήματα που απαρτίζουν την αρνητική εικόνα του σώματος έχουν άμεση σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ανήκουν και την γενικότερη πολιτική. Ωστόσο, διάφορες έρευνες φανέρωσαν, πως τα άτομα που έχουν μία γενική ταύτιση με το φεμινισμό ή με συγκεκριμένες φεμινιστικές στάσεις, εμφανίζουν λιγότερες περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών ή κάποιας άλλης

ψυχολογικής παθολογίας, από την κριτική στάση των γύρω τους για το σώμα τους (Γκαλτέμης, 2017).

4.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.2.2.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών χρειάζεται εξατομικευμένο προσανατολισμό. Δεν υπάρχει ένας γενικός κανόνας θεραπείας που εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς, καθώς οι αιτίες, όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω, είναι πολυπαραγοντικές. Επομένως, η θεραπεία δεν στοχεύει μόνο στο θέμα της απώλειας του βάρους.

Οι ψυχολόγοι διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην επιτυχή αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών και αποτελούν αναπόσπαστα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που μπορεί να παράσχει περίθαλψη σε ασθενή, καθώς διερευνούν τα δευτερογενή οφέλη που έχει ο πάσχων, μαζί με τις υπόλοιπες αλληλεπιδράσεις του συστήματος που ζει. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν αποτελούν εύκολη υπόθεση, λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης και της αρνητικής στάσης των ασθενών να δεχτούν βοήθεια. Έτσι, η συνεργασία μεταξύ των ειδικών και των ασθενών αποτελεί μία εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση. Ωστόσο, η ηλικία του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς όπως φανερώνουν οι έρευνες οι ανήλικοι ασθενείς και όσοι είναι πάσχοντες για λιγότερο από τρία χρόνια, ανταποκρίνονται καλύτερα στην θεραπευτική διαδικασία.

Πιο συγκεκριμένα, κατά την θεραπευτική διαδικασία της ανορεκτικής διαταραχής, χρειάζεται να ενημερώνεται συνεχώς και αδιαλείπτως η οικογένεια του ασθενή. Η ενσωμάτωση της οικογένειας στη θεραπεία, διαδραματίζει έναν βοηθητικό και ενισχυτικό ρόλο, καθώς μπορεί να προλάβει ενδεχόμενες υποτροπιάσεις και να ενδυναμώσει ψυχολογικά το πάσχον μέλος της οικογένειας να συνεχίσει τον θεραπευτικό του αγώνα, με την χρήση συμβουλών και τεχνικών που θα τους προτείνει ο αρμόδιος ψυχολόγος.

Ακόμη, όταν η οικογένεια φτάσει σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο και δεν θα έχει κριτική στάση απέναντι στον ασθενή, ο ψυχολόγος μπορεί να προτείνει οικογενειακή

ψυχοθεραπεία. Οι υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς, ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να πραγματοποιηθεί αργότερα η οικογενειακή θεραπευτική διαδικασία μαζί με τον ασθενή. Η οικογενειακή θεραπεία κρίνεται ως μία χρήσιμη και αξιόπιστη διαδικασία ιδιαίτερα για τους νεότερους ασθενείς, που εγγυάται πιο γρήγορη και αποτελεσματικότερη αντικατάσταση του σωματικού βάρους (Κυπρίδη, Μητράκου, 2015).

Πρωταρχικός στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και η επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών, να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής, ώστε να ανακάμψει ο οργανισμός.

Σε κάθε περίπτωση, ο ορισμός του βάρους- στόχου συμφωνείται μαζί με τον ασθενή. Επαγγελματίες και ασθενής σχεδιάζουν από κοινού ένα διατροφικό πρόγραμμα που θα περιέχει όλα τα απαραίτητα συστατικά, όπως υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη. Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων (Κυπρίδη, Μητράκου, 2015).

Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό συμβαίνει, διότι η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής, είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση και τα φάρμακα δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μοναδική θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως, η φαρμακευτική αγωγή είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της ασιτίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία. Κυρίως χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε ασθενείς με

κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους και νευροληπτική φαρμακευτική αγωγή ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης.

Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν, ότι οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή. Επιπλέον, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά πιθανολογούνται να αυξάνουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία (Αντωνιάδου, 2016). Συνήθως τα συμπτώματα κατάθλιψης υποχωρούν με την σταδιακή αύξηση του βάρους, και συνδυαστικά με την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, μειώνονται τα καταθλιπτικά και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα και γενικότερα περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους (Weltzin et. al., 2005).

Μετά την αποκατάσταση του βάρους, ο επαγγελματίας αποσκοπεί στην θεραπεία της ψυχολογίας του ασθενή, καθώς η χρόνια εμπειρία των ειδικών δείχνει πως η διαδικασία της ψυχοθεραπείας είναι αποτελεσματικότερη μετά την αποκατάσταση του βάρους. Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς, βασίζονται κυρίως σε ψυχοδυναμικές, ψυχαναλυτικές, γνωσιακές, συστημικές, κοινωνικοπολιτισμικές και φεμινιστικές θεωρίες και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται κατά την θεραπευτική διαδικασία αντλούνται από αυτές.

Πιο συγκεκριμένα, οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα κιάλας στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν για όλο το διάστημα της θεραπευτικής διαδικασίας. Αυτό χρειάζεται να συμβαίνει, διότι οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση με τον ψυχοθεραπευτή τους, όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Χρειάζεται να δοθεί η μέγιστη βαρύτητα στο συγκεκριμένο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας, εντείνεται ο κίνδυνος υποτροπιασμού. Γι' αυτό κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, ο ασθενής χρειάζεται να εξοικειωθεί με το νέο του διατροφικό πρόγραμμα και να το αντιλαμβάνεται ως μία θεμιτή και φυσιολογική πρακτική.

Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αποσκοπεί στην ενίσχυση της αυτονομίας και αυτοεκτίμησης και στη διαμόρφωση μίας υγιούς αυτοεικόνας του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση η διαδικασία αντικατάστασης των καταστροφικών σκέψεων και στάσεων του ασθενή, πρόκειται για μία χρονοβόρα και δύσκολη διαδικασία που χρειάζεται προσοχή και σωστούς χειρισμούς, για να μην αισθανθεί πίεση ο θεραπευόμενος.

Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής, καθώς και η αναδιαμόρφωση των διαπροσωπικών του επαφών μέσα στην οικογένεια, είναι βασικές παράμετροι για την εγγύτητα μίας αποτελεσματικής θεραπείας. Επιπλέον, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει τόσο στην συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, όσο και στην αναζήτηση και την αντιμετώπιση των παιδικών του τραυμάτων, που έχει κυρίως κατά την εφηβική περίοδο.

Οι ασθενείς συχνά, μιλώντας για το παρελθόν, αναφέρονται σε αποσπασματικό ενδιαφέρον του περιβάλλοντός τους, όπως σε μια αυξημένη προσοχή των γονέων σε μεμονωμένες αντιδράσεις τους ή σε σωματικές εικόνες συνδυασμένες με συγκεκριμένα συναισθήματα. Ο υπερβολικός έλεγχος του παιδιού, οι στιγμιαίες και άτακτες συμπεριφορές υπερευαισθησίας, η έντονη ενασχόληση με αρνητικές πλευρές του παιδιού και το ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την γνώμη του κοινωνικού περιγύρου, συνυπάρχει με την αδιαφορία του γονιού για τις πραγματικές ανάγκες του παιδιού.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα και άρα η οικογένεια δεν θα πρέπει να λειτουργεί παρορμητικά και αυτεπάγγελτα. Πολλές φορές οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια με απώτερο σκοπό να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν επιτευχθούν οι αναμενόμενοι στόχοι για την υγεία του ασθενούς (Κκολού, 2007). Για τους παραπάνω λόγους χρειάζεται η στήριξη και η συνεργασία της οικογένειας στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας.

4.2.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Στην περίπτωση της θεραπευτικής διαδικασίας της ψυχογενούς βουλιμίας δεν είναι απαραίτητη η νοσοκομειακή θεραπεία. Ωστόσο, ο ασθενής θα πρέπει να

παρακολουθείται για ενδεχόμενους υποτροπιασμούς που μπορεί να προκληθούν κατά την διαταραχή. Η νοσηλεία στο νοσοκομείο κρίνεται αναγκαία σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση του σωματικού του βάρους και έντονες διαφορές και δυσλειτουργίες στην φυσιολογική ενυδάτωση του οργανισμού. Ακόμη, ενδοноσοκομειακή περίθαλψη χρειάζεται όταν υπάρχουν αυτοτραυματισμοί και αυτοκτονικές τάσεις ή εξάρτηση από ουσίες, όπως αλκοόλ και ναρκωτικά.

Το αρχικό στάδιο της θεραπείας της βουλιμίας είναι η ο σχεδιασμός ενός κανονικού ημερήσιου προγράμματος διατροφής, με παράλληλη διακοπή της συμπεριφοράς πρόληψης και τεχνητής αποβολής της τροφής. Με βάση το γνωσιακό μοντέλο θεραπείας, κρίνεται αναγκαία η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και των συναισθημάτων που συντηρούν την βουλιμική συμπεριφορά. Σε κάθε περίπτωση, η ψυχολογική προσέγγιση και η ψυχοθεραπεία είναι αναγκαίες και κρίσιμες για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων που υπάρχουν στο άτομο μαζί με την διαταραχή.

Πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία και σε αυτήν την περίπτωση βασίζεται στην διατροφική εκπαίδευση του ασθενή, τον προτρέπει να τρέφεται ολοκληρωμένα και σωστά, καθώς και να κατανοήσει την σοβαρότητα του να αποβάλει κανείς τεχνητά την τροφή του. Ακόμη, είναι σημαντικό να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής παράλληλα με το πρόγραμμα διατροφής.

Οι περισσότεροι επιστήμονες και θεραπευτές προτιμούν την γνωσιακή και συμπεριφορική θεραπεία και την θεωρούν πιο αποτελεσματική στις συγκεκριμένες περιπτώσεις. Η ψυχοθεραπευτική εργασία επικεντρώνεται κυρίως σε ζητήματα ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου, στην εσωτερική ισορροπία και στην ομαλή διαμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενή, ενώ επίσης τον ωθεί να αντιλαμβάνεται και να εκφράζει τα συναισθήματά του. Ακόμα, όταν κρίνεται αναγκαίο επεξεργάζεται και θεραπεύει τις σεξουαλικές δυσκολίες και να συζητάει όταν υπάρχει σύγχυση σχετικά με την σεξουαλική ταυτότητα του θεραπευόμενου. Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται απαραίτητη σε εφήβους που ζουν ακόμα με τους γονείς τους, αλλά και σε μεγαλύτερους ασθενείς που διατηρούν συγκρουσιακές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του (Χαρίλα, 2004).

Σχετικά με την φαρμακευτική αντιμετώπιση, πρόσφατες επιστημονικές έρευνες καταδεικνύουν πως η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να περιορίσει τα

συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας. Για τον λόγο αυτό, εΐθισται να χρησιμοποιούνται στα αρχικά στάδια της θεραπείας, χωρίς όμως να αποτελούν το μοναδικό τρόπο αντιμετώπισης της διαταραχής. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και ψυχαναγκαστικής διαταραχής, καθώς περιορίζουν τις παρορμήσεις των ασθενών και τις περιπτώσεις υποτροπιασμού. Σε κάθε περίπτωση, χρειάζεται η εναλλαγή των χορηγούμενων φαρμάκων και των επιμέρους δοσολογιών τους, για να υπάρξουν καλύτερα και πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Συνήθως οι δόσεις που χρησιμοποιούνται στην περίπτωση της βουλιμίας, είναι σχεδόν πάντα ίδιες με εκείνες που χορηγούνται για τις καταθλιπτικές διαταραχές (Οικονομοπούλου, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της ύπαρξης ψυχογενών διατροφικών διαταραχών στους φοιτητές του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., των διατροφικών τους συνθηκών και τον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την καθημερινότητα τους.

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας είναι ότι οι φοιτητές του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. δεν εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό ψυχογενείς διαταραχές που επηρεάζουν την καθημερινότητα τους.

Οι λοιπές ερευνητικές υποθέσεις που αναμένεται να απαντηθούν είναι:

- Οι περισσότεροι φοιτητές/ φοιτήτριες του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. έχουν φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος.
- Το φύλο έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην εμφάνιση των ψυχογενών διαταραχών βουλιμίας.
- Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για τις ψυχογενείς διαταραχές (EAT-26) και του ερωτηματολογίου για τη βουλιμία (BITE) αναμένεται να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους.

5.3 ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Η παρούσα έρευνα ακολουθεί την ποσοτική μεθοδολογία. Πεδίο της έρευνας αποτελούν οι φοιτητές του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. με έδρα το Ηράκλειο Κρήτης. Αντικείμενο μελέτης είναι οι διατροφικές τάσεις των φοιτητών από όλα τα τμήματα του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Για τον προσδιορισμό του δείγματος επιλέχθηκε η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας, ενώ, συλλέχθηκαν συνολικά 97 ερωτηματολόγια.

5.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ - ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των συμμετεχόντων είναι:

- το ερωτηματολόγιο ψυχογενών διατροφικών διαταραχών (EAT-26),
- Bulimic Investigatory Test (B.I.T.E.).

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test -26 (Garner 1979, Garner 1982) έτσι όπως μεταφράστηκε στα ελληνικά από την ομάδα του Αιγινήτειου (Ε. Βάρσου, Γ. Τρίκκας 1992). Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από τους Garner και Garfinkel το 1979, με σκοπό την εκτίμηση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, εύχρηστο ως προς την αποδοχή του, και ως προς την αξιολόγησή του. Η αρχική του μορφή περιελάμβανε 40 ερωτήσεις (Garner, Garfinkel 1979) σε μια εξάβαθμη κλίμακα απαντήσεων κατά το πρότυπο των κλιμάκων Likert. Οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι οι εξής: Πάντοτε, Συνήθως, Συχνά, Μερικές φορές, Σπάνια, Ποτέ. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχούσε 1 απάντηση, και η βαθμολογία κάθε ερώτησης κυμαίνεται από 0-3 αναλόγως της κατεύθυνσης (Πάντοτε-Συχνά) και (Μερικές φορές- Ποτέ).

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

α)«Δίαιτα» ανήκουν οι απαντήσεις 13 ερωτήσεων:

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

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

Το Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburg, Henderson and Freeman 1987) έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση των επεισοδίων υπερφαγίας (binge-eating) και των γνωσιακών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων της βουλιμίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως εργαλείο επιδημιολογικής έρευνας για τη διακρίβωση των κλινικών και υποκλινικών περιπτώσεων του συνδρόμου της βουλιμίας αλλά και ως όργανο αξιολόγησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της διαταραχής κατά την εξέλιξη της θεραπείας. Αποτελείται από 33 ερωτήσεις και περιλαμβάνει απαντήσεις τύπου ΝΑΙ/ΟΧΙ, αλλά και του τύπου της εξάβαθμης κλίμακας Likert. Εμπεριέχει δύο υποκλίμακες που αξιολογούνται χωριστά. Πρόκειται για την κλίμακα Συμπτωμάτων καθώς και την κλίμακα Βαρύτητας των Συμπτωμάτων.

Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου περιγράφονται ως εξής: Η ανώτερη τιμή της υποκλίμακας Συμπτωμάτων είναι 30 και η τιμή 20 αποτελεί το κατώφλι κλινικής σημασίας. Η ανώτερη τιμή της υποκλίμακας Βαρύτητας των Συμπτωμάτων είναι 39 και η τιμή 5 αποτελεί το κατώφλι κλινικής σημασίας. Μια τιμή 25 και άνω, που αποτελεί το άθροισμα των τιμών των 2 υποκλιμάκων (20+5) αναδεικνύει ένα σοβαρά διαταραγμένο μοντέλο διατροφής.

Εκτός από τα παραπάνω ερωτηματολόγια, χορηγήθηκε και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία ζητούνται και στοιχεία για το σωματικό βάρος και το ύψος για τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Ο ΔΜΣ είναι το πηλίκο του βάρους δια του ύψους στο τετράγωνο [$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος (kg)}/\text{Υψος}^2(\text{m})$] και έχει συσχέτιση με το ποσοστό του σωματικού λίπους, χωρίς όμως να λαμβάνει υπ' όψη τη σύσταση του σώματος. Οι τιμές που κυμαίνονται μεταξύ 18.5 kg/m² και 24.9 kg/m² θεωρούνται επιθυμητές, μεταξύ 25 kg/m² και 29.9 kg/m² το άτομο χαρακτηρίζεται ως υπέρβαρο και με ΔΜΣ πάνω από 30 kg/m² θεωρείται παχύσαρκο. Άτομα με ΔΜΣ μικρότερο από 18.5 kg/m² εμφανίζουν επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας Google Forms, ενώ, η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με στατιστική επεξεργασία κάνοντας χρήση του προγράμματος SPSS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά στοιχεία της παρούσας μελέτης περιλάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, τη σχολή και τα χρόνια φοίτησης, την οικογενειακή κατάσταση καθώς επίσης το ύψος και το βάρος των συμμετεχόντων.

Φύλο	Συχνότητα	%
Ανδρας	37	38,1
Γυναίκα	60	61,9
Σύνολο	97	100,0

Πίνακας 1 «Φύλο»

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 97 άνθρωποι, από τους οποίους οι 37 ήταν άντρες και οι 60 γυναίκες (Πίνακας 1), ενώ, η ηλικία τους συγκεντρώνει υψηλότερες τιμές μεταξύ των 18-22 ετών (Πίνακας 2).

Ηλικία	Συχνότητα	%
18-22	66	68,0
23-27	28	28,9
>28	3	3,1
Σύνολο	97	100,0

Πίνακας 2 «Ηλικία»

Από την ανάλυση των δεδομένων, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων φαίνεται να φοιτούν στην ΣΕΥ (Σχολή Επιστημών Υγείας) (66,0%), ενώ, μόλις 9 στους 97 (9,3%) φοιτούν στη ΣΕΔΟ (Σχολή Επιστημών Διοίκησης και Οικονομίας) (Πίνακας 3).

Σχολή	Συχνότητα	%
ΣΕΔΟ	9	9,3
ΣΕΥ	64	66,0
ΣΜ	10	10,3
ΣΓΕ	7	7,2
ΣΜΟΤ	7	7,2
Σύνολο	97	100,0

Πίνακας 3 «Η σχολή»

Αντίστοιχα, όπως προκύπτει από τα δεδομένα περισσότεροι από το 50% του δείγματος διανύουν το τέταρτο έτος σπουδών (Πίνακας 4).

Έτος σπουδών	Συχνότητα	%
1 ^ο έτος	5	5,2
2 ^ο έτος	9	9,3
3 ^ο έτος	17	17,5
4 ^ο έτος	66	68,0
Σύνολο	97	100,0

Πίνακας 4 «Έτος σπουδών»

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων, το 47,4% των συμμετεχόντων φαίνεται να έχει μηνιαία εισοδήματα μεταξύ των ποσών 200-500€, το 29,9% λαμβάνει λιγότερο από 200€, ενώ ένα 22,7% λαμβάνει περισσότερα από 500€.

Εισόδημα	Συχνότητα	%
<200€	29	29,9
200-500€	46	47,4
>500€	22	22,7
Σύνολο	97	100,0

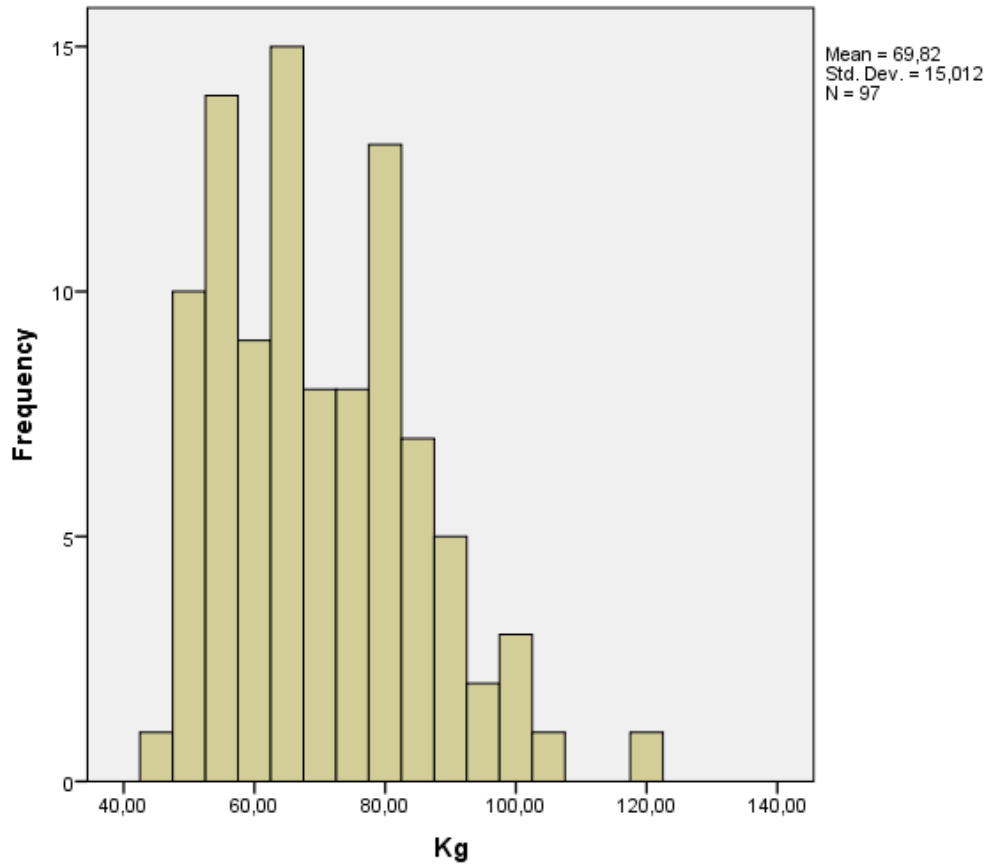
Πίνακας 5 «Εισόδημα»

Από το σύνολο του δείγματος, το 92,8% είναι άγαμοι και άγαμες, ενώ, μόλις ένα 7,2% είναι έγγαμοι και έγγαμες.

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	%
Άγαμος	90	92,8
Έγγαμος	7	7,2
Σύνολο	97	100,0

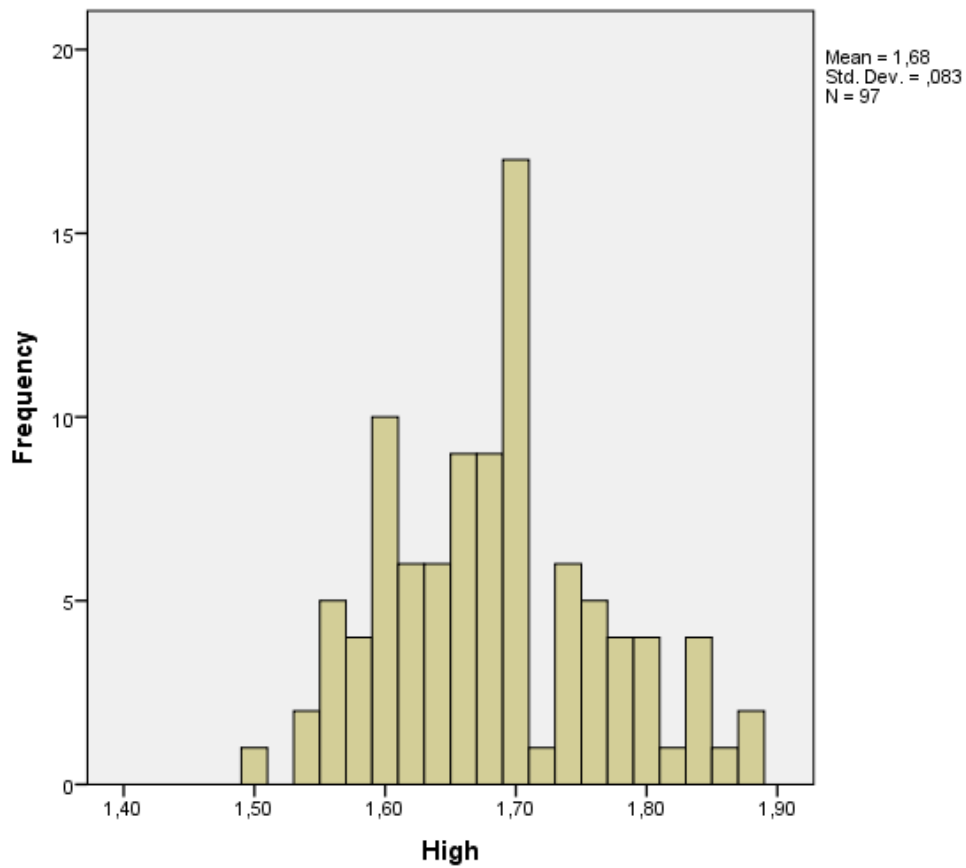
Πίνακας 6 «Οικογενειακή κατάσταση»

Σύμφωνα με το παρακάτω ιστόγραμμα (Σχήμα 1), το μέσο βάρος του δείγματος συγκεντρώνεται περίπου στα 70 kg.



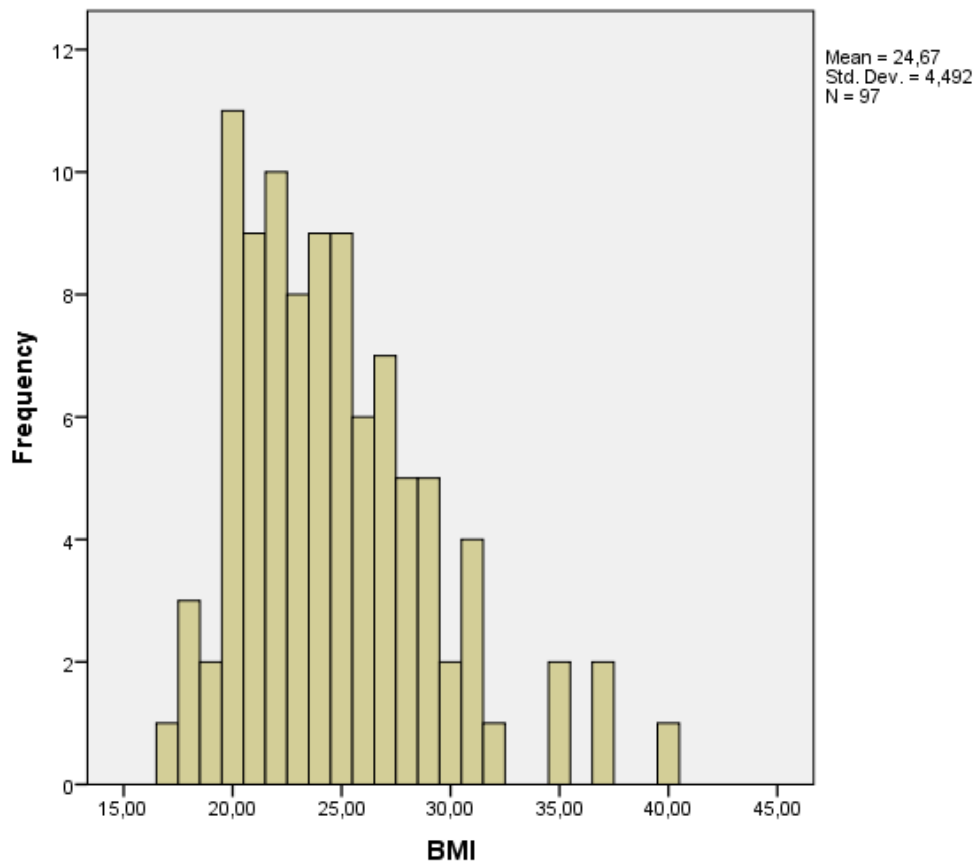
Σχήμα 1 «Ιστόγραμμα βάρους»

Αντίστοιχα, το παρακάτω ιστόγραμμα (Σχήμα 2) δείχνει πως το ύψος του του δείγματος συγκεντρώνεται στα 1,68 εκατοστά.



Σχήμα 2 «Ιστόγραμμα ύψους»

Όπως φαίνεται στο παρακάτω ιστόγραμμα (Σχήμα 3) ο δείκτης μάζας σώματος για τους περισσότερους συμμετέχοντες του δείγματος της παρούσας μελέτης φαίνεται να είναι σε επιθυμητά επίπεδα, αφού το μέσο BMI δεν ξεπερνά το 24,9, παρά αγγίζει την τιμή 24,67.



Σχήμα 3 «Ιστόγραμμα Δείκτη Μάζας Σώματος»

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τη συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την εμφάνιση συμπτωμάτων ανορεξίας.

Group Statistics

	Sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EAT_TOTAL	1	37	18,43	15,917	2,617
	2	60	12,38	10,401	1,343

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EAT_TO TAL	Equal variances assumed	12,184	,001	2,265	95	,026	6,049	2,670	,748	11,350
	Equal variances not assumed			2,057	55,121	,044	6,049	2,941	,155	11,943

Πίνακας 7 «Συσχέτιση φύλου με την εμφάνιση συμπτωμάτων ανορεξίας»

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι για το ερωτηματολόγιο EAT το $p=0,026$, μικρότερο του 0,05. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση της ανορεξίας, μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες να εμφανίζουν συχνότερα τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής (mean=18,43), έναντι των γυναικών (mean=12,38).

Group Statistics					
	Sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BITES_TOTAL	1	37	11,70	6,013	,989
	2	60	12,95	6,939	,896

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BITES_T OTAL	Equal variances assumed	,728	,396	-,904	95	,368	-1,247	1,380	-3,988	1,493
	Equal variances not assumed			-,935	84,593	,352	-1,247	1,334	-3,900	1,405

Πίνακας 8 «Συσχέτιση φύλου και εκτίμησης βουλιμίας»

Στον Πίνακα 8, το ερωτηματολόγιο BITE έχει $p=0,368$, μεγαλύτερο του 0,05. Άρα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση της βουλιμίας, μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες να εμφανίζουν πιο σπάνια τα συμπτώματα της διαταραχής (mean=11,70), έναντι των γυναικών (mean=12,95).

Group Statistics

	BMI	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EAT_TOTAL	>= 24,67	44	17,11	14,680	2,213
	< 24,67	53	12,68	11,267	1,548
BITES_TOTAL	>= 24,67	44	14,77	8,280	1,248
	< 24,67	53	10,57	3,935	,540

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EAT_TOT	Equal variances assumed	4,769	,031	1,682	95	,096	4,434	2,636	-,798	9,667
	AL			Equal variances not assumed	1,642	79,601	,105	4,434	2,701	-,940
BITES_TO	Equal variances assumed	20,352	,000	3,282	95	,001	4,207	1,282	1,662	6,751
	TAL			Equal variances not assumed	3,093	58,922	,003	4,207	1,360	1,485

Πίνακας 9 «Συσχέτιση BMI με την εκτίμηση ανορεξίας και βουλιμίας»

Ο Πίνακας 9 δείχνει ότι για το ερωτηματολόγιο EAT το $p=0,096$, μεγαλύτερο του 0,05. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και την εμφάνιση συμπτωμάτων της ανορεξίας. Άρα όσο υψηλότερο το BMI, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα το άτομο να μην εμφανίσει συμπτώματα ανορεξίας. Όμως, για το ερωτηματολόγιο BITE το $p=0,001$ είναι μικρότερο του 0,05. Επομένως, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον Δείκτη Μάζας Σώματος και την εμφάνιση συμπτωμάτων της βουλιμίας. Άρα, όσο υψηλότερο το BMI, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα το άτομο να εμφανίσει συμπτώματα βουλιμίας.

		Correlations			
		Sex	BMI	EAT_TOTAL	BITES_TOTAL
Sex	Pearson Correlation	1	-,082	-,226*	,092
	Sig. (2-tailed)		,426	,026	,368
	N	97	97	97	97
BMI	Pearson Correlation	-,082	1	,221*	,433**
	Sig. (2-tailed)	,426		,029	,000
	N	97	97	97	97
EAT_TOTAL	Pearson Correlation	-,226*	,221*	1	,366**
	Sig. (2-tailed)	,026	,029		,000
	N	97	97	97	97
BITES_TOTAL	Pearson Correlation	,092	,433**	,366**	1
	Sig. (2-tailed)	,368	,000	,000	
	N	97	97	97	97

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 10 «Συσχετίσεις Φύλου, BMI, Ανορεξίας (EAT) και Βουλιμίας (BITE)»

Στον Πίνακα 10 παρατηρούμε ότι τα ζεύγη μεταβλητών με στατιστικά σημαντική συσχέτιση, τα οποία παρουσιάζουν μέτρια θετική συσχέτιση, είναι το BMI με το EAT ($r=,221$), το BMI με το BITE ($r=,433$) και το EAT με το BITE ($r=,366$), ενώ, το Φύλο με το EAT παρουσιάζει μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r=-,226$).

Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο με υψηλό BMI έχει περισσότερες όσο πιο πολλές πιθανότητες να εμφανίσει συμπτώματα ανορεξίας ή βουλιμίας, ενώ, όταν ένα άτομο εμφανίζει συμπτώματα της μιας διαταραχής είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει συμπτώματα και της άλλης. Αντιστοίχως, σε σχέση με το φύλο φαίνεται να μην υπάρχει συσχέτιση αναφορικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων ανορεξίας σε άνδρες και γυναίκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων του προηγούμενου κεφαλαίου, αποτυπώνει ξεκάθαρα την υφιστάμενη κατάσταση των διατροφικών συνηθειών των φοιτητών και φοιτητριών του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., οι οποίοι κατά μέσο όρο ζυγίζουν περίπου 70 kg με μέσο ύψος τα 1,70 m. Αναλυτικότερα, οι φοιτητές και φοιτήτριες του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. φαίνεται να έχουν τον επιθυμητό Δείκτη Μάζας Σώματος (Μ.Ο. BMI - 24,67), κάτι που δηλώνει ότι πιθανόν ακολουθούν ένα ενδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής ή ενστερνίζονται μέρος διατροφικών συμβουλών από επαγγελματία διατροφολόγο ή το διαδίκτυο.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων του φύλου με τα συμπτώματα της ανορεξίας έδειξαν ότι οι άρρενες φοιτητές εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα ανορεξίας, συγκριτικά με τις γυναίκες, ενώ, οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα την ψυχική διαταραχή της βουλιμίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα πρότυπα της σημερινής τηλεόρασης, τα οποία έχουν ξεκινήσει να παρουσιάζουν τον πολύ αδύνατο άνδρα, ως τον ιδανικό, ενώ ορισμένες τηλεοπτικές εκπομπές παλεύουν να απομυθοποιήσουν τα ίδια πρότυπα για τις γυναίκες. Επιπρόσθετα, βρέθηκε πως όσο υψηλότερο είναι το BMI, το άτομο πιθανόν να εμφανίσει την ψυχική διαταραχή της βουλιμίας και όχι της ανορεξίας.

Αντίστοιχα, μελετώντας τα ζεύγη μεταβλητών, όπως το φύλο, ο BMI, η συμπτωματολογία της ανορεξίας και της βουλιμίας, βρέθηκε ότι όταν ένα άτομο εμφανίζει συμπτώματα ανορεξίας μπορεί ταυτόχρονα να εμφανίζει και συμπτώματα βουλιμίας. Αυτό συμβαίνει λόγω της φύσης των ψυχικών αυτών διαταραχών όπου πχ η ανορεξία μπορεί να έχει ως σύμπτωμα ένα βουλιμικό επεισόδιο ή αντίστοιχα η βουλιμία μπορεί να έχει ως σύμπτωμα τη χρήση μεθόδων που μειώνουν την όρεξη ή/και «αδειάζουν» το στομάχι. Τέλος, σημειώνεται ότι τα ίδια ζεύγη μεταβλητών έδειξαν πως το φύλο δε σχετίζεται με την εμφάνιση των διαταραχών της ανορεξίας και της βουλιμίας. Αυτό σημαίνει πρακτικά πως οι δύο αυτές διαταραχές δύνανται να εμφανιστούν με την ίδια συχνότητα σε άντρες και γυναίκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Crisp, A. H., & Kalucy, R. S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*.

Davison & Johnson. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.

Guest T. (2000). Using the Eating Disorder Examination in the Assessment of Bulimia and Anorexia, Issues of Reliability and Validity. *Social Work in Health Care*, 2000, Journal.

Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia the 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*, 150(1), 18-24.

Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice. *Psychology press*.

Weitzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health and Gender*, 2(2), 186-193.

Αντωνιάδου Π. (2016). *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την νευρική ανορεξία*. Πτυχιακή Εργασία. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Αποστολίδου, Χ. Ι. (2016). *Επίδραση των αντιοξειδωτικών ουσιών του ερυθρού οίνου και της ρεσβερατρόλης στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων σε υγιείς και ασυμπτωματικούς υπερχοληστερολαιμικούς συμμετέχοντες*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Αραϊτζόγλου Ε. (2005). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στην Σύγχρονη Κοινωνία*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Βάρσου, Ε., Τρίκκας, Γ. (1991). *Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό*. Ανακοίνωση στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος.

Βάρσου Ε. (2000). *Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία στο Χριστοδούλου, Γ. και Συνεργάτες (εκδ.) Ψυχιατρική, 1ος τόμος, σελ. 482-496*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Γκαλτέμης Α. (2017). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: Νευρική Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία*. Πτυχιακή Εργασία. Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου.

Γονιδάκης Φ. (2006). *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στο Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ* (Εκδ.) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, πρώτος τόμος, σελ. 377-398, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Ευγενίου, Σ., Παρδάλου, Τ., & Φάναρη, Μ. (2009). *Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. Πτυχιακή εργασία. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης.

Επιστημονικά στατιστικά στοιχεία. (2019). Ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα www.anasa.com.gr στις 01/10/2019.

Καρανικόλα Κ. (2009). *Ψυχογενής Ανορεξία και Διαταραχές Προσωπικότητας*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Κκόλου Α. (2007). *Η σχέση της οικογένειας με τη νευρική ανορεξία στην εφηβική ηλικία*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Κυδωνάκη Κ., Παυλάκη Γ. (2015). *Η αντίληψη των νέων 18-30 ετών για την εικόνα σώματος και η σχέση της με τα στερεότυπα του φύλου και την αυτοεκτίμηση*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Κυπρίδη, Α., & Μητράκου, Μ. (2015). *Νευρική ανορεξία, κόστος και αντιμετώπιση*. Καλαμάτα: ΤΕΙ Πελοποννησίου.

Μάμαλης, Χ. (2016). *Βιβλιογραφική Συσχέτιση μεταξύ Διατροφικών Διαταραχών και Διαταραχών Προσωπικότητας*. Πτυχιακή εργασία. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης.

Μπέλλος, Σ., Σκαπινάκης, Π., Πετρίκης, Π. & Μαυρέας, Β. (2014). *Κατευθυντήριες οδηγίες Ελλήνων εμπειρογνομόνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ενηλίκους*. Ιωάννινα: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.

Μωρογιάννης Φ. (2000). *Διαταραχές Διατροφής και Ψυχοπαθολογία, Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων*. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Οικονομοπούλου Μ. Κ. (2002). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική τους προσέγγιση. *Περιοδικό ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 41(4), 392-397.

Σπηλιωτοπούλου Μ., Τζίβρας Α. (2016). *Ψυχογενής Ανορεξία: Παρεμβάσεις στην πρόληψη και την αντιμετώπιση*. Πτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.

Τσάκα Α. (2018). *Διατροφική αποκατάσταση στη νευρική ανορεξία*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Φαναρά, Μ. (2014). *Διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία. Νευρική ανορεξία-Ψυχογενής βουλιμία-Παχυσαρκία*. Θεσσαλονίκη: ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

Χαρίλα, Ν. (2004). Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό Μοντέλο Ερμηνείας και Παρέμβασης στις Διαταραχές Διατροφής. *Νέα Υγεία*, 45, 5.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ συμμετέχων/ Αγαπητή συμμετέχουσα,

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, της ΣΕΥ, του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ., για τις ανάγκες της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «*Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές στους φοιτητές ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. στο Ηράκλειο Κρήτης*».

Παρακαλούμε θερμά, κατά τη συμπλήρωση του παρόντος, να απαντήσετε ειλικρινά και ανώνυμα σε όλες τις ερωτήσεις. Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για τη συμμετοχή σας και να σας βεβαιώσουμε για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.

Με φιλικούς χαιρετισμούς,

Αλεξάνδρου Αλίκη

Τσολομίτη Σοφία

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία:

- 18-22
- 23-27
- >28

3. Σχολή:

- Επιστημών Διοίκησης & Οικονομίας
- Επαγγελματών Υγείας
- Μηχανικών
- Γεωπονικών Επιστημών
- Μουσικής και Οπτοακουστικών Τεχνολογιών

4. Έτος φοίτησης:

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

5. Μηνιαίο Εισόδημα:

- <200€
- 200-500€
- >500€

6. Βάρος (kg):

7. Ύψος (cm):

8. Οικογενειακή Κατάσταση:

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Σε διάσταση
- Χήρος/α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)

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

	Πάντοτε	Συνήθως	Συνήθως Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Με τρομοκρατεί η σκέψη ότι μπορεί να είμαι βαρύτερη/ος από το κανονικό						
2. Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω						
3. Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού						
4. Μου συμβαίνει να τρώγω κατά κόρον, οπότε αισθάνομαι ότι δεν θα μπορέσω να σταματήσω						
5. Όταν τρώγω, κόβω την τροφή μου σε μικρά-μικρά κομματάκια						
6. Έχω πλήρη επίγνωση για το πόσες θερμίδες περιέχουν οι τροφές που τρώγω						
7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι κλπ)						
8. Πιστεύω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο						
9. Κάνω εμετό μετά το φαγητό						
10. Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχη/ος αφού έχω φάει						
11. Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατη/ος						
12. Σκέφτομαι όταν γυμνάζομαι ότι καίω θερμίδες						
13. Οι άλλοι νομίζουν ότι είμαι πολύ λεπτή/ος						
14. Με απασχολεί πολύ η σκέψη ότι έχω περίσσιο πάχος στο σώμα μου						
15. Κάνω περισσότερη ώρα από τους άλλους να φάω το φαγητό μου						

16.Αποφεύγω τις τροφές που περιέχουν ζάχαρη						
17.Τρώγω διαιτητικές τροφές (ή τροφές διαίτης)						
18.Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου						
19.Ασκώ έλεγχο στον εαυτό μου γύρω από το φαγητό						
20.Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω						
21.Αφιερώνω υπερβολικό χρόνο και σκέψη στο φαγητό						
22.Αισθάνομαι δυσάρεστα όταν φάω γλυκά						
23.Κάνω συστηματικά δίαιτα						
24.Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι						
25.Ευχαριστιέμαι να δοκιμάζω νέα πλούσια φαγητά						
26.Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό						

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ BULIMIC INVESTIGATORY TEST (B.I.T.E.)

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

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Ακολουθείτε ένα κανονικό πρόγραμμα καθημερινής διατροφής;		
2. Είσαστε σε αυστηρή δίαιτα;		
3. Αισθάνεστε αποτυχημένος/η αν παραβιάσετε τη διαίτά σας για μια φορά;		
4. Μετράτε τις θερμίδες από οτιδήποτε τρώτε ακόμα κι αν δεν είστε σε δίαιτα;		
5. Μένετε καμιά φορά νηστικός/η για ολόκληρη μέρα;		

6. Εάν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

- Μέρα παρά μέρα
- 2-3 φορές την εβδομάδα
- Μία φορά τη βδομάδα
- Πότε - πότε

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

	Ποτέ	Σπάνια	1 φορά/ εβδομάδα	2-3 φορές/ εβδομάδα	Κάθε μέρα	2-3 φορές/ μέρα	>3 φορές/ μέρα
Παίρνετε διαιτητικά χάπια							
Παίρνετε διουρητικά χάπια							
Παίρνετε καθαρτικά							
Προκαλείτε έμετο							

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Μήπως το πρόγραμμα της διατροφής σας αναστατώνει πολύ την καθημερινή σας ζωή;		
9. Θα λέγατε πως το θέμα του φαγητού κυριαρχεί στη ζωή σας;		
10. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε τόσο πολύ ώστε να σταματάτε από σωματική δυσφορία;		
11. Υπάρχουν φορές που το μόνο που σκέφτεστε είναι το φαγητό;		
12. Τρώτε μετρημένα μπροστά σε άλλους και κάνετε το αντίθετο στα κρυφά;		
13. Μπορείτε πάντοτε να σταματήσετε το φαγητό σας όταν το θελήσετε;		
14. Σας συμβαίνει καμιά φορά να έχετε ακατανίκητη τάση να τρώτε συνεχώς μέχρι σκασμού;		
15. Όταν έχετε άγχος έχετε την τάση να τρώτε πολύ;		
16. Σας τρομοκρατεί η σκέψη να παχύνετε;		
17. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε μεγάλες ποσότητες τροφής γρήγορα (όχι απλά το φαγητό σας);		
18. Νοιώθετε ντροπή για τον τρόπο που συνηθίζετε να τρώτε;		
19. Στενοχωριέστε για το ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε το πόσο τρώτε;		
20. Καταφεύγετε στο φαγητό για να νοιώσετε καλύτερα;		
21. Μπορείτε να αφήσετε φαγητό στο πιάτο σας στο τέλος ενός γεύματος;		
22. Ξεγελάτε τους άλλους γύρω από την ποσότητα του φαγητού που τρώτε;		
23. Καθορίζεται η ποσότητα του φαγητού που τρώτε από το πόσο πολύ πεινάτε;		
24. Σας συμβαίνει καμιά φορά να καταβροχθίζετε μεγάλες ποσότητες φαγητού;		
25. Εάν ΝΑΙ, αισθάνεστε μετά από κάτι τέτοιο δυστυχισμένος/η;		
26. Αν σας συμβαίνει να τρώτε κατά κόρον, γίνεται αυτό μόνον όταν είστε μόνος/η;		

27. Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

- Πολύ σπάνια
- Μια φορά το μήνα
- Μια φορά τη βδομάδα
- 2-3 φορές τη βδομάδα
- Καθημερινά
- 2-3 φορές την ημέρα

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
28. Θα πηγαίνατε σε μακρινές αποστάσεις προκειμένου να ικανοποιήσετε την ανάγκη να φάτε κατά κόρον;		
29. Όταν παραφάτε νοιώθετε μετά πολύ ένοχος/η;		
30. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε κρυφά;		
31. Είναι οι συνήθειες του φαγητού σας τέτοιες που να τις θεωρείτε κανονικές;		
32. Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι τρώτε με παρορμητικό τρόπο;		
33. Μήπως το βάρος σας αυξομειώνεται περισσότερο από 2-3 κιλά τη βδομάδα;		

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.