

**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ**



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

*« ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ*

*ΗΛΙΚΙΑΣ 18 – 45 ΕΤΩΝ »*



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΒΟΥΛΤΕΨΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ**

**ΣΗΤΕΙΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2011**

**H.T.E.I CRETE**



**ANNEX OF SITIA**

**DEPARTMENT OF NUTRITION AND DIETETICS**

**TOPIC OF GRADUATE STUDY**

« BODY IMAGE PERCEPTION among female population  
between 18 to 45 years old »



**EDITOR: MARGARITA VOULTEPSI**

**RAPPORTEUR: CATHERINE CHARONITAKI**

**SITIA OCTOBER 2011**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

- Περίληψη
- Εισαγωγή

#### **1.0 Εισαγωγικές πληροφορίες για την εικόνα σώματος**

##### **1.1 Ορισμός της εικόνας σώματος**

###### **1.1. α Ιστορική αναδρομή**

###### **1.1. β Διαφορές ανάμεσα στα φύλα και στους πολιτισμούς.**

##### **1.2 Σημαντικές επιρροές στην εικόνα σώματος.**

- Δημογραφικές
- Κοινωνικοπολιτιστικές
- Περιβαλλοντικές (lifestyle)

##### **1.3 Ψυχική υγεία (ορισμός – έννοια) και εικόνα σώματος**

##### **1.4..Συναισθήματα και διαταραχές στη λήψη τροφής**

##### **1.5 Πηγές θετικών και αρνητικών συναισθημάτων στην εμπειρία του φαγητού**

##### **1.6 Καθρέφτης και είδωλο**

###### **1.6.α Ανεστραμμένο ή κανονικό;**

###### **1.6.β Συναισθήματα μπροστά στην θέα του σώματος**

###### **1.6.γ Εικόνα σώματος και αυτό-αξία. Ορισμός της αυτοεκτίμησης**

###### **1.6.δ Επίγνωση της εικόνας σώματος.**

###### **1.6.ε Οπτικά ερεθίσματα**

1.6.ζ Τα 'παιχνίδια' του εγκεφάλου ( μέσω της τέχνης)

2.0 Εικόνα σώματος κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές

2.1 Νευρική Ανορεξία - Νευρική Βουλμία

2.2 Διαστρέβλωση συγκεκριμένων σημείων του σώματος

2.3 Ο φαύλος κύκλος ντροπής – ενοχής / υπερηφάνειας στην ανάπτυξη και διατήρηση της ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών

3.0 Θεραπευτικές προσεγγίσεις διαταραγμένης εικόνας σώματος

3.1 Γνωσιακές - Συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

3.2 Διατροφική παρέμβαση

## **Β' ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

### Μεθοδολογία

1. Δείγμα
2. Ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων – Σωματομετρικοί δείκτες
3. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων - Ερωτηματολόγιο / Περιορισμοί έρευνας

### Αποτελέσματα/ Συμπεράσματα / Συζήτηση

- Αναλύσεις - συσχετίσεις
- Σύγκριση αποτελεσμάτων με παρόμοια ερευνητικά δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας
- Προτάσεις για μελλοντικές εφαρμογές

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

- Περίληψη

Σκοπός της πτυχιακή αυτής εργασίας, είναι να διερευνήσει τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι γυναίκες το σώμα τους και κατά πόσο η αντίληψη αυτή επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους.

Πρόκειται για επιλογή 100 ερωτηματολογίων από τον συνολικό αριθμό των 45.000, συμπληρωμένων την χρονική περίοδο 1996-2006 στο ιδιωτικό γραφείο του διαιτολόγου-διατροφολόγου κ. Ευάγγελου Ζουμπανέα, πρόεδρο της επιστημονικής ομάδας *Διατροφή*, στη Νέα Ιωνία Αττικής.

Η επιλογή αφορά μόνο γυναικείο πληθυσμό, ηλικίας 20-45 ετών από όλη την Ελλάδα.

Έγιναν συσχετίσεις μεταξύ του κοινωνικού, διαιτολογικού και ψυχολογικού ιστορικού των ερωτηματολογίων, οι οποίες αναλύθηκαν με βάση το στατιστικό πακέτο Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, release 14, 2005, SPSS, Chicago, Illinois).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, βρέθηκε να υπάρχει υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $,234^*$ ) ανάμεσα στην ηλικία και στο αν συγκρίνουν το σώμα τους με τα σώματα των άλλων; Δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται η αγωνία για την εικόνα σώματος.

Ακόμη ότι υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ( $-,262^{**}$ ) ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και στη φυσική δραστηριότητα. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται το ένα, τόσο μειώνεται το άλλο.

Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει (απλή) αρνητική συσχέτιση ( $-,234^*$ ) ανάμεσα στην συνήθεια των γυναικών να κρύβουν το σώμα τους με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα και στη φυσική δραστηριότητα. Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα μειώνεται το άλλο και το αντίστροφο καθώς επίσης και ότι υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ( $-,280^{**}$ ) ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος και στην μειωμένη ποιότητα κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής των γυναικών του δείγματος. Δηλαδή όσο αυξάνεται ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), τόσο μειώνεται η ποιότητα της κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής των γυναικών του δείγματος.

Βρέθηκε επίσης (απλή) θετική συσχέτιση ( $,210^*$ ) ανάμεσα στην καθημερινή συνήθεια του πρωινού και στη φυσική δραστηριότητα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι βρέθηκε να υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $,219^*$ ) ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και στη φυσική δραστηριότητα των γυναικών. Πράγμα που σημαίνει ότι όσο πιο μορφωμένο είναι το άτομο (ανώτατη εκπαίδευση, μεταπτυχιακό), τόσο αυξάνεται το επίπεδο της φυσικής του δραστηριότητας.

Ακόμη ισχυρή θετική συσχέτιση ( $,396^{**}$ ) υπάρχει ανάμεσα σε διαστήματα ακραίων διατροφικών συμπεριφορών, δηλαδή το να τρέφονται αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία και το να εναλλάσσεται αυτή η περίοδος με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο. Αυτό συσχετίζεται με το γεγονός ότι γυναίκες του δείγματος οι οποίες κάποια στιγμή στη ζωή τους είχαν απότομη απώλεια βάρους, ζουν περιόδους που τρέφονται πάρα πολύ αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία. Βρέθηκε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $,226^*$ ) Όσο αυξάνεται το ένα, τόσο αυξάνεται και το άλλο.

Βρέθηκε επίσης ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ( $,290^{**}$ ) ανάμεσα στην αγωνία για την εξωτερική εμφάνιση και το ότι αυτό το 'πρόβλημα', επηρεάζει τη στάση σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα). Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο.

Υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $,198^*$ ) ανάμεσα στο αν έχουν προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα και αν πιστεύουν ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση τους σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα).

- Summary

The purpose of this thesis work is to explore how women perceive their own bodies and how this perception affects the quality of life.

This selection of 100 questionnaires from the total number of 45,000, completed the period 1996-2006 in private practice dietitian-nutritionist, Mr. Evangelos Zoumpanea, President of Scientific Panel of *Nutrition*, in Nea Ionia, Athens.

The choice includes only women aged 18-45 years from all over Greece.

There were correlations between social, psychological and dietary history questionnaires, which were analyzed by the statistical package: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, release 14, 2005, SPSS, Chicago, Illinois).

According to the survey results, was there any (simple) positive correlation (, 234 \*) between age and if they are compare their bodies with the bodies of others. Ie, as age increases, so does anxiety about the picture body.

Even with a strong negative correlation (-, 262 \*\*) between body mass index (BMI) and physical activity. This means that as one increases, the less the other.

It was found (simple) negative correlation (-, 234 \*) between the habit of women to hide their bodies with baggy or loose clothing and physical activity. So as one increases the other decreases and vice versa and also that there is a strong negative correlation (-, 280 \*\*) between body mass index and reduced quality of social and sexual life of women in the sample. Ie with increasing body mass index (BMI), both reduced the quality of social and sexual life of women in the sample.

It was also found (simple) positive correlation (, 210 \*) between the daily routine of breakfast and physical activity.

Remarkable is the note that there was a (simple) positive correlation (, 219 \*) between level of education and physical activity for women. This means that the more educated a person is (higher education, graduate), the higher the level of physical activity.

Even a strong positive correlation ( $r = .396^{**}$ ) exists between periods of extreme eating behaviors, ie be fed strictly on their own initiative and to alternate this season with periods of excessive food consumption. The more one increases, so does the other. This correlates with the fact that women in the sample that at some point in their lives had rapid weight loss, periods of feeding live very strict on their own initiative. It was found that there is (simple) positive correlation ( $r = .226^*$ ) With increasing a, the greater the other.

Also found a strong positive correlation ( $r = .290^{**}$ ) between the anxiety about appearance and that this 'problem' affects attitudes in different life situations (eg, labor, love, friends). ie increases as one increases, so does the other.

There is a (simple) positive correlation ( $r = .198^*$ ) between whether they cause vomiting after a meal and if they think this "problem" affects their attitude in various life situations (eg. labor, love, friends).



- Εισαγωγή

Στον δυτικό κόσμο υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον επικεντρωμένο στην εικόνα σώματος. (Field AE et. Al 2005, Demarest J, Allen R. 2000)

Ως εκ τούτου, τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ραγδαίο ενδιαφέρον από την ακαδημαϊκή κοινότητα όσον αφορά το θέμα αυτό. (Kourlaba G, et. al 2008). Πολλοί παράγοντες εμπλέκονται και επηρεάζουν την αντίληψη εικόνας σώματος, όπως: κοινωνικο-δημογραφικοί (ηλικία, φύλο, χώρα), ψυχοκοινωνικοί (στρες), κοινωνικοί, ποιότητα ζωής (lifestyle), διατροφικοί. (Kourlaba G, et. Al 2009, Wykes M, Gunter B. 2005).

Η διαταραχή της εικόνας σώματος είναι η στρέβλωση της αντίληψης, της συμπεριφοράς, ή της γνώσης που σχετίζονται με το βάρος ή το σχήμα του σώματος (Posavac SS, Posavac HD 2002) και μπορεί να εξελιχθεί σε μια κοινή κλινική διαταραχή (Posavac SS, Posavac HD 2002, Fisak B Jr, et. al 2007).

Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ συναισθηματικής κατάστασης και το ποσό της προσλαμβανόμενης τροφής. Το κίνητρο ενός ατόμου να φάει, όπως επίσης η ποσότητα, η συχνότητα, και η επιλογή της τροφής επηρεάζονται από μεταβλητές όχι απαραίτητα άμεσα σχετιζόμενες με τις φυσιολογικές του ανάγκες ή την θρεπτική αξία των τροφίμων. (Booth, D. A. 1994). Αυξημένη κατανάλωση τροφίμων, αναφέρεται κατά τη διάρκεια της πλήξης, κατάθλιψης και κόπωσης, καθώς και χαμηλότερη κατανάλωση τροφίμων κατά τη διάρκεια φόβου, έντασης και πόνου. Mehrabian, A. (1980). Έχουν υπάρξει πολυάριθμες έρευνες σχετικά με την διαταραγμένη εικόνα σώματος και τα αισθήματα ανεπάρκειας, καθώς επίσης και τους ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές παθήσεις. (Erol, et.al 2006, Lorenzo, C. R., et. Al 2002).

Τα τελευταία χρόνια η 'επίγνωση σώματος' έχει αναδειχθεί ως αντικείμενο επιστημονικής έρευνας σε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων υγείας. Παρόλο που είναι δύσκολο να οριστεί επακριβώς, ωστόσο περιλαμβάνει την συνειδητοποίηση των εσωτερικών αισθήσεων του σώματος Bekker MH, et. Al 2008, Haugstad GK, et.al 2006) Δύο πτυχές δυσλειτουργικής εικόνας σώματος διακρίνουμε, την διαστρέβλωση της αντίληψης και την δυσαρέσκεια για το σώμα. (Cash, T. F., & Brown, T. A. 1987, Cash, T. F., & Deagle, E. A., III 1997, Schlundt, D. G., & Bell, C. 1993, Thompson, J. K. 1990).

Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών έχει βοηθήσει στην ανάπτυξη ψυχολογικών εργαλείων (Harper, M. E. et al (2003) μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών (Dickson-Parnell, B., et. Al 1987). με όλο και πιο βελτιωμένων λογισμικών και εικονικής πραγματικότητας ( 3D, γραφικά, κ.α). (Benson, P. J., 1999, Shibata, S. 2002, Riva, G. 1997, Riva, G. 1998).

Οι πρόσφατες εξελίξεις στην πειραματική επιστήμη έχουν καταστήσει δυνατό, οι νευροεπιστήμονες να αρχίσουν να διερευνούν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε το σώμα μας ως ένα αντικείμενο διαφορετικό από τον εξωτερικό κόσμο, (Jeannerod M 2003) αλλά και συγκεκριμένα σημεία του σώματός μας, για τα οποία έχουμε κάποια δυσαρέσκεια. Letosa-Porta A, et. al. 2005)

Αξιόλογη είναι και η συμβολή της τέχνης, όσον αφορά το ζήτημα της υποκειμενικότητας στην αντίληψη. Καλλιτέχνες όπως ο Εσσερ, τονίζοντας την σημασία της προοπτικής και της γεωμετρίας, θέλουν να δείξουν την διαφορετικότητα των έργων τους, μέσω της εσωτερικής διάθεσης του θεατή (συναισθήματα), αλλά και εξωτερικών παραγόντων

(συγκεκριμένες θέσεις, φως, χρώμα, περιβάλλον κ.α) Hubel DH. 2002, Marck KW 2002).

Επίσης διατροφικές διαταραχές μπορούν να αναπτυχθούν και να διατηρηθούν μέσα από τον φαύλο κύκλο των συναισθημάτων: *‘υπερηφάνειας-ντροπής’* Goss, K.P., & Gilbert, P. (2002).

Η επαναλαμβανόμενη κριτική εξέταση του σώματος όσον αφορά το μέγεθος, το σχήμα και το βάρος ενός ατόμου είναι ένα χαρακτηριστικό των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. Η συμπεριφορά αυτή έχει ενσωματωθεί στην περιγραφή των διατροφικών διαταραχών. (Wilson G.T., editors. 1993) Μία νέα *‘βελτιωμένη έκδοση’* της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας τεσσάρων σταδίων, φαίνεται να έχει αποτέλεσμα. Murphy R, et. al. (2010) Η διατροφή αποδεδειγμένα εμπλέκεται με τη διάθεση και τη συμπεριφορά. (Simon N. Young 2002).

## Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

##### 1.1 Ορισμός της εικόνας σώματος

Είναι πολλές οι βιβλιογραφικές αναφορές που επιβεβαιώνουν τη σημασία της σωματικής εικόνας για την διατήρηση της καλής ψυχικής και σωματικής υγείας.

Η εικόνα σώματος για τον κάθε άνθρωπο μπορεί να είναι θετική ή αρνητική και έχει συνδεθεί με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Η θετική εικόνα σώματος συνδέεται με θετικά συναισθήματα (αυτοσεβασμός, αυτοεκτίμηση, αισιοδοξία, ευεξία), ενώ η αρνητική εικόνα σώματος συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, μειωμένο αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία, κακή διάθεση. (Fairburn, et., al, 1998).

Αναφερόμενοι στην «εικόνα σώματος» εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, αλλά και τον τρόπο επίσης με τον οποίο τον αντιλαμβάνονται τα άλλα άτομα. (Cash, T.F, and Pruzinsky, T, 1990). Σύμφωνα με τον Schilder P.F. (1935), είναι η νοητική αναπαράσταση που το κάθε άτομο έχει για το σώμα του.

Διακρίνονται δύο πτυχές δυσλειτουργικής εικόνας σώματος, η διαστρέβλωση της αντίληψης και η δυσαρέσκεια για το σώμα. (Cash, T. F., & Brown, T. A. 1987; Cash, T. F., & Deagle, E. A., III 1997; Schlundt, D. G., & Bell, C. 1993; Thompson, J. K. 1990).

Η εικόνα που έχει στο μυαλό του κάθε άτομο για το σώμα του και την εμφάνισή του είναι κάτι πιο περίπλοκο από αυτό που βλέπουν οι άλλοι ή ακόμα και από αυτό που βλέπει το ίδιο το άτομο στον καθρέφτη. Σπανίως δε, η εικόνα αυτή για το σώμα του μπορεί να προσεγγίζει την πραγματική σωματική του κατάσταση.

Έχει τέσσερις (4) διαστάσεις:

**α) την ρεαλιστική**, η οποία μιλάει για το τί ακριβώς βλέπει κάποιος στον καθρέφτη. Ανάλογα δηλαδή με αυτό που απεικονίζεται στον καθρέφτη, αυτό είναι, όσον αφορά το σώμα του.

**β) την ψυχολογική διάσταση.** Στην ψυχολογική διάσταση εμπλέκεται ο ψυχισμός (συναισθήματα, συμπεριφορές, σκέψεις, εμπειρίες) του ατόμου. Η διάσταση αυτή είναι καθαρά υποκειμενική.

**γ) την κοινωνική διάσταση,** η οποία σχετίζεται με το πώς θεωρεί το άτομο, ότι οι άλλοι αντιλαμβάνονται την σωματική του εικόνα και

**δ) την ιδανική διάσταση,** κατά την οποία το σώμα του κάποιος το βλέπει κατά πως θα «έπρεπε» να είναι, μέσω συγκρίσεων με άλλα πρότυπα και την ταύτιση με σώματα άλλων ατόμων, ανεξάρτητα με το εάν αυτό ανταποκρίνεται ή όχι στην πραγματικότητα. (Burns, 1982)

Σε αντίθεση με το σωματικό σχήμα που είναι καταρχήν το ίδιο για όλα τα άτομα (της ίδιας ηλικίας και ιδίου γεωφυσικού περιβάλλοντος), η εικόνα του σώματος είναι προσωπική στον καθένα. Η εικόνα του σώματος είναι κατεξοχήν ασυνείδητη και αποτελεί τη ζωντανή σύνθεση όλων των συναισθηματικών εμπειριών του ατόμου. (Bick, E. 1968)

Οι ερευνητές στην περιοχή αυτή χρησιμοποιούν και άλλους όρους ανάλογα με τα σημεία που θέλουν να τονίσουν περισσότερο και ανάλογα με τις περιοχές που εργάζονται (πχ. body concept, body awareness, body schema)

Το 'σωματικό σχήμα' είναι η συνείδηση της ενότητας του σώματος, η δυναμική των αισθήσεων που μας επιτρέπουν να αντιληφθούμε τη θέση των μελών του σώματός μας. (Grider, C. 1981). Είναι μια δεδομένη πραγματικότητα, (F. Dolto 1985), το σαρκικό μας βίωμα σε επαφή με τον φυσικό κόσμο. Το σωματικό σχήμα καθορίζει το άτομο ως εκπρόσωπο του ανθρώπινου είδους **ανεξαρτήτως τόπου, χρόνου ή των συνθηκών κάτω από τις οποίες ζει.** (Paillard, J. 1982)

Για την Φρανσουάζ Ντολτό η εικόνα του σώματος είναι προσωπική στον καθένα, δεδομένου ότι συνδέεται με τον ίδιο και τις εμπειρίες του. Είναι, κατεξοχήν, ασυνείδητη και εν μέρει προσυνείδητη, μόνο όταν εκφράζεται έμμεσα μέσω του λόγου. Είναι επίκαιρη, ζωντανή, δυναμική. Δομείται μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις, αφού πρώτα το βρέφος έχει διαχωρίσει τον εαυτό του από τη μητέρα του. Στο ίδιο άτομο μπορεί να συνυπάρχουν σωματικό σχήμα ανάπηρο και εικόνα σώματος υγιής, αλλά και το αντίστροφο. Για παράδειγμα, όταν κάποιος είναι ανάπηρος και δεν μπορεί να περπατήσει, από οργανική άποψη, έχει σωματικό σχήμα ανάπηρο αλλά εικόνα σώματος υγιή διότι γνωρίζει ότι δεν μπορεί να περπατήσει.

Αντίθετα, υπάρχει περίπτωση να είναι κάποιος ικανός φυσιολογικά να περπατήσει αλλά να βιώνει την αίσθηση ότι δεν είναι σε θέση να το κάνει, δηλαδή να έχει εικόνα σώματος διαταραγμένη (Dolto F, 1999).

Εκτός από την εικόνα σώματος, υπάρχει και η 'εικόνα του εαυτού' (self-concept). Πρόκειται για ένα σύνθετο εννοιολογικό δόμημα, το οποίο περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές, με δύο βασικές συνιστώσες, την αυτό-εικόνα (self-image) και την αυτοεκτίμηση (self esteem). (Harter 1999).

Ο όρος εαυτός αντιπροσωπεύει μια δυαδική οντότητα η οποία είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του εξωτερικού και του εσωτερικού κόσμου του ατόμου (Pervin L, John O, 1999).

Σαν αντίληψη χαρακτηρίζεται η σύνθετη ψυχολογική διαδικασία με την οποία το άτομο αναλύοντας τα χαρακτηριστικά ενός ερεθίσματος, συνθέτοντάς τα, συσχετίζοντάς τα και με τις προηγούμενες εμπειρίες του, ερμηνεύει ή αντιλαμβάνεται τα μηνύματα του εξωτερικού κόσμου. Είναι μια κατεξοχήν γνωστική λειτουργία και σαν τέτοια επηρεάζεται, τόσο από τους εσωτερικούς παράγοντες του ατόμου, όσο και από τους εξωτερικούς-περιβαλλοντολογικούς. Ο άνθρωπος δέχεται ένα σύνολο ερεθισμάτων και από αυτά επιλέγει και πράγματι αντιλαμβάνεται ό,τι θέλει, ό,τι επιθυμεί, ό,τι νομίζει ότι δίνει απάντηση στα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες του. ( Καλούρη- Αντωνοπούλου 2001).

### **1.1.α Ιστορική αναδρομή**

Διαφορετικά σχήματα σώματος υπήρξαν της μόδας για τις γυναίκες ανά εποχές. Ως παραδείγματα προσαρμογής της γυναικείας φόρμας, μπορούν να αναφερθούν το σπάσιμο των δακτύλων στην αρχαία Κίνα, το τέντωμα των χειλιών στην Αφρική και οι κορσέδες τον 19<sup>ο</sup> αιώνα οι οποίοι πίεζαν τα γυναικεία εσωτερικά όργανα για να ξεχωρίζουν. Μόνο έναν αιώνα πριν, το ιδανικό γυναικείο σώμα ήταν το αντίθετο από αυτό που είναι σήμερα. Οι ρυτίδες και η σημερινή κυτταρίτιδα ήταν όμορφες. Το πάχος θεωρούνταν σημάδι ενέργειας και υγείας. Η λεπτή σιλουέτα του σήμερα θεωρούνταν ασθενική και μια τέτοια νύφη δεν «έπιανε πολλά λεφτά».

Περίπου στην αλλαγή του αιώνα η λεπτότητα έγινε περισσότερο της μόδας. Παρ' όλα αυτά το λεπτό του τότε θα θεωρούνταν παχύ, για τα σημερινά δεδομένα. Μέχρι τη δεκαετία του 1920, το σχήμα της Βικτωριανής κλεψύδρας έδωσε τη θέση του στη γυναίκα με το λεπτό, ασχημάτιστο σώμα που έδενε το στήθος της για να καταφέρει να έχει την εμφάνιση σανίδας που ήταν η καλή εμφάνιση για το Charleston.

Όπως ο κορσές είναι τεχνολογικό επίτευγμα, έτσι και η αισθησιακή Marilyn Monroe στη δεκαετία του 1950 έθεσε ένα καινούριο πρότυπο για τις γυναίκες. Τώρα έπρεπε να αναδομήσουν τις καμπύλες που προσπαθούσαν να αποφύγουν και να εμποδίσουν.

Στη δεκαετία του '60 είχαμε την Twiggy με ύψος 1.65m. και βάρος 42 kg. Λίγες είναι οι γυναίκες σήμερα στα 40 τους χρόνια που δεν μπορούν να θυμηθούν να προσπαθούν να χωρέσουν ένα γυναικείο σώμα σε ένα τζην σχεδιασμένο για ασχημάτιστο αγόρι (στο μέγεθος της Twiggy). Στη δεκαετία του '80 η ιδανική ομορφιά συνέχισε να είναι λεπτή αλλά απαιτούσε σώμα σε φόρμα. Οι γυναίκες όφειλαν εκτός από δίαιτα να προσθέσουν στο πρόγραμμά τους και άσκηση για να πετύχουν την σωστή εμφάνιση. Σήμερα το ιδανικό συνδυάζει τόσο αντίθετα πράγματα όπως είναι το ερωτικό σοφιστικέ ύφος με το απλοϊκό αθώο και την ντελικάτη χάρη με την αρρενωπότητα, την ωριμότητα με τη νιότη. Στη δεκαετία του 1990 το ιδανικό είναι πολύ λεπτό με μεγάλο στήθος, ένας σχεδόν αδύνατος συνδυασμός για τις Αμερικανίδες. Οι πιέσεις για την ικανοποίηση συγκρουόμενων απαιτήσεων καθώς και το να φτάσεις την εικόνα του ιδανικού σώματος είναι στρεσογόνες και έχουν ως αποτέλεσμα η πλειοψηφία των γυναικών στον δυτικό κόσμο να υποφέρει από αρνητική εικόνα σώματος. (Freidman R, 1998)

### **1.1.β Διαφορές ανάμεσα στα φύλα και στους πολιτισμούς.**

Στο πέρασμα της ιστορίας και μέχρι σήμερα, μια βασική πεποίθηση της κουλτούρας μας είναι ότι οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν έναν συγκεκριμένο τύπο σώματος. Αντίθετα, στο αντρικό σώμα έχει δοθεί λιγότερη προσοχή και αναμένονται λιγότερες αλλαγές. Ίσως επειδή οι γυναίκες ήταν εξαρτημένες, η εμφάνισή τους συχνά, λειτουργούσε σαν αντανάκλαση των ικανοτήτων των αρσενικών 'προστατών' τους. Οι γυναίκες που έχουν επιτυχημένους προστάτες θα έχουν τις πηγές, τον χρόνο και τα μέσα να επιδιώξουν την ιδανική φυσική εμφάνιση. (Freidman R, 1986)

Ιστορικά, η ελκυστικότητα ήταν η μόνη πηγή διαπραγμάτευσης που είχαν οι γυναίκες για να αποκτήσουν πρόσβαση σε πηγές ελεγχόμενες από άντρες. Αυτό οδήγησε σε ανταγωνισμό τις γυναίκες μεταξύ τους στο να φτάσουν την ιδανική ομορφιά και να δρέψουν τα συνδεδεμένα οφέλη.

Παρόλη την πρόοδο που σημειώθηκε από το Γυναικείο Κίνημα, η εμφάνιση παραμένει συνυφασμένη με την ταυτότητά τους, την κοινωνική επιτυχία, τις οικονομικές επιδιώξεις και επιτεύγματα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους άντρες των οποίων η εικόνα του εαυτού βασίζεται περισσότερο στις δραστηριότητες και τα επιτεύγματά τους. (Grogan S., 2008)

Η διαίρεση των φύλων και ειδικότερα οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα υπήρξαν εδώ και αρκετές δεκαετίες ένα θέμα που απασχόλησε πολύ επιστήμονες και ερευνητές από όλες τις κοινωνικές επιστήμες. Παρ' όλο που οι πραγματικές διαφορές ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες είναι ελάχιστες, οι περισσότεροι άνθρωποι επηρεάζονται σημαντικά από την ταυτότητα του φύλου τους και αναπτύσσουν ανάλογα χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές. Ταυτότητα φύλου ονομάζεται το ιδιαίτερο συναίσθημα που αποκτά ένα παιδί όταν συνειδητοποιεί ότι ανήκει στο ένα ή στο άλλο φύλο (Νασιάκου, 1979).

Έτσι κατά τη διάρκεια της εφηβείας προσδιορίζονται τα φυσικά και συναισθηματικά στερεότυπα διαμόρφωσης των δυο φύλων. Για τα κορίτσια είναι σημαντική η ελκυστικότητα η οποία ιδιαίτερα στη Δύση είναι συνδεδεμένη με ένα λεπτό σώμα, αντίθετα τα αγόρια θεωρούν ιδανικό ένα σώμα μεσόμορφου τύπου το οποίο όμως είναι περισσότερο μυώδες. (Smolak, Levine, & Thompson, 2001)

Θεωρητικά τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια όταν δεν επιτύχουν να διαμορφώσουν ένα ιδανικό σώμα μπορεί να παρουσιάσουν ένα αίσθημα δυσαρέσκειας. Βασικό χαρακτηριστικό για τα κορίτσια είναι η εσωστρέφεια ενώ παράλληλα εμφανίζουν απόκλιση μεταξύ ιδανικού και πραγματικού σώματος λόγω της αύξησης του λιπώδους ιστού. (McCarthy, 1990) Επιπλέον, σε αυτή την ηλικία προσδιορίζουν τη γυναικεία τους ταυτότητα δίνοντας έμφαση στην εμφάνισή τους. (Jones, 2004 ) Από την άλλη πλευρά τα αγόρια εκτός από εσωστρέφεια παρουσιάζουν και χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτό τελικά τα οδηγεί σε αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (ιδιαίτερα ασκήσεις με βάρη) για να επιτύχουν ένα πιο μυώδες σώμα. (McCreary & Sasse, 2000),

Σε μια πρόσφατη έρευνα (2006) που διενεργήθηκε σε δείγμα 428 εφήβων (κορίτσια και αγόρια) βρέθηκε ότι υπήρχε αύξηση όσον αφορά τη διαταραγμένη εικόνα σώματος στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Επίσης, ήταν εμφανές ότι η αύξηση αυτή είχε άμεση σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον, τον έλεγχο των συναισθημάτων, το διαιτητικό περιορισμό, το πρότυπο του ιδανικού σώματος καθώς και το BMI. ( Bearman et al, 2006) Άλλη μια μελέτη εξέτασε την αλλαγή στο αίσθημα δυσαρέσκειας, σχετικά με την εικόνα σώματος σε χρονική διάρκεια 2 ετών.

Το δείγμα περιελάμβανε 54 μαθητές ηλικίας 10 ετών στο πρώτο στάδιο και 12 ετών στο δεύτερο στάδιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Τα κορίτσια παρουσίασαν επιδείνωση του αισθήματος δυσαρέσκειας στο δεύτερο στάδιο σε σχέση με τα αγόρια από τις αλλαγές που αφορούσαν την εικόνα σώματος τους
- Η δυσαρέσκεια που είχαν τα κορίτσια αφορούσε κυρίως το σχήμα σώματος και όχι την αυτοεκτίμηση (Hargreaves & Tiggemann, 2002)

Πρόσφατες λειτουργικές μελέτες απεικόνισης (MRI) αποκαλύπτουν τη βασική συμμετοχή του **διάμεσου προμετωπιαίου φλοιού (mPFC)** του εγκεφάλου στις διαδικασίες της αυτο-αξιολόγησης. Τα πρόσθετα συμπεριφοριστικά στοιχεία προτείνουν τις σημαντικές διαφορές φύλων στην ευαισθησία και στους κοινωνικούς κανόνες καθώς και στις πληροφορίες για το σώμα. Το σημείο αυτό του εγκεφάλου των γυναικών παρουσιάζει έντονη δραστηριότητα στη θέα υπέρβαρων σωμάτων σε σχέση με εκείνο των ανδρών.

Είναι γνωστό ότι τα ιδανικά σωματικά πρότυπα αλλάζουν από εποχή σε εποχή αλλά και από πολιτισμό σε πολιτισμό. (Burns, 1979) Έρευνα η οποία διεξήχθη στην Αμερική το 1990, προβάλλει πειστικές αποδείξεις ότι η παχυσαρκία και το υπέρβαρο αποδέχονται πιο θετικά σε μη-λευκές ομάδες πληθυσμού. (Harris, et. Al.1991). Αναφέρθηκε ότι Αφρό-Αμερικανοί συμμετέχοντες (άντρες και γυναίκες), ήταν περισσότερο θετικοί όσον αφορά τις υπέρβαρες γυναίκες απ' ότι οι αμιγώς λευκοί Αμερικανοί. Μαύροι Αμερικανοί, ήταν πιο πιθανό να θέλουν ραντεβού από υπέρβαρες γυναίκες καθώς και να τις θεωρήσουν σεξουαλικά ελκυστικές, απ' ότι λευκοί Αμερικανοί. Οι Harris et. al (1991) επίσης βρήκαν ότι παχύσαρκες Αφρό-Αμερικανίδες (μαύρες) είχαν μια πιο θετική εικόνα σώματος απ' ότι παχύσαρκες αμιγώς Αμερικανίδες (λευκές). Επίσης οι γυναίκες αυτές επιθυμούσαν λιγότερο την απώλεια βάρους. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε βρετανική έρευνα. Οι Jane Wardle και Louise Marsland (1990), βρήκαν ότι λιγότερα Αφρό-Καραϊβικής καταγωγής κορίτσια, καθώς επίσης και λιγότερα Ασιατικής-Βρετανικής καταγωγής κορίτσια, απ' ότι λευκά κορίτσια επιθυμούσαν να χάσουν βάρος. Σε μία άλλη έρευνα (Jane Wardle et. al. 1993), μελετήθηκε η εικόνα σώματος και τα διαιτητικά ενδιαφέροντα σε ένα δείγμα από 274 κορίτσια λευκά και Ασιατικής-Βρετανικής καταγωγής, ηλικίας 14-22 ετών. Η ασιατικής καταγωγής γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να περιγράψουν τον εαυτό τους ως παχύ, λιγότερο μη-ικανοποιημένες με το σωματικό τους μέγεθος, λιγότερο πιθανό να θέλουν να χάσουν βάρος και είχαν τέλος λιγότερες πιθανότητες να κάνουν δίαιτα.



Μερικές από αυτές τις διαφορές, ήταν το αποτέλεσμα γενικότερα χαμηλότερου σωματικού βάρους στο ασιατικό γκρουπ. Ωστόσο, όταν οι ερευνητές μελέτησαν τις επιπτώσεις του σωματικού μεγέθους, βρήκαν ότι οι λευκές γυναίκες εκτίμησαν το στομάχι τους, τους μηρούς και τους γλουτούς τους ως σημαντικά μεγαλύτερους απ' ότι τα ίδια σημεία οι ασιατικής καταγωγής γυναίκες ίδιου σωματικού μεγέθους.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτά τα αποτελέσματα ίσως αποδεικνύουν πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στα δύο γκρουπ. Επίσης ότι το σχήμα του σώματος δεν αγγίζει-συγκινεί το ασιατικό γκρουπ και/ή παχυσαρκία ίσως να μην στιγματίζει όπως στο λευκό γκρουπ.

Ωστόσο η βιβλιογραφική έρευνα τα τελευταία χρόνια παραθέτει το γεγονός ότι και η Ανατολή έχει δυστυχώς αρχίσει να επηρεάζεται από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς. Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι αυτή η κατάσταση έχει εμφανιστεί ακόμα και σε νέες Ασιάτισσες.

Η απεικόνιση των εξωφρενικά λεπτών γυναικών σε διαφημίσεις για σχεδόν όλα τα είδη των εμπορικών προϊόντων, συμβάλλει αναγκαστικά στη δυσαρέσκεια προς το σώμα και στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού. (Waterson 2000) Η αύξηση του ποσοστού των διατροφικών διαταραχών, θα αποτελέσει πρόκληση για τη δημόσια υγεία στην Ανατολή. Μια αλλαγή των στάσεων των μέσων μαζικής ενημέρωσης θα μπορέσει σχεδόν σίγουρα να βοηθήσει, αλλά δυστυχώς οι ισχυρές οικονομικές δυνάμεις που διατηρούν τις εν λόγω συμπεριφορές, είναι αξεπέραστες. (Lee S. 2000). Περισσότερες έρευνες όμως στο μέλλον θα υπάρξουν πιο βοηθητικές.

## **1.2 Σημαντικές επιρροές στην εικόνα σώματος.**

**1. Δημογραφικές:** Αφορούν στο φύλο, φυλή, ηλικία, εθνικότητα, σεξουαλική ταυτότητα (ετερόφυλες γυναίκες, ομοφυλόφιλες γυναίκες, ομοφυλόφιλοι άντρες). Είναι πολύ φυσιολογικό να απορρέουν διάφορες πιέσεις, όπου συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής της εικόνας του σώματος.

Σύμφωνα με τον Fisher (1986) τα παιδιά αντιλαμβάνονται την εικόνα του σώματος τους μέσα από τις σχέσεις τους με τους άλλους, πιο συγκεκριμένα μπορούν να θεωρήσουν ένα σώμα ως ελκυστικό ή αποκρουστικό με βάση τα επικρατούντα «σωματικά πρότυπα». Επιπλέον, τα δυο φύλα εκλαμβάνουν με διαφορετικό τρόπο τις σωματικές τους εμπειρίες.

Πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε το σχολικό έτος 2001-2002 σε δείγμα εφήβων 13-15 ετών από διαφορετικές χώρες (Λιθουανία, Κροατία και Αμερική) έδειξε ότι τα κορίτσια ανησυχούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό για την εικόνα του σώματος τους από ότι τα αγόρια. Επιπλέον, τα κορίτσια θεωρούσαν ότι για να είναι όμορφα πρέπει να είναι και **αδύνατα** ενώ αντίστοιχα τα αγόρια πίστευαν ότι πρέπει να είναι **μυώδη**. Επίσης παρατηρήθηκε μια ανησυχία των εφήβων για το βάρος τους, η οποία σχετιζόταν άμεσα με τα πρότυπα σώματος που επικρατούσαν σε κάθε χώρα.

Έτσι στην Αμερική λόγω των υψηλών ποσοστών παχυσαρκίας οι έφηβοι ανησυχούσαν περισσότερο για το βάρος τους σε σχέση με τους συνομηλίκους τους Κροάτες και Λιθουανούς. (A. Zaborskis et al, 2008)

Έξαλλου, η Kim Chernin (1983) αναφέρει ότι στην προ-εφηβεία τα κορίτσια μιμούνται την δυσανασχέτηση μεγαλύτερων γυναικών, εκφράζοντας ανικανοποίηση για το σώμα τους και ανησυχία στην ανάκτηση βάρους. Σε βρετανική μελέτη βρέθηκε ότι ακόμη και 8 ετών κορίτσια, αναφέρουν σωματική δυσαρέσκεια. (Grogan S και Wainwright 1996).

Αν και με το πέρασμα του χρόνου φαίνεται ότι η σωματική ικανοποίηση μειώνεται, καθώς το σώμα φθείρεται ή ασθένειες συσσωρεύονται, ωστόσο μια μεγάλη επισκόπηση ερευνών (Fisher, 1986) έδειξε ότι το επίπεδο της σωματικής ικανοποίησης δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Γενικά, τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών είναι αντικρουόμενα για τη σχέση μεταξύ σωματικής ικανοποίησης και ηλικίας.

Οι Berscheid, et al. (1973) έδειξαν ότι τα άτομα ηλικίας μεταξύ 30 και 44 ετών, που θεωρούσαν τον εαυτό τους όμορφο στη εφηβική ηλικία ήταν τα πιο χαρούμενα γενικά. Άλλη μελέτη έδειξε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να έχουν πιο θετική εικόνα για το σώμα τους από τις μικρότερες ηλικίες (Gray, 1977). Επιπλέον, προτιμήσεις για αδύνατα σώματα στις γυναίκες παρατηρούνται σε όλες τις ηλικίες (Furnham & Alibhai, 1983; Garner, et al., 1980).

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι τα κορίτσια αξιολογούν το σώμα τους πιο αρνητικά από τα αγόρια (Brunn, 1975; Pomarantz, 1979).

Ιστορικά, λιγότερες μελέτες υπάρχουν στην βιβλιογραφία, όσον αφορά την σωματική ικανοποίηση, στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια, τα οποία είναι στο επίκεντρο. (Cohane και Pope 2001).

Πρόσφατα παρατηρείται αύξηση των εργασιών που αφορούν στα αγόρια, λόγω της ανησυχίας που επικρατεί από την ραγδαία αύξηση των διατροφικών διαταραχών στους άντρες καθώς και του κινδύνου που εγκυμονεί για την υγεία τους. ( Ricciardelli and McCabe, 2004)

Επιπλέον οι ομοφυλόφιλοι, προτιμούν να έχουν μυώδη σώματα, πιθανόν αντιδρώντας στην ομοφυλοφοβία που κυριαρχεί στη Δύση. Έτσι, αποκτώντας ένα πιο μυώδες σώμα παρουσιάζουν πιο αρρενωπή εικόνα σε μια κοινωνία η οποία πιστεύει ότι οι ομοφυλόφιλοι **δεν** μπορεί να είναι αρρενωποί.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν εξετάσει τις εθνικές διαφορές στην εικόνα σώματος. Μεγάλες διαφορές παρουσιάζονται μεταξύ 131 καυκάσιων , 122 νότιο Ασιατών, 67 αφρικανικών και 67 ισπανόφωνων φοιτητών στη Μεγάλη Βρετανία. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν διάφορες κλίμακες μετρώντας την εκτίμηση σώματος, την κοινωνική επιρροή στην εικόνα σωμάτων, και τον αυτοσεβασμό.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι ισπανίδες γυναίκες είχαν τα υψηλότερα επίπεδα εκτίμησης σώματος και τον μεγαλύτερο αυτοσεβασμό, που ακολουθήθηκαν από της αφρικανικής καταγωγής, τις καυκάσιες, και νότιες ασιατικές γυναίκες, αντίστοιχα. (Littleton et al 2008).

Τέλος, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας και στην οποία συμμετείχαν άτομα 18-50 ετών (Theodorakis, et al., 1991) φάνηκε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει τη σωματική ικανοποίηση. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στον βαθμό της σωματικής ικανοποίησης από ηλικία σε ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα, αν ένα άτομο 45 χρονών έχει κάποια επιπλέον κιλά μπορεί να μην ανησυχεί ιδιαίτερα σε σχέση με ένα άτομο αδύνατο ηλικίας 20 χρόνων, του οποίου οι απαιτήσεις είναι πιο έντονες. Είναι φανερό ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συμβιβάζονται πιο εύκολα με την πραγματικότητα και κατορθώνουν να αποδέχονται το σώμα τους πιο εύκολα.

## **2. Κοινωνικοπολιτιστικές:**

Οι κοινωνικό πολιτιστικές επιρροές διαμόρφωσης προτύπων σώματος είναι η οικογένεια, το κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον και κυρίως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Μάλιστα, τα ΜΜΕ είναι ο κύριος φορέας διαμόρφωσης των κοινωνικών προτύπων σώματος κι αυτό, γιατί τόσο η οικογένεια όσο και το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον είναι δέκτες αλλά και πομποί των κοινωνικών προτύπων αφού και εκείνοι άμεσα επηρεάζονται από τα ΜΜΕ. Όσον αφορά την οικογένεια, χρησιμεύει ως η μήτρα της ταυτότητάς μας. Αναπτύσσουμε μια αίσθηση για το ποιοί είμαστε και πώς μπορούμε να ταιριάξουμε μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζούμε μέσω των αλληλεπιδράσεων μέσα στην οικογένεια. (Minuchin, Roseman & Baker, 1978).

Μία από τις πιο ισχυρές κοινωνικές 'δυνάμεις' στην προώθηση της ισχνότητας στις δυτικές κοινωνίες, είναι η βιομηχανία της δίαιτας. Βιβλία, διαιτητικά πλάνα και διαιτητικά τρόφιμα, πωλούνται όλα σε ένα κοινό, το οποίο 'νιώθει παχουλό'. Κάποιοι άνθρωποι ωστόσο, κάνουν δίαιτα για λόγους υγείας, ενώ κάποιοι άλλοι για λόγους αισθητικής.

Τα πρόσφατα στατιστικά αποτελέσματα από έρευνες, οι οποίες διεξήχθησαν στη Μεγάλη Βρετανία το 2001, έδειξαν ότι το 86% των γυναικών κάνουν δίαιτα (Wykes and Gunter, 2005), επιβεβαιώνοντας προηγούμενα βρετανικά και αμερικανικά δεδομένα (Ogden, 1992; Brownell and Rodin, 1994)

Είναι χαρακτηριστικό ότι και οι κούκλες δεν έχουν ξεφύγει από τις πιέσεις των ιδανικών προτύπων μας. Το 1995 η **Κέλι Μπράουνελ** και η **Μελίσα Ναπολιτάνο** του Πανεπιστημίου Γέιλ για να δείξουν πόσο εξωπραγματικές ήταν οι σωματικές αναλογίες του Κεν και της Μπάρμπι τις μετέφεραν σε φυσικό μέγεθος. Έτσι μια φυσιολογική γυναίκα για να γίνει «Μπάρμπι» θα πρέπει να ψηλώσει κατά 50 εκατοστά, να αυξήσει το στήθος της κατά 13 εκατοστά και να μειώσει τη μέση της κατά 15 εκατοστά.

Σε πολλές μελέτες, στις δυτικές κοινωνίες, διαφαίνεται η ανησυχία για την σωματική εικόνα από πολύ μικρή ηλικία. (Davison et al. 2003; Hill et al. 1994; Hill and Robinson 1991; Schur et al. 2000; Shunk and Birch 2004). Κάτι τέτοιο φαίνεται ξεκάθαρα από τις κούκλες που επιλέγουν για να παίξουν. Κορίτσια ηλικίας από 5 έως 8 ετών τα οποία έπαιζαν με τις κούκλες Barbie, οι οποίες έχουν μη ρεαλιστικές αναλογίες, παρουσίασαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (δίαιτα, βουλιμία), σε σχέση με κορίτσια της ίδιας ηλικίας, τα οποία έπαιζαν με την κούκλα Emme. Η συγκεκριμένη κούκλα, εγκρίθηκε και εισήχθη στην αγορά από τον Αμερικανικό Διαιτολογικό Σύλλογο, ως ένα πιο υγιές πρότυπο για τα μικρά και τα νεαρά κορίτσια. (Doeschka J. Et. Al 2010). Η Emme, διαφέρει από την Barbie, όχι μόνο στο σωματικό μέγεθος, αλλά επίσης και στο ύψος και στο βάρος. Στην παρακάτω εικόνα μπορούμε να δούμε την Barbie στη μέση και αριστερά και δεξιά της, κούκλες μεγαλύτερων (Emme) και μικρότερων αναλογιών αντίστοιχα.



**Εικόνα 1**

Αυτή η διαπίστωση προβλημάτισε τον Ολιβάρντια και την ομάδα του, δίνοντας τους το ερέθισμα να διερευνήσουν αν το ίδιο ίσχυε και στα παιχνίδια δράσης των αγοριών. (Olivardia, et. al. 2000).

Τελικά, διαπιστώθηκε ότι οι GI Joe είναι σημαντικά πιο μυώδεις σε σχέση με την πρώτη εμφάνισή τους το 1964, έχουν τις μυϊκές διαστάσεις ενός μπόντι μπίλντερ, με τονισμένους δικέφαλους και κοιλιακούς. (Pope et. al 1999) Από αυτήν την επιρροή δεν έχουν ξεφύγει και οι κούκλες που βασίζονται σε ανθρώπινα ομοιώματα όπως ο Λιουκ Σκαϊγουόκερ και ο Χαν Σόλο από τον «Πόλεμο των άστρων». Αρχικά όταν πρωτοεμφανιστήκαν το 1978 τα σώματα τους είχαν μεγάλη ομοιότητα με τους ηθοποιούς που ενσάρκωναν τους συγκεκριμένους ρόλους, αυτό όμως άλλαξε με την πάροδο του χρόνου, καταλήγοντας να αποκτήσουν παρουσιαστικό μπόντι μπίλντερ. Κατά την ίδια περίοδο το μέγεθος του στήθους της πριγκίπισσας Λέια τριπλασιάστηκε (OlivardiaR.2001). Στην πραγματικότητα οι κούκλες αυτές αποτελούν καρικατούρες των ιδανικών προτύπων της εποχής. Εξάλλου σύμφωνα με τον Barry Smart (2002) σε κάθε κοινωνία το σώμα υποτάσσεται στην εξουσία και γίνεται αντικείμενο της.

Ωστόσο, ο Ολιβάρντια, υποστηρίζει ότι τελικά η καρικατούρα περνάει ως ιδανική εικόνα. Είναι γνωστό ότι η σχέση ανάμεσα στα σωματικά πρότυπα και στα ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με την εικόνα του σώματος δεν έχει αποδειχθεί.

Ο Ολιβάρντια όμως, πιστεύει ότι τα παιδιά θα πρέπει να διαπαιδαγωγούνται ώστε να αποφεύγουν αυτούς τους κινδύνους. Όπως αναφέρει, βλέπουμε όλο και περισσότερα αγόρια με διατροφικές διαταραχές, ενώ πολλά από αυτά κάνουν κατάχρηση στεροειδών και γυμνάζονται εντατικά, πράγμα που δεν συνέβαινε στο παρελθόν. (Pope, et.al 2000)

Ο Foucault στο έργο του «Discipline and Punish» (1979) προτείνει ότι τα σώματα δε δίνονται, αλλά φτιάχνονται για να ταιριάζουν σωστά σε μια συγκεκριμένη κοινωνική κατασκευή. Ο πειθαρχικός κώδικας που επιβάλλεται στη σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία είναι μια μη κατασταλτική προηγμένη κεκαλυμμένη μορφή εξουσίας, που όχι μόνο κυβερνά τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων, αλλά κατασκευάζει και το ενσωματωμένο ήθος. Κατά μεγάλο μέρος, είμαστε κυριαρχημένοι και ελεγχόμενοι μέσω κοινωνικών συζητήσεων, πρακτικών και θεσμών (νοσοκομεία, σχολεία, εκκλησία) που παριστάνουν ότι εγγυώνται την ελευθερία μας.

### **3. Περιβαλλοντικές (lifestyle):**

Το περιβάλλον αποτελεί μία υποκοουλτούρα, μέσα στην οποία μπορεί να λαμβάνει μέρος λιγότερο ή περισσότερο η αντίληψη της εικόνας σώματος. Το πρότυπο του «σύγχρονου μοντέλου» δεν είναι σταθερό αλλά μεταβάλλεται συνεχώς. Φωτογραφίζεται λοιπόν μέσα από μια συνεχή αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον. Το τί θεωρείται αρρενωπό και το τί θηλυκό οριοθετείται από την εκάστοτε κοινωνική δομή, η οποία με τη σειρά της μεταδίδει ανάμικτα συναισθήματα. Το σίγουρο είναι ότι το περιβάλλον που ζούμε είναι ένα περιβάλλον της αφθονίας. Ένα περιβάλλον το οποίο μας τοποθετεί αναγκαστικά σε έναν φαύλο κύκλο καταναλωτισμού και μισαλλοδοξίας. Πλεονασμού και θλίψης. Σύμφωνα με τον Erick Fromm, ...ο άνθρωπος είναι ό,τι έχει και ό,τι καταναλώνει...

Στο παιχνίδι αυτό καταλυτικό ρόλο παίζει και ο ρόλος της διατροφής και κατ' επέκταση η εικόνα του σώματος. Ψυχολογία και διατροφή, άρρηκτα συνδεδεμένες δεν μας επιτρέπουν την αντικειμενικότητα και την ελευθερία. Πάντα θα λειτουργούμε, θα βάζουμε στο σώμα μας και θα αισθανόμαστε πράγματα, ανάλογα με το εκάστοτε ρεύμα, ανάλογα τις επιταγές της εκάστοτε μόδας. Μια ανθυγιεινή διαιτητική συμπεριφορά συνδέεται με έναν γενικό ανθυγιεινό τρόπο ζωής. (Kourlaba G, et. al 2009)

Το ιδανικό γυναικείο πρότυπο που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι το αδύνατο σώμα. Αυτό είναι το κοινωνικό πολιτιστικό πρότυπο της εποχής μας (Garner, et.al, 1980; Silverstein, et.al, 1986).

Σχετική έρευνα έδειξε ότι το αδύνατο σώμα δεν είναι απλά το πρότυπο της εποχής μας, αλλά ο πολιτισμός της εποχής ωθεί ιδιαίτερα τη γυναίκα στη δίαιτα για αδύνατο σώμα (Garner, et al., 1980).

Οι γυναίκες, γνωρίζοντας πως η εμφάνιση και η ελκυστικότητά τους, αποτελεί διαβατήριο για την αποδοχή και εξέλιξή τους τόσο στον επαγγελματικό όσο και στον προσωπικό και ερωτικό τομέα, ασχολούνται περισσότερο από ότι οι άντρες με αυτήν και εμφανίζονται γνώστες, οπαδοί και ενίοτε θύματα (fashion victims) των εκάστοτε κανόνων της μόδας. (Aune, 1994, Lee, 2003).

Για παράδειγμα το ντύσιμο ή το μακιγιάζ επηρεάζουν την εικόνα σώματος μιας γυναίκας. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες οι γυναίκες έχουν πιο θετική εικόνα για το σώμα τους όταν έχουν μακιγιάζ (Cach, Rissi, & Chapman, 1985; Theberge & Kernalernen, 1979), ενώ σε αντίθετη περίπτωση αυτή η εικόνα χάνεται.

Επιπλέον, οι περισσότεροι άνδρες θεωρούν ότι οι μακιγιαρισμένες γυναίκες είναι πιο ελκυστικές, σε αντίθεση με τις γυναίκες που δεν συμμερίζονται αυτήν την άποψη. (Cash, Dawson, Davis, Bowen, & Galumbeck, 1989).

Φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ατόμων από το σώμα τους είναι υποκειμενική και όχι πραγματική καθώς εκφράζει το τί νιώθουν για το σώμα τους και όχι το τί συμβαίνει στην πραγματικότητα. Ταυτόχρονα τα άτομα προσπαθούν να βελτιώσουν την εικόνα τους με το μακιγιάζ, με το ντύσιμο ή με την άσκηση, για να νιώθουν καλύτερα αλλά και για να τους βλέπουν οι άλλοι καλύτερα. Επιπλέον, σε πολλές έρευνες έχει φανεί ότι τα παιδιά σε πολύ μικρή ηλικία προτιμούν τον μεσόμορφο σωματικό τύπο ενώ δείχνουν αποστροφή για τον ενδόμορφο. (Kirkpatrick & Sanders, 1978; Lerner, 1973; Lerner & Schroeder, 1971; Staffier, 1972) Το 1984 ο Holter έδειξε ότι στις γυναίκες την μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση των απόψεων τους για το σώμα τους έχουν οι φίλοι, ενώ αυτό το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν στους άνδρες οι γονείς.

### **1.3 Ψυχική υγεία και εικόνα σώματος**

Ο παλαιότερος ορισμός της ψυχικής υγείας ως της «έλλειψης ψυχικής νόσου» έπαψε να ικανοποιεί τους νεότερους κλινικούς και ερευνητές διότι διαφαινόταν ότι η κατάσταση της ψυχικής υγείας αποτελεί ένα φαινόμενο πολύ ευρύτερο από την απλή έλλειψη ψυχικής νόσου.

Προσπαθώντας να ορίσει την ψυχική υγεία ως βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδωσε τελευταία τον εξής ορισμό: «...είναι μια κατάσταση ευημερίας, κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα συνηθισμένα άγχη της ζωής, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά, και είναι ικανό να προσφέρει στο κοινωνικό του περιβάλλον». (WHO, 1998)

Υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ αυτών και της ορθής – υγιούς εικόνας σώματος. Όσο λιγότερο δηλαδή το άτομο αξιολογεί και σέβεται τον εαυτό του, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει να μην αντιλαμβάνεται σωστά την εικόνα του σώματός του με αποτέλεσμα τις αντιφατικές συνέπειες και αντιδράσεις στον ψυχισμό του. (Liechty, Janet Marie. 2005) Έχουν υπάρξει πολυάριθμες έρευνες σχετικά με την διαταραγμένη εικόνα σώματος και τα αισθήματα ανεπάρκειας, καθώς επίσης και τους ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές παθήσεις.

Επιπλέον, μερικές μελέτες υποστηρίζουν ότι το αυξημένο βάρος ή η διαταραγμένη εικόνα σώματος σχετίζεται με εσωστρέφεια, κατάθλιψη, ανησυχία, απόγνωση, και χαμηλό αυτοσεβασμό. (Eremis et Al, 2004 Falkner et Al, 2001 Kostanski & Gullone, 1998).

Σε μια πρόσφατη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 650 παιδιά σχολικής ηλικίας και οι γονείς τους, εξετάστηκε η αντίληψη τους σχετικά με την εικόνα σώματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά επηρεάστηκαν σημαντικά από τα πρότυπα εικόνας σώματος που κυριαρχούσαν στην κοινωνία, ενώ αυτά που είχαν αυξημένο βάρος διακατέχονταν από στενοχώρια και θλίψη. Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις επηρεάστηκαν και από τις αντιλήψεις των γονέων σχετικά με την «ιδανική εικόνα σώματος». Τελικά η μελέτη αυτή κατέδειξε τη σημαντικότητα της αντίληψης της εικόνας σώματος από τους γονείς και το ρόλο τους στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών καθώς αυτό μπορεί να επηρεάσει το βάρος αλλά και την ανάπτυξη τους. (Gilliland et al, 2007)

Πρέπει να επισημάνουμε ξανά ότι οι σημερινές κοινωνίες ταυτίζουν τη γυναικεία ομορφιά με το αδύνατο σώμα. Αυτό τελικά οδηγεί όλο και περισσότερες γυναίκες να νιώθουν απογοητευμένες από το σώμα τους. Η απογοήτευση από τη σωματική εικόνα οδηγεί σε έντονες δίαιτες για να επιτευχθούν τα ιδανικά επίπεδα βάρους. Καθώς όμως οι δίαιτες δεν έχουν εύκολα αποτελέσματα, ο φόβος της αποτυχίας οδηγεί σε κατάθλιψη. Μια έρευνα σε δείγμα γυναικών ηλικίας 17 έως 22 ετών έδειξε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και οι διαταραχές διατροφής σχετίζονταν με μια αρνητική σωματική εικόνα (Koenig & Wasserman, 1995). Φαίνεται ότι η σωματική εικόνα έχει μια βαθύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία των ατόμων.



Γενικώς δεν έχει εξετασθεί σε έρευνες ακριβώς αν καταστάσεις στρες, κατάθλιψης, διατροφικών διαταραχών, παχυσαρκίας και έντονης δίαιτας οδηγούν σε μια αρνητική σωματική εικόνα, ή αν συμβαίνει το αντίθετο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την διάρκεια της εφηβείας υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Φαίνεται ότι τα άτομα αυτής της ηλικίας παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα εσωστρέφειας, κατάθλιψης και αυτοκτονικές τάσεις. Μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Yale συμπεριέλαβε 492 εφήβους (286 κορίτσια και 206 αγόρια) ηλικίας 12-19 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

1. 188 κορίτσια και 79 αγόρια έκαναν μια τουλάχιστον προσπάθεια αυτοκτονίας
2. Το 82% των κοριτσιών που είχαν προκαλέσει έμετο είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν
3. Το 72,7% των αγοριών που είχαν προκαλέσει έμετο είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν
4. Το ποσοστό των εφήβων που δεν έκανε κάποια απόπειρα αυτοκτονίας παρουσίασε περιορισμό της τροφής, διαταραγμένη εικόνα σώματος, ανησυχία και χαμηλό αυτοσεβασμό
5. Όλο το δείγμα των εφήβων παρουσίασε θυμό, αμηχανία, συναισθήματα μοναξιάς-απόγνωσης και ενοχή

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι εμφανές ότι η εικόνα σώματος των εφήβων είχε άμεση σχέση με την ψυχοσύνθεση τους, όμως τα συμπτώματα διέφεραν ανάλογα με το φύλο. Αυτό που επισημάνθηκε είναι η σημαντικότητα της πρόληψης σε αυτή την ηλικία. (Zaitsoff & Grilo, 2010)

#### **1.4.Συναισθήματα και διαταραχές στη λήψη τροφής**

Η επίδραση των συναισθημάτων σχετικά με την ποσότητα και την ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνονται συχνά εξηγείται από δύο εννοιολογικά διαφορετικά αποτελέσματα: (Macht, et. al 2000)

1. Κατανάλωση τροφής ρυθμιζόμενη από το συναίσθημα, δηλαδή θετικά συναισθήματα αυξάνουν τα κίνητρα και την ευχαρίστηση για λήψη τροφής, ενώ αντίθετα, αρνητικά συναισθήματα επιφέρουν μείωση. (Patel et. al 2001)

2. Όταν το άτομο αρχίζει να τρώει ώστε να ρυθμίσει ένα συναίσθημα (ονομάζεται και λήψη τροφής ρυθμιζόμενη από την διάθεση). Για παράδειγμα ένα άτομο μπορεί να ξεκινήσει να φάει ένα παγωτό, με σκοπό να ανακουφίσει την θλίψη του. (Booth 1994).

Τα διάφορα συναισθήματα μπορεί να σχετίζονται με την εσωτερική κατάσταση του ατόμου, όπως είναι η διατροφική κατάσταση (φορά από το τελευταίο γεύμα, πείνα, ή δίψα), τη διάθεση και τη συνολική φυσική κατάσταση (γυμναστήριο ή κόπωση). Επιπλέον η ευχαρίστηση του φαγητού έχει βρεθεί να εξαρτάται από χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος, όπως είναι το τραπέζι του φαγητού, το πώς είναι στρωμένο και το πώς έχει καθοριστεί ο φωτισμός. Κοινωνικοί παράγοντες και δραστηριότητες επίσης σχετίζονται, όπως η κοινωνική αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια του φαγητού. (Macht, et. al 2005, Pudel, et. al. 1991).

Είναι γνωστό ότι όταν διακατεχόμαστε από αρνητικά συναισθήματα (άγχους, ανησυχίας, κ.α), δεν είναι και η κατάλληλη χρονική επιλογή για να καθίσουμε να φάμε. Οι συγκινήσεις μπορούν να ρυθμίσουν την κατανάλωση, και η κατανάλωση μπορεί να ρυθμίσει τις συγκινήσεις. (Macht Michael 2008)

Μελετώντας τα συναισθήματα των τροφίμων στο πλαίσιο της καθημερινότητας, βλέπουμε ότι η πραγματική εμπειρία ενός συναισθήματος, δεν αντιπροσωπεύει μόνο την θετική ή αρνητική αξιολόγηση του ίδιου του συναισθήματος, αλλά και την αξιολόγηση των κοινωνικών και των συγκεκριμένων συνθηκών κάτω από τις οποίες το συναίσθημα βιώνεται. (Barrett, et. al 2007, Macht, M., & Dettmer, D. 2006).

Για παράδειγμα, το 2006 οι Macht και Dettmer εξέτασαν τις συναισθηματικές αλλαγές που παρουσίασαν γυναίκες φυσιολογικού βάρους (N=37) μετά την κατανάλωση 1 μπάρας σοκολάτας ή ενός μήλου σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα (5,30,60 και 90 λεπτά). Φάνηκε ότι και τα δυο τρόφιμα μείωσαν την πείνα, αύξησαν τη διάθεση και την ενεργητικότητα, αλλά τα αποτελέσματα της σοκολάτας ήταν ισχυρότερα. Επιπλέον, σε αυτά τα χρονικά διαστήματα αξιολογήθηκαν συναισθήματα όπως ο θυμός, ο φόβος, η ενοχή, η θλίψη, η χαρά, η πλήξη, και η μοναξιά. Βρέθηκαν σημαντικές επιπτώσεις μόνο για τη χαρά και την ενοχή. Η χαρά προκλήθηκε από την αισθητήρια ευχαρίστηση μετά την κατανάλωση σοκολάτας, ενώ η ενοχή από τις αρνητικές σκέψεις οι οποίες συνδέονται με την κατανάλωση της σοκολάτας, όπως για παράδειγμα η σκέψη ότι η κατανάλωση σοκολάτας έχει μια ανεπιθύμητη επίδραση στην λεπτότητα και την εικόνα σώματος. (Macht, M., & Dettmer, D. 2006).

Τα συναισθήματα τα οποία αναλύθηκαν, αντλήθηκαν από μικρά σύνολα βασικών συναισθημάτων, τα οποία συγκεντρώνει η εξελικτική ψυχολογία. (Ekman, P. 1972, Plutchik, R. 1980). Για δύο λόγους αυτά τα σύνολα υποτίθεται ότι έχουν περιορισμένη χρήση, ώστε να χρησιμοποιηθούν στην συναισθηματική έρευνα. (Frijda, N. H. 1986, Ortony et. al 1988) καθώς και στην έρευνα των καταναλωτών. (Laros, et. al 2005, Richins, M. L. 1997). Πρώτον, προκύπτει ένα δυσανάλογο ποσοστό από δυσάρεστα συναισθήματα. Συνήθως μόνο μία ευχάριστη συγκίνηση προσδιορίζεται για κάθε τρεις ή τέσσερις δυσάρεστες συγκινήσεις. (Ellsworth, P. C., & Smith, C. A. 1988). Δεύτερον, τα σύνολα αυτά αντιπροσωπεύουν ένα πολύ μικρό μέρος της ποικιλίας των συναισθημάτων που διαθέτει ο άνθρωπος στην καθημερινότητα. (Scherer, K. R. 2001). Γι' αυτόν τον λόγο λοιπόν, οι θεωρητικοί οι οποίοι ασχολούνται με το συναίσθημα, χρησιμοποιούν σύνολα τα οποία είναι σταθμισμένα για ευρύτερο σθένος και αντιπροσωπεύουν ευρύτερη, ποικιλία συναισθημάτων, καθώς επίσης και συναισθήματα όπως: θαυμασμός, ελπίδα, ανακούφιση. (Ortony, et. al 1988, Roseman, I. J. 2001).

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι το άγχος έχει άμεση σχέση με την υπερκατανάλωση και την ποιότητα της τροφής.

Για παράδειγμα η παρατεταμένη πίεση στο εργασιακό περιβάλλον συνδέεται άμεσα με αυξημένη θερμιδική πρόσληψη από τρόφιμα πλούσια σε λίπος και ζάχαρη. Τα άτομα αυτά αντισταθμίζουν την πίεση που λαμβάνουν από το περιβάλλον με αύξηση της κατανάλωσης στο τριπλάσιο σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν παρόμοια επιρροή. Η Regina Sims και η ομάδα της το 2008 διαπίστωσαν ότι τα εύγευστα τρόφιμα που είναι πλούσια σε λίπος και ζάχαρη έχουν την ιδιότητα να αποβάλλουν ή να μειώνουν την ένταση των αρνητικών συναισθημάτων. Αυτή η ιδιότητα τους οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως η ευχαρίστηση των αισθήσεων, η μείωση της πείνας και των φυσιολογικών συμπτωμάτων. (Sims R. et al, 2008)

Είναι γνωστός ο όρος «συναισθηματική κατανάλωση» και έχει άμεση σχέση με την πρόσληψη γλυκών και λιπαρών τροφίμων, ενώ έχει άμεση σχέση με καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε μια πρόσφατη έρευνα στην οποία συμμετείχαν 1679 άνδρες και 2035 γυναίκες ηλικίας 25-65 ετών βρέθηκε ότι άτομα ανεξαρτήτως φύλου με αυξημένο BMI και καταθλιπτικά συμπτώματα κατανάλωναν περισσότερα γλυκά τρόφιμα σε πολύ μεγάλες ποσότητες. (Konttinen H. et al. 2010)

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2010 και συμμετείχαν 115 ασθενείς με διατροφικές διαταραχές εξετάστηκε ο λόγος για τον οποίο τα συγκεκριμένα άτομα συνηθίζουν να καταναλώνουν μη αλκοολούχα ποτά.

Τελικά βρέθηκε ότι ο κύριος λόγος είναι το αίσθημα πληρότητας και η μείωση του αισθήματος της πείνας, ενώ ταυτόχρονα οι συγκεκριμένοι ασθενείς διακατέχονταν από ένα αίσθημα εξαγνισμού. (Hart et al, 2010)

### **1.5 Πηγές θετικών και αρνητικών συναισθημάτων στην εμπειρία του φαγητού**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών το ευρύ κοινό έχει έρθει αντιμέτωπο με ένα συνεχές ρεύμα νέων τροφίμων καθώς επίσης και των τεχνολογιών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιώσουν την παραγωγή προϊόντων. Έτσι, οι καταναλωτές ανησυχούν και δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για την παραγωγή των τροφίμων, ενώ ταυτόχρονα τα νέα-ειδικά προϊόντα που κυκλοφορούν στην αγορά τους προκαλούν συναισθήματα ενθουσιασμού. (Lagos, F.J.M., 2001)

Η έρευνα αναφέρει ότι οι ευχάριστες εμπειρίες και συναισθήματα κατά την διάρκεια του φαγητού είναι περισσότερες απ' ότι οι δυσάρεστες. Κυρίαρχο ρόλο παίζει το περιβάλλον και η ελκυστικότητα των συγκεκριμένων τροφίμων που καταναλώνουμε. Μπορεί για παράδειγμα να επηρεαστούμε από τον απέναντι, ανάλογα με την γκριμάτσα που κάνει όταν καταναλώνει ένα τρόφιμο. (Barthomeuf, et.al 2009)

Πέντε διαφορετικές πηγές συγκινήσεων προτείνονται: οι αισθητήριες ιδιότητες, οι προσδοκώμενες συνέπειες λόγω εμπειρίας, οι προσωπικές ή πολιτιστικές πεποιθήσεις και οι ενέργειες των σχετικών παραγόντων. (Desmet, et. al 2008)

Οι υπάρχουσες θεωρίες σχετικά με το ρόλο των θετικών συγκινήσεων στην αυτορρύθμιση αναφέρουν ότι οι θετικές συγκινήσεις προωθούν την υγιή κατανάλωση. Σε μια πρόσφατη έρευνα, ο Koormans (2009) υπέθεσε ότι οι θετικές συγκινήσεις συμβιβάζουν την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς κατανάλωσης με την αύξηση της προτίμησης και της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφίμων. Επιπλέον, υπέθεσε ότι οι θετικές συγκινήσεις οδηγούν τους ανθρώπους προς τις ανθυγιεινές επιλογές πρόχειρων φαγητών και η διευρυμένη νοοτροπία δεν επηρεάζει τις προτιμήσεις ή τη συμπεριφορά κατανάλωσης. Τελικά, όμως διαπίστωσε ότι οι θετικές συγκινήσεις δεν επηρεάζουν την αυτορρύθμιση της διατροφικής κατανάλωσης. (Koormans, L., 2009)

## 1.6 Καθρέφτης και είδωλο

### 1.6.α Ανεστραμμένο ή κανονικό;

Η όραση είναι μία από τις πέντε αισθήσεις του ανθρώπινου οργανισμού. Όργανο της αντίληψης της όρασης είναι τα μάτια ενώ το αντικείμενο της αντίληψης είναι το φως. Η όραση, θεωρείται ως η πιο σημαντική από τις υπόλοιπες αισθήσεις, γιατί με αυτήν γίνεται άμεσα αντιληπτός ο εξωτερικός περιβάλλον χώρος. Περίπου το 30% του ανθρώπινου εγκεφάλου ασχολείται με την επεξεργασία και ερμηνεία των ερεθισμάτων της όρασης.

Για τον ψυχαναλυτή J. LACAN το σώμα μας συγκροτείται από ένα εξωτερικό και ένα εσωτερικό περιεχόμενο. (Lacan, J. 1957). Ο LACAN έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη λειτουργία του σταδίου του καθρέφτη (*stade du miroir*) ως συστατική δομή της συγκρότησης της εικόνας του σώματος από το υποκείμενο. (Lacan, J. (1966). Στο στάδιο του καθρέφτη, εδραιώνεται η ιδιαιτερότητα του σώματος μέσω της επαφής του υποκειμένου με την εικόνα του. Συχνά, το χάσμα ανάμεσα στην εικόνα που έχουν οι άλλοι για μας και στα συναισθήματα που έχουμε για τον εαυτό μας μπορεί να οδηγήσει, όπως συμβαίνει στην ψύχωση, στην άρνηση να προβληθούμε στον καθρέφτη (Glynos, J., & Stavrakakis Y., 2002) Ο καθρέφτης εκτός από το είδωλό μας αντανακλά και τον ψυχισμό μας, τα οποία έχουν μία σχέση αμφίδρομη.

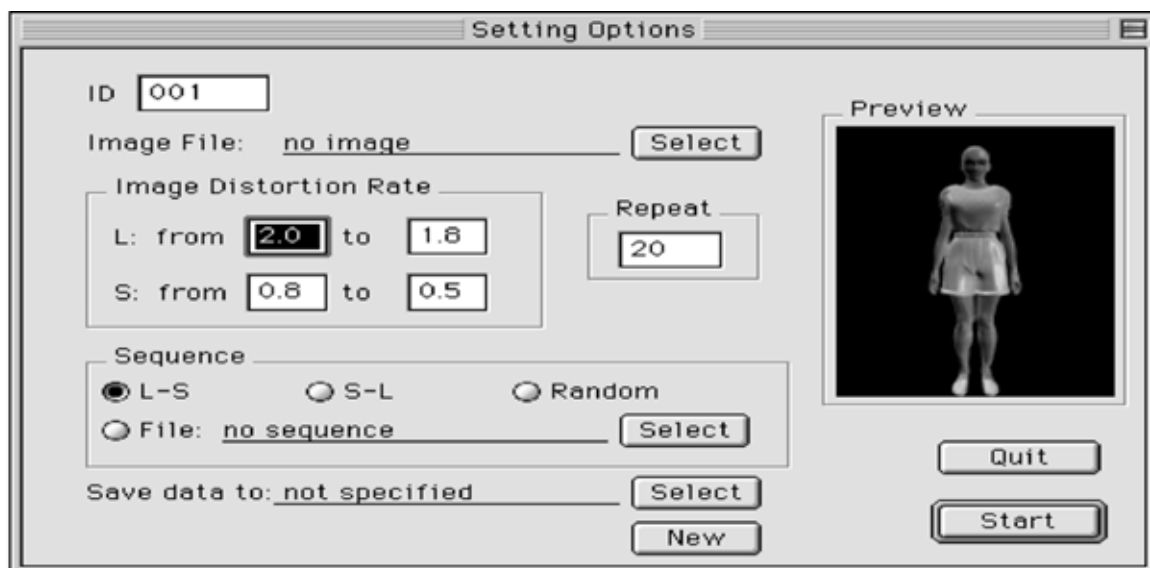
Το τμήμα ανθρώπινης οικολογίας, του Πανεπιστημίου του Τέξας στο Ώστιν, στις ΗΠΑ παρουσιάζει ένα σύστημα απεικόνισης επιφάνειας ολόκληρων σωμάτων βασισμένο στην τρισδιάστατη τεχνολογία εικόνας. Τα πειραματικά αποτελέσματά δείχνουν ότι το σύστημα μπορεί ρεαλιστικά να συλλάβει τις ομαλές και φυσικές μορφές ολόκληρων σωμάτων με υψηλή ακρίβεια, μετωπικές και οπίσθιες πλευρές του σώματος με ικανοποιητικές γεωμετρικές λεπτομέρειες.

Το να δούμε ψυχρά και ρεαλιστικά το είδωλό μας στον καθρέφτη, ανεπηρέαστα, και αντικειμενικά, όπως τονίζει η έρευνα είναι μία διαδικασία περίπλοκη. (Bekker et. al 2008). Η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών έχει βοηθήσει στην ανάπτυξη ψυχολογικών εργαλείων μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών με όλο και πιο βελτιωμένων λογισμικών και εικονικής πραγματικότητας ( 3D, γραφικά, κ.α)

Το πρόγραμμα, BIAS (Body Image Assessment Software) είναι το λογισμικό για την αξιολόγηση της διαταραχής εικόνας του σώματος. Η εικόνα ολόκληρου του σώματος ή κάποια μέρη του σώματος μπορεί να 'συλληφθούν' ως ψηφιακή εικόνα από μια ψηφιακή φωτογραφική μηχανή .

Τα δεδομένα μπορούν να αναλυθούν σε λογιστικά φύλλα (excel) ή προγράμματα επεξεργασίας κειμένου (word), στο στατιστικό πακέτο SPSS Το BodyImage λειτουργεί σε προσωπικούς υπολογιστές, τόσο για Macintosh όσο και Windows. (Shibata, S. 2002).

**Σχήμα 1: Γραφικά με τη χρήση των οποίων μπορεί ο χρήστης να επιλέξει εικόνα, να αλλάξει το μέγεθος και να το παρουσιάσει στον ασθενή**



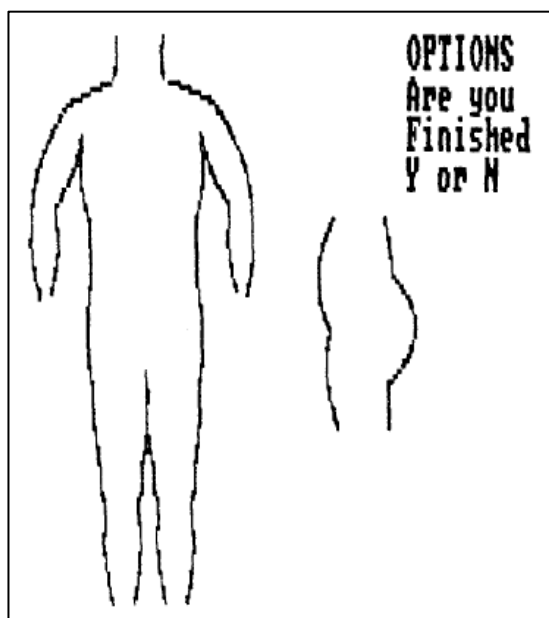
**Πηγή: A Macintosh and Windows program for assessing body-image disturbance using adjustable image distortion. Shibata, S. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers 2002; 34: 90-92**

Πρόκειται για μία μέθοδο απλή, γρήγορη και οικονομική, για να αξιολογήσουμε δύο από τις πιο σημαντικές διαταραχές εικόνας σώματος, την διαταραχή σωματικού μεγέθους και την δυσαρέσκεια προς το σώμα, μέσω τροποποίησης από μία κλίμακα της εικόνας του σχήματος του υποκειμένου. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ο παραμορφωτικός καθρέφτης (Traub & Orbach, 1964), προβολή φωτογραφιών με παραμορφωτικούς φακούς (Garner, Garfinkel, & Bonato, 1987), η τεχνική της παραμόρφωσης μέσω βίντεο (Fernández- Aranda, Dahme, & Meermann, 1999, Smeets, Ingleby, Hoek, & Panhuysen, 1999), η μέθοδος της διαστρέβλωσης με φυσικού μεγέθους οθόνη (Gardner & Bokenkamp, 1996; Probst, Van Coppenolle, Vandereycken, Kampman, & Goris, 1991) και τέλος η μέθοδος της σιλουέτας. (Bell, Kirkpatrick, & Rinn, 1986; Furnham & Alibhai, 1983). Τελικά η χρήση του λογισμικού BIAS μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη αφού δίνει στον ειδικό την δυνατότητα να αξιολογήσει την εικόνα σώματος περιοδικά και να εντοπίσει τυχόν αλλαγές που έχουν προκύψει. Κατά συνέπεια μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο για την αξιολόγηση και θεραπεία ατόμων με διαταραγμένη εικόνα σώματος. (Shibata, S. 2002)

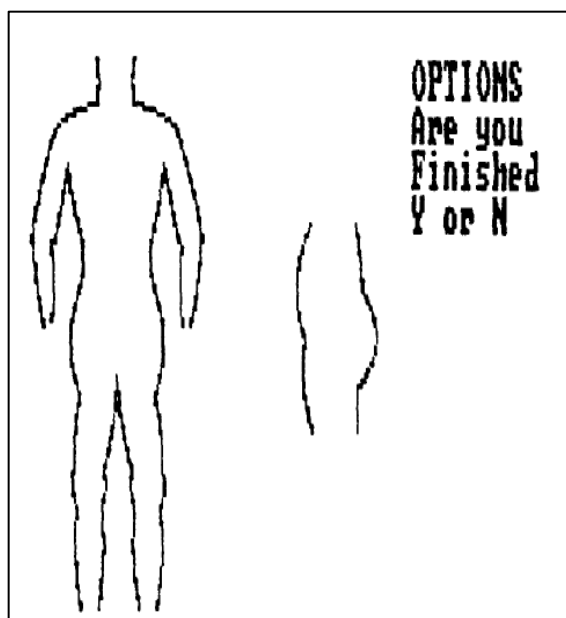
Τις τελευταίες δεκαετίες, η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών έχει βοηθήσει στη βελτίωση πολλών ψυχολογικών εργαλείων (Harper et al., 2003). Το Body Building, ήταν μια από τις πρώτες εφαρμογές της πληροφορικής που αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει την παραμόρφωση της σωματικής εικόνας.

Το πρόγραμμα παρέχει πλευρική και μετωπική θέα της ανθρώπινης μορφής στην οποία το μέγεθος του κάθε μέρους του σώματος μπορεί να τροποποιηθεί ξεχωριστά. Κεφάλι, χέρια, στήθος, μέση, γλουτοί και πόδια μετωπική θέα και πέντε μέρη του σώματος από πλαινή θέα (σχήμα 1 και 2). Τελικά, το συγκεκριμένο πρόγραμμα χρησιμεύει για να δει το άτομο το πραγματικό του σώμα και να το συγκρίνει με τη βοήθεια του ειδικού με το ιδανικό. (Dickson-Parnell, Jones, Braddy, & Parnell, 1987)

**Σχήμα 2: Παρουσίαση εικόνας σώματος άνδρα**



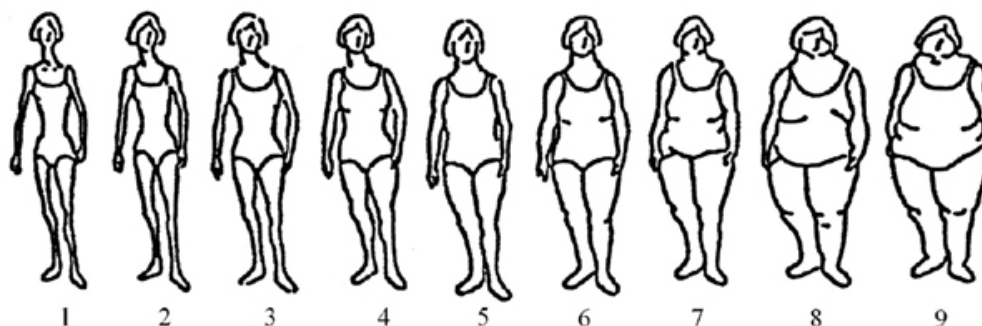
**Σχήμα 3: Παρουσίαση εικόνας σώματος γυναίκας**



**Πηγή: Assessment of body image perceptions using a computer program. Dickson-Parnell, Jones & Braddy. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers 1987; 19: 353-354**

Τα τελευταία χρόνια, η εικονική πραγματικότητα έχει επιτρέψει τη δημιουργία πιο ρεαλιστικών προγραμμάτων για την αξιολόγηση της εικόνας του σώματος, κατά την οποία η σιλουέτες εμφανίζονται σε τρεις διαστάσεις. Το BIVRS (Body Image Virtual Reality Scale (Riva, 1997,1998) είναι ένα πρόγραμμα λογισμικού που περιλαμβάνει 3-D γραφικό περιβάλλον. Παρουσιάζονται εννέα φιγούρες διαφόρων μεγεθών, που κυμαίνονται από ελλειποβαρείς σε υπέρβαρους.

Το άτομο καλείται να διαλέξει την φιγούρα εκείνη που κατά τη γνώμη του αντιπροσωπεύει καλύτερα τις πραγματικές διαστάσεις και το ιδανικό μέγεθος του σώματός του. Η απόκλιση δείχνει σε ποσοστό την δυσαρέσκεια που έχει το εκάστοτε άτομο για το σώμα του.



**σχήμα 4.**

**Πηγή: Female images of the FRS. Reprinted with permission by (Stunkard et al. 1983)**

#### **1.6.β. Εικόνα σώματος και αυτό-αξία**

Πολλά χαρακτηριστικά της θετικής εικόνας σώματος, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της μοναδικής ομορφιάς και της λειτουργίας του σώματος, που φιλτράρουν τις πληροφορίες (π.χ., σχόλια εμφάνισης, ιδανικά που προβάλλουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης) κατά τρόπο αυτο-προστατευτικό, που καθορίζουν την ομορφιά ευρέως, και που δίνουν έμφαση στα προτερήματα του σώματός ελαχιστοποιώντας τις αντιληπτές ατέλειες, μαρτυρούν την ρευστότητα που διακρίνει το γυναικείο φύλο για την αντίληψη της εικόνας του σώματός του. Όταν οι γυναίκες επεξεργάζονται περισσότερο τις θετικές και απορρίπτουν τις αρνητικές πηγές πληροφόρησης, μειώνεται η επενδυτικότητα στο σώμα τους, ενώ η σωματική αξιολόγηση έγινε πιο θετική, αποτυπώνοντας την ρευστότητα της εικόνας του σώματος. Πληροφορούν άλλους να αγαπήσουν το σώμα τους, πλαισιώνουν τον εαυτό τους από άλλα άτομα, τα οποία προωθούν την σωματική αποδοχή, φροντίζουν την υγεία τους. Όλα αυτά με την σειρά τους, έχουν θετική ανατροφοδότηση για τις ίδιες, οι οποίες αυξάνουν τις θετικές πηγές πληροφόρησης. (Wood-Barcalow NL et. al 2010)

Στις σύγχρονες κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού η ομορφιά και γενικότερα η ωραία εξωτερική εμφάνιση ταυτίζονται με την αυτό-αξία και το μέτρο «του καλού και του ωραίου», ως μέσα για κοινωνική αποδοχή. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα το πλεονάζον βάρος ταυτίζεται σαφώς με την ασχήμια. Έχει αποδειχτεί ότι οι ωραίες και λεπτές γυναίκες κρίνονται ως θηλυκές σε αντίθεση με εκείνες οι οποίες είναι παχύσαρκες και τρώνε ασυγκράτητα και θεωρούνται πιο αρρενωπές.



Έτσι, συμβαίνει η ομορφιά κατά κύριο λόγο να θεωρείται αδιαμφισβήτητη πλευρά της θηλυκότητας. Η θηλυκότητα και άρα η λεπτή σιλουέτα αποδεικνύονται όχι μόνο πολύτιμα πλεονεκτήματα για την γυναίκα, τόσο στις επαγγελματικές όσο και τις διαπροσωπικές της σχέσεις, αλλά και ένα ουσιαστικό στοιχείο της ταυτότητάς της και της εικόνας της, την οποία «κατασκευάζει» για τον ίδιο της τον εαυτό.

Με αυτόν τον τρόπο, η επιδίωξη της λεπτής σιλουέτας φαίνεται να είναι για την γυναίκα ένα μέσο επιβεβαίωσης. Τα περισσότερα άτομα δεν διατηρούνται στο επιθυμητό βάρος, παρά μόνο με το τίμημα ενός μόνιμου διατροφικού περιορισμού, διότι το βάρος αυτό το οποίο επιβάλλεται από τους κανόνες ομορφιάς, για την πλειονότητα, είναι πολύ κατώτερο από το βάρος το οποίο, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο ζωής μας, θα ήταν το «φυσικό» και στο οποίο το σώμα τείνει αυθόρμητα να σταθεροποιηθεί (προκαθορισμένο σημείο βάρους).

Αυτός ο διατροφικός περιορισμός, κυρίως στα άτομα τα οποία για γενετικούς ή μεταβολικούς λόγους έχουν προδιάθεση στο πάχος, είναι ακόμα πιο επίπονος και αγχωτικός. (Gilbert Sara, 2000).

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρει σημαντικό αριθμό ορισμών για την έννοια της αυτοεκτίμησης. Ο όρος «αυτοεκτίμηση» χρησιμοποιείται συχνά με την έννοια της αυτό-αξιολόγησης που κάνει το άτομο για τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση διαφέρει από την αυτοαντίληψη ή αυτοεικόνα, την εικόνα που κάποιος έχει για τον εαυτό του. Χρησιμοποιείται για να δηλώσει το σύνολο των συναισθημάτων που κάποιος έχει για τις πολλαπλές αυτοεικόνας του. Όταν μιλάμε για τον εαυτό, συνήθως το κάνουμε σα να είναι μια καθαρή, απλή σύλληψη.

Ο William James (Σίμου, Β., Παπάνης, Ε. 2007) αναγνώρισε τέσσερις όψεις του εαυτού: τον φυσικό (σωματικό) εαυτό, τον κοινωνικό εαυτό, τον γνωστικό εαυτό και τον διανοητικό εαυτό. Έτσι η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου, επηρεάζεται ανάλογα με το ποια όψη του εαυτού λαμβάνεται περισσότερο υπόψη. Η αυτοαντίληψη αποτελεί τη γνωστική πλευρά της αυτογνωσίας, ενώ η αυτοεκτίμηση μπορεί να θεωρηθεί ότι αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά, και δείχνει το βαθμό στον οποίο το άτομο αποδέχεται και επιδοκιμάζει τον εαυτό του.

Τη σχέση μεταξύ αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης περιγράφουν οι Wells και Marwell (1976) (όπως αναφέρεται στη Λεονταρή, Α. 1998) ως εξής: «Αν θεωρήσουμε ότι η αυτοαντίληψη απαρτίζεται από ένα σύνολο στάσεων προς τον “εαυτό”, η αυτοεκτίμηση θα μπορούσε να οριστεί ως η αξιολογική πτυχή καθεμιάς από αυτές τις στάσεις ή το σύνολο αυτών των επιμέρους αξιολογήσεων».

Ο William James (1890), ίσως ο ιδρυτής της ψυχολογίας της αυτοεκτίμησης, είδε την αυτοεκτίμηση σαν την απόσταση ανάμεσα στον “ιδανικό εαυτό” και στον “αντιληπτό εαυτό”. (Σίμου, Β., Παπάνης, Ε. 2007). Κατά τον James, (όπως αναφέρεται στη Λεονταρή, Α. 1998) η αυτοεκτίμηση είναι η αναλογία μεταξύ των πραγματικών επιτεύξεων και των φιλοδοξιών ενός ατόμου. Ο James πρότεινε έναν μαθηματικό τύπο, σύμφωνα με τον οποίο η αυτοεκτίμηση είναι ίση με το πηλίκο των επιτυχιών και των προσδοκιών του ατόμου.

### **αυτοεκτίμηση = επιτυχίες / επιδιώξεις**

Θεωρούσε ότι η αυτοεκτίμηση μπορεί να αυξηθεί είτε με τη μείωση των προσδοκιών του ατόμου είτε με την αύξηση της απόδοσής του.

Ο Coopersmith (1967), αναφέρει ότι αυτοεκτίμηση είναι η αξιολόγηση που κάνει κάποιος για τον εαυτό του. Μπορεί να εμπεριέχει στοιχεία επιδοκιμασίας ή αποδοκιμασίας και δείχνει κατά πόσο το άτομο θεωρεί ότι είναι ικανό, σημαντικό, επιτυχημένο και άξιο, την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τις ικανότητές του, τις επιτυχίες του. (Σίμου, Β., Παπάνης, Ε. 2007)

Έχει φανεί από διάφορες έρευνες ότι όσο πιο αρνητική είναι η εικόνα που το άτομο έχει για το σώμα του, τόσο χαμηλότερη αυτοεκτίμηση έχει. Κι αυτό δυστυχώς είναι κάτι που αφορά κυρίως στις γυναίκες, και όχι στους άνδρες, η αυτοεκτίμηση των οποίων φαίνεται να επηρεάζεται από άλλους παράγοντες (κοινωνική, οικονομική θέση). (Kourlaba G, et.al 2009)

Τον Ιούνιο του 1992, το Διοικητικό Συμβούλιο του “Εθνικού Συμβουλίου για την Αυτοεκτίμηση”, με το οποίο είναι συνδεδεμένο και το Ελληνικό Συμβούλιο Αυτοεκτίμησης, συμφώνησε ότι αυτοεκτίμηση είναι “η εμπειρία του να είσαι ικανός να χειρίζεσαι τις προκλήσεις της ζωής και να αισθάνεσαι άξιος για την ευτυχία”. Ο ορισμός αυτός προκύπτει από την εγκεφαλική διαδικασία της αξιολόγησης του εαυτού και της συναισθηματικής διαδικασίας του να νιώθεις ό,τι “αξίζεις”.

#### Έξι περιοχές καθορίζουν αυτές τις διαδικασίες:

- Κληρονομικά χαρακτηριστικά, όπως ευφυΐα, εμφάνιση, σωματικές ικανότητες.
- Ηθική αρετή ή ακεραιότητα.
- Κατορθώματα ή επιτυχίες στη ζωή, όπως δεξιότητες, κερτημένα υπάρχοντα, επιτεύγματα.

- Η αίσθηση ότι σε συμπαθούν και σε αγαπούν.
- Η αίσθηση ότι είσαι μοναδικός, αξίζεις το καλύτερο κι ότι αξίζεις το σεβασμό των άλλων.
- Η αίσθηση ότι εσύ ελέγχεις τη ζωή σου. (Σίμου, Β., Παπάνης, Ε. 2007)

### **1.6.γ. Οπτικά ερεθίσματα**

Πριν από αιώνες, επιστήμονες και φιλόσοφοι, όπως ο Καρτέσιος, πίστευαν ότι η αναπαράσταση ενός φυσικού ερεθίσματος στον εγκέφαλο, μοιάζει με το ίδιο το ερέθισμα. Ότι, δηλαδή, όταν κοιτάμε για παράδειγμα, ένα τραπέζι, τα οπτικά νεύρα, μεταφέρουν μία σειρά ώσεων στον οπτικό φλοιό, που διεγείρεται κατά τρόπο τέτοιο, ώστε να δημιουργείται η παράσταση ενός τραπεζιού, όπου το επάνω μέρος του τραπεζιού θα βρίσκεται στο επάνω μέρος του οπτικού φλοιού, τα πόδια του τραπεζιού θα βρίσκονται στο κάτω μέρος του οπτικού φλοιού κ.ο.κ. Οι νευροεπιστήμονες έχουν από καιρό απορρίψει αυτή την υπόθεση. Δεν έχουμε «έναν ανθρωπάκο μέσα στο κεφάλι μας», ο οποίος βλέπει τις διάφορες μορφές σε μία οθόνη και επομένως το πρότυπο των ώσεων στο φλοιό μας θα μπορούσε να είναι τέτοιο, ώστε να αναπαρίσταται κάτι ίδιο, ανεστραμμένο ή εντελώς άσχετο με τη μορφή του τραπεζιού.

Με άλλα λόγια η κωδικοποίηση των οπτικών πληροφοριών στον εγκέφαλο δεν είναι αντίγραφο της μορφής των αντικειμένων που βλέπουμε. Η διαδικασία περιλαμβάνει τρία στάδια. Την υποδοχή, τον μετασχηματισμό και την κωδικοποίηση. Ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου μαθαίνουν να αντιστοιχίζουν άσχετα ερεθίσματα με συγκεκριμένες τροφές. Ωστόσο η λήψη της τροφής απενεργοποιεί αυτό το νευρικό κύκλωμα, λόγω κορεσμού. (Denett & Kinsbourne, 1992).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι το οπτικό ερέθισμα δεν είναι από μόνο του αρκετό για να δημιουργήσει την οπτική αντίληψη ενός αντικειμένου. Ο εγκέφαλος επεξεργάζεται το οπτικό σήμα σε συνδυασμό με πλήθος άλλων πληροφοριών και καταλήγει στην αντίληψη η οποία πολλές φορές δεν είναι ταυτόσημη με την πραγματικότητα. Εξάλλου, το χρώμα (Arnheim Rudolf 1999), το φόντο, η παρουσία άλλων αντικειμένων (Ε.Γ. Βακαλό 1988), όπως επίσης δεδομένα αισθητηριακά, μνημονικά και συγκινησιακά επηρεάζουν την οπτική αντίληψη (Κονταράτου Σ, 1983).

Σε όλη αυτή τη διαδικασία πολύ σημαντική είναι η συμβολή της τέχνης.

Συγκεκριμένα ο Έσσερ (χαράκτης, σχεδιαστής και ζωγράφος) ανέπτυξε έναν ιδιαίτερο τρόπο για την απεικόνιση του χώρου, αξιοποιώντας την έννοια της προοπτικής για τη δημιουργία οπτικών ψευδαισθήσεων. Το έργο του έχει εκτιμηθεί ιδιαίτερα στο χώρο των θετικών επιστημών και έχει αξιοποιηθεί από διακεκριμένους επιστήμονες για να υποβοηθήσουν την παρουσίαση των ιδεών τους. (Holfstadter, 1979/ *Gudel, Escher, Bach: An Eternal Golden Braid*, βραβείο Pulitzer 1980, Maturana & Varela, *Το δέντρο της Γνώσης*, 1992).



Στο έργο του Έσσερ (*Sun and Moon* 1948), υποσημειώνεται αυτή η αρχική κατάσταση αταξίας, μέσα από την πτήση των πουλιών σε ανεξέλεγκτες κατευθύνσεις.

Όλες αυτές οι επιρροές (δημογραφικές, κοινωνικοπολιτιστικές, περιβαλλοντικές) που προαναφέραμε, επιδρούν στο άτομο χαοτικά (ενσυνείδητα και υποσυνείδητα), σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνεται και κατ' επέκταση πώς βλέπει το σώμα του, ή πώς νομίζει ότι το βλέπουν οι άλλοι. Στην ουσία τα πουλιά είναι τα διάφορα οπτικά μονοπάτια που ακολουθεί το άτομο και αντανακλούν το είδωλο - σώμα του.

Στο έργο του Έσσερ (*Day and Night* 1938), μπορεί κανείς να εντοπίσει την έννοια της συστηματικής «κατόπτρευσης» από ψηλά στην πτήση των πουλιών, που στο προηγούμενο έργο κινούνταν «άτακτα», καθώς και τη συστηματική οριοθέτηση (διαγράμμιση στο έδαφος των ιδεών και προβληματισμών που αναπτύσσονται. Μέσω της εσωτερικής διάθεσης του θεατή – υποκειμένου, ακολουθείται η πορεία της «ημέρας» ή της «νύχτας» (διαταραγμένη διχοτομική σκέψη).



Μάλιστα η ιδιαιτερότητα του έργου να παρουσιάζει την «μετεξέλιξη» του εδάφους στις μορφές των πουλιών τονίζει τον αλληλεπιδραστικό χαρακτήρα της όλης προσπάθειας, όπου το υποκείμενο φαίνεται και πρέπει να καθορίζει τα όριά του στο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται από αυτό και το ίδιο.

Οι ειδικοί παρόλο που δεν συμφωνούν απόλυτα στις ερμηνείες των οπτικών ψευδαισθήσεων, δέχονται ότι **οι ψευδαισθήσεις εξαρτώνται όχι μόνο από το οπτικό μας σύστημα αλλά και από τον πολιτισμό μας γενικά**. Εμείς που ζούμε στη Δύση, έναν κόσμο στον οποίο οι ορθές γωνίες κυριαρχούν σε όλες τις γεωμετρικές μορφές (έπιπλα, τοίχοι, οριζόντια ταβάνια) έχουμε την τάση να υπερ-εκτιμούμε τις οξείες γωνίες (μικρότερα του 'φυσιολογικού' σώματα) και να υπο-εκτιμούμε τις αμβλείες. (μεγαλύτερα του 'φυσιολογικού' σώματα).

Ο Πλάτωνας, εξάλλου, αναφέρει στην Πολιτεία ότι τα ίδια αντικείμενα άλλοτε φαίνονται κοίλα και άλλοτε κυρτά, λόγω της απάτης που προκαλείται στην όραση εξαιτίας των χρωμάτων και όπως συνεχίζει, οι απάτες αυτές **βάζουν σε μεγάλη ταραχή την ψυχή.** (Πλάτωνος, Πολιτεία 602d.)

Ενδιαφέρον θα είχε και αξίζει να αναφερθεί μία εντελώς διαφορετική άποψη στο θέμα, η οποία έρχεται και πάλι μέσω της τέχνης. Υπάρχουν καλλιτέχνες όπως η Jenny Saville, ο Richard Billingham και διάφοροι άλλοι, οι οποίοι απομυθοποιούν το 'ωραίο' και το 'όμορφο' με τα γκροτέσκο έργα τους. Μέσω της υπερβολής, της γελοιογραφίας, του χοντροκομμένου, του γελοίου, του ιδιότροπου, του παράδοξου μέχρι υπερβολής, επιχειρούν να αλλάξουν τα πρότυπα που επικρατούν για την ομορφιά.

Συγκεκριμένα η Jenny Saville, από το 1992 ασχολείται με το γυναικείο σώμα, ενώ τέσσερα χρόνια μετά εκθέτει μία σειρά από φωτογραφίες οι οποίες αποτελούνται από αυτοπροσωπογραφίες της ίδιας. Μέσω παραμορφωτικών φακών καταφέρνει να αλλοιώσει το σώμα της, το οποίο αγγίζει τα όρια της παχυσαρκίας, συνεισφέροντας στην αλλαγή των προτύπων ομορφιάς, μέσω της απομυθοποίησης.



**Εικόνα 4**

Τα σκίτσα της περιλαμβάνουν επίσης χειρουργικές φωτογραφίες λιποαναρρόφησης. Η Saville προσθέτει ένα είδος λευκών δακτυλιδιών πάνω στο σώμα, τα οποία δίνουν την ψευδαίσθηση των γραμμών που κάνουν οι πλαστικοί χειρουργοί πριν από την εγχείρηση.



**Εικόνα 5**

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός και πρέπει να αναφερθεί ότι όταν ζητήθηκε από 30 άτομα (άντρες και γυναίκες) να ζωγραφίσουν ένα πρόσωπο και στη συνέχεια ένα άσχημο πρόσωπο, προκειμένου να καθοριστεί αν τα ευρύτερα χαρακτηριστικά του προσώπου είναι ένα μέτρο της ασχήμιας. Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές, υπήρχε μια τάση να υπερβάλλουν στο σχέδιο του άσχημου προσώπου. (Sternlicht M. 1978)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι σκέψεις ενοχής για λάθη του παρελθόντος ή τρέχουσες συμπεριφορές, εκφράζονται συχνά από άτομα με κατάθλιψη. Ο βαθμός της αυτοκατηγορίας τις περισσότερες φορές είναι τεράστιος και υπερβολικός. Τα γεγονότα τα οποία περιγράφουν, ενώ μπορεί να είναι ασήμαντα, ωστόσο τα μεγαλοποιούν σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα να φορτώνουν τον εαυτό τους με περισσότερες ευθύνες από αυτές που θα έπρεπε. Επίσης το συναίσθημα αναξιοσύνης το οποίο παρουσιάζουν οι πιο πολλοί ασθενείς κυμαίνεται από συναίσθημα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Με τον ανάλογο τρόπο επηρεάζεται η αυτοεκτίμηση. Τα άτομα αυτά είναι ανίκανα να εκτιμήσουν αντικειμενικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις. (Μάνος Ν, 1997).

Επικρατεί η άποψη ότι τα φαινόμενα κατάθλιψης και τα προβλήματα διατροφής στις γυναίκες συνδέονται με μια αρνητική σωματική εικόνα. Πράγματι, ανεξάρτητα από το φύλο, οι διατροφικές διαταραχές ήταν πράγματι υψηλότερες ανάμεσα σε αυτούς με την αρνητική εικόνα σώματος και την υψηλή σημαντικότητα που είχε η εικόνα. Η κατάθλιψη ήταν υψηλότερη στα υποκείμενα με αρνητική εικόνα σώματος, ανεξάρτητα από την σημαντικότητα που κατείχε η εικόνα αυτή για το άτομο. ( Koenig L. et.al 1995).

Το να αναγνωρίσει κανείς τις μεταβλητές που συνδέουν αυτές τις διαταραχές έχει αποτελέσει μια προφανή πρόκληση. Αν και πολλοί πιστεύουν ότι συνδέονται μέσω ενός κοινού γενετικού ή νευροβιολογικού μηχανισμού, δεν υπάρχει ακόμη απόλυτη συμφωνία πάνω σε αυτό το θέμα. (Strober & Katz, 1988). Αν και κάποιες έρευνες υποθέτουν ότι οι διαταραχές της διάθεσης, προηγούνται των διατροφικών διαταραχών δεν υπάρχει πλήρη ομοφωνία σχετικά με τη σειρά έναρξης των δύο διαταραχών. (Piran, et. al 1985) Οι βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες πιθανότατα αλληλεπιδρούν αμοιβαία, καθιστώντας πολύ δύσκολο τον καθορισμό για το αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οδήγησαν στα διατροφικά προβλήματα ή αν η προβληματική διατροφή οδήγησε σε κατάθλιψη. (Garfinkel & Garner, and Swift Andrews and Barclage, 1986)

## 2.1 Νευρική Ανορεξία - Νευρική Βουλιμία

Με τον όρο **ανορεξία** εννοούμε μία νοσηρή κατάσταση φόβου πάχυνσης που βιώνει το άτομο, με αποτέλεσμα την διαρκή μη λήψη τροφής ακόμη και όταν το άτομο είναι ελλειποβαρές. Η νευρική ανορεξία πήρε τις εξής ονομασίες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 300 χρόνων: «νευρική κατανάλωση» (Morton), «νευρική ατροφία» (Whytt), «υποχονδριακό ντελίριο (Marce), «μορφή υστερίας που συνδέεται με την υποχονδρίαση» (Lasegue), «διαστροφή του εγώ» (Gull).

Η ψυχογενής ή **νευρογενής ανορεξία** είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύσαρκο. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες. Άτομα με τη διαταραχή αυτή μαρτυρούν ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ακόμα και όταν έχουν απισχανθεί και αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν τα καθησυχάζει και διατηρείται ο φόβος της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη για όλο τους το σώμα και την εξωτερική τους εικόνα – δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή τα διάφορα μέλη είναι πολύ παχιά ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» δεν είναι πραγματικό κριτήριο. Τα άτομα τα οποία πάσχουν από νευρογενή ανορεξία πεινάνε και υποφέρουν. Σε ένα βάθος χρόνου και στην πορεία εξέλιξης της νόσου επέρχεται η ανορεξία.

Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στη ταυτότητα και την αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η απώλεια του βάρους επιτυγχάνεται με δραματική μείωση της συνολικής ποσότητας της τροφής, με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών μαζί με εξαντλητική άσκηση ή ακόμη και με προκλητό έμετο. (Μάνος Ν, 1997).

Με τον όρο **βουλιμία** στην επιστημονική ορολογία, εννοούμε επαναλαμβανόμενα επεισόδια έντονης επιθυμίας για τροφή. Ένα επεισόδιο βουλιμίας συνεπάγεται ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα, και συνοδεύεται από ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου κατά την διαδικασία της πρόσληψης τροφής, και καταθλιπτική διάθεση και σκέψεις αυτομομφής στο τέλος.



Τα βουλιμικά επεισόδια μπορεί να ενσκήπτουν μερικές φορές τη μέρα έως λίγες φορές το μήνα. (Fairburn C 2005) Οι βουλιμικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν δύο τύπους βουλιμικής συμπεριφοράς, οι οποίοι είναι:

- Ο Τύπος Κάθαρσης: Κατά την διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

- Ο Τύπος Μη Κάθαρσης: Κατά την διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων. (Μάνος Ν,1997).

Είναι ευρέως γνωστό ότι βασικό χαρακτηριστικό τόσο της νευρικής ανορεξίας όσο και της βουλιμίας είναι η διαταραγμένη εικόνα σώματος. Συγκεκριμένα τα άτομα αυτά δεν είναι ικανοποιημένα με την εικόνα σώματος τους και προσπαθούν να την αλλάξουν συνήθως στοχεύοντας στην απώλεια βάρους. Για την επίτευξη του στόχου τους χρησιμοποιούν επιβλαβείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους όπως χρήση καθαρτικών/διουρητικών, νηστεία, πρόκληση εμετού και υπερβολική άσκηση. (Moore, 1993)

Σε μια πρόσφατη μελέτη ο Carlo Pruneti και οι συνεργάτες του εξέτασαν σε δείγμα 4550 εφήβων τη σχέση των διατροφικών διαταραχών με την εικόνα σώματος. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι το 67% των εφήβων είχαν διαταραγμένη εικόνα σώματος και αντιστάθμιζαν τα υπερφαγικά επεισόδια με την πρόκληση εμετού και τη χρήση καθαρτικών. (Pruneti et al. 2004)

Επιπρόσθετα Ισπανοί ερευνητές εξέτασαν τη σχέση των διατροφικών διαταραχών με την εικόνα σώματος και τα συναισθήματα σε γυναίκες ηλικίας 18-46 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- Οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσίασαν αυξημένη εσωστρέφεια και επιθυμία για λεπτότερο σώμα (δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος)
- Οι ενήλικες γυναίκες ήταν περισσότερο δυσαρεστημένες με την εικόνα σώματος τους σε σχέση με τις έφηβες
- Τόσο οι ενήλικες γυναίκες όσο και οι έφηβες παρουσίασαν υπερφαγικά επεισόδια
- Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν οι έφηβες για να αντισταθμίσουν τα υπερφαγικά επεισόδια ήταν κυρίως η πρόκληση εμετού και η χρήση καθαρτικών

- Η μέθοδος που χρησιμοποιούσαν οι ενήλικες γυναίκες για να αντισταθμίσουν τα υπερφαγικά επεισόδια ήταν κυρίως η υπερεντατική άσκηση (Álvarez, et al. 2009)

Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για να εξηγήσουν τους ψυχολογικούς παράγοντες, που διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην αιτιοπαθογένεια και διαιώνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Οι νόσοι αυτές χαρακτηρίζονται από μια πολύ συγκεκριμένη διαταραχή στον τρόπο, που το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την προσωπική του ταυτότητα. Για τους περισσότερους πάσχοντες ο τρόπος, που βιώνουν την αυτοαξία τους, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική τους εμφάνιση και τα επιτεύγματά τους. (Kemperman et al., 1997)

Συγκεκριμένα τα άτομα με **νευρική ανορεξία** εμφανίζουν κρίσεις θυμού, υπερευαισθησία, απομόνωση, άρνηση για υποστήριξη και βοήθεια. (Berb & Sodersen, 1998) Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν έλλειψη στην αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού του Εγώ. Συνήθως αναφέρουν ότι το σώμα τους βρίσκεται υπό τον έλεγχο των γονέων τους και υποβάλλουν τον εαυτό τους σε υποσιτισμό στην προσπάθεια τους να αποκτήσουν αυτοέλεγχο και αυτοεκτίμηση. (Kay et al. 2000)

Από την άλλη πλευρά τα βουλιμικά άτομα συνήθως προσπαθούν να βρουν διέξοδο μετά από μια τραυματική εμπειρία και τελικά παγιδεύονται σε έναν φαύλο κύκλο συναισθημάτων όπως μελαγχολία, ντροπή, απομόνωση, ενοχές, αηδία, απέχθεια, θυμό, απόγνωση, μοναξιά, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απόρριψης, επιθετικότητα, αυτοκαταστροφικές τάσεις και κατάθλιψη. Επιπλέον οι συγκεκριμένοι ασθενείς κάτω από την επίδραση αρνητικής συναισθηματικής φόρτισης καταφεύγουν σε βουλιμικά επεισόδια. (Corcos et al. 2000)

Σε μια πρόσφατη έρευνα ο Smyth και οι συνεργάτες του (2007) εξέτασαν τα συναισθήματα 131 βουλιμικών γυναικών μέσης ηλικία 25,3 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα περισσότερα βουλιμικά επεισόδια και στη συνέχεια η πρόκληση εμετού εμφανίστηκαν μετά από αυξημένα αρνητικά συναισθήματα, θυμό και στρες. (Smyth et al, 2007) Όσον αφορά τη νευρική ανορεξία η Torres και οι συνεργάτες της (2010) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο να διερευνήσουν τα συναισθήματα ασθενών με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Κατά τη διάρκεια της μελέτης παρατήρησαν ότι οι περισσότερες ασθενείς παρουσίασαν αμφιθυμία και αρνητικά συναισθήματα. (Torres et al, 2010)

## 2.2 Διαστρέβλωση συγκεκριμένων σημείων του σώματος

Ο εγκέφαλός μας «βλέπει» το σώμα μας έως και κατά 2/3 μεγαλύτερο σε σύγκριση με την πραγματικότητα. Προκειμένου να καταλήξουν στα συμπεράσματά τους οι ερευνητές ζήτησαν από περισσότερους από 100 εθελοντές να κρίνουν το μέγεθος της παλάμης τους. Έβαλαν τους εθελοντές να τοποθετήσουν την αριστερή παλάμη τους σε ένα τραπέζι και να την καλύψουν. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν στη συνέχεια να δείξουν πού πίστευαν ότι βρίσκονταν διαφορετικά σημεία του χεριού τους, όπως οι άκρες και οι αρθρώσεις των δαχτύλων. Με τα στοιχεία αυτά οι επιστήμονες «αποθανάτισαν» την εικόνα που έχει ο εγκέφαλος σχετικά με το μέγεθος του χεριού. Συγκεκριμένα ο επικεφαλής της έρευνας Dr Matthew Longo, είπε: « την φράση ότι ...γνωρίζω την πόλη όπως την παλάμη του χεριού μου, προδιαθέτει ότι έχουμε σχεδόν την τέλεια επίγνωση του μεγέθους και της θέσης των μελών του σώματός μας. Η έρευνα όμως αποκαλύπτει ότι κάτι τέτοιο απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν δραματικές στρεβλώσεις στο σχήμα του χεριού, που ήταν εξαιρετικά εμφανείς σε όλους τους συμμετέχοντες. Το χέρι φαίνεται να παρουσιάζεται ως ευρύτερο από ό, τι είναι στην πραγματικότητα και τα δάχτυλα, μικρότερου μεγέθους από ό,τι πραγματικά είναι – «ένα εύρημα που θα μπορούσε να εφαρμόζεται και σε άλλα μέλη του σώματος », πρόσθεσε ο Dr Longo.-

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη κλήθηκαν να τοποθετήσουν την αριστερή τους παλάμη κάτω από μια σανίδα και να 'μαντέψουν' τη θέση των αρθρώσεων του χεριού καθώς και των δακτυλικών αποτυπωμάτων, επισημαίνοντας σε ποιο σημείο αντιλαμβάνονται καθένα από αυτά τα σημεία. Μια κάμερα που βρισκόταν από πάνω κατέγραψε το πείραμα, καθόλη τη διάρκεια, όπου ο συμμετέχων επεσήμανε. Οι ερευνητές ανακατασκεύασαν το μοντέλο του εγκεφάλου και αποκαλύφθηκαν εντυπωσιακές στρεβλώσεις.

Η έρευνα, αποσκοπεί στο να μάθουμε πώς ο εγκέφαλος ξέρει πού, όλα τα μέρη του σώματος, βρίσκονται στο χώρο, ακόμη και όταν κλείνουν τα μάτια μας - η ικανότητα είναι γνωστή και ως «**λογική θέση**». Οι νευροεπιστήμονες θεωρούν ότι η αίσθηση της θέσης απαιτεί δύο διαφορετικά είδη πληροφοριών. Σήματα όπου ο εγκέφαλος λαμβάνει από τους μύες και τις αρθρώσεις, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αίσθηση της θέσης, αλλά ο εγκέφαλος χρειάζεται επίσης ένα μοντέλο σχήματος και μεγέθους του κάθε μέλους του σώματος. Για παράδειγμα, για να γνωρίζουμε όταν η άκρη του δακτύλου είναι στον χώρο, ο εγκέφαλος πρέπει να γνωρίζει τις γωνίες των αρθρώσεων σε ολόκληρο το χέρι και στον καρπό αλλά επίσης και το μήκος του βραχίονα, του καρπού και του δακτύλου.

Σαφώς υπάρχει μια συνειδητή οπτική εικόνα του σώματος, αλλά αυτό δεν φαίνεται να χρησιμοποιείται για την αίσθηση της θέσης.

Τελικά τα άτομα που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη μελέτη πίστευαν ότι:

- Τα χέρια τους ήταν περίπου κατά τα δύο τρίτα ευρύτερα από τις πραγματικές μετρήσεις
- Τα χέρια τους ήταν περίπου κατά το ένα τρίτο μικρότερα από τις πραγματικές μετρήσεις.

Μέχρι σήμερα οι επιστήμονες πίστευαν ότι ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί ένα μοντέλο σώματος το οποίο χαρακτηρίζεται από μεγάλη ακρίβεια. Η άποψη τους αυτή βασιζόταν στην παραδοχή ότι καθημερινά κοιτάζουμε το σώμα μας και κατά συνέπεια ο εγκέφαλος μας έχει αναπτύξει την σωστή αναπαράστασή του. Εντούτοις, ο Matthew Longo (2010) ανακάλυψε ότι υπάρχει πιθανότητα ο εγκέφαλος να έχει αναπτύξει λάθος μοντέλο σχετικά με το σώμα. Αυτό το «λάθος» ανέφερε ότι οφείλεται στην αποστολή μεγάλου αριθμού αισθητήριων σημάτων στον εγκέφαλο από διαφορετικά σημεία του δέρματος. Τα ευρήματα αυτά μπορεί κάλλιστα να συσχετιστούν με ψυχιατρικούς όρους που σχετίζονται με την εικόνα σώματος, όπως η νευρική ανορεξία, όπου μπορεί να αντιληφθεί το σώμα 'μεγαλύτερο' από ότι είναι στην πραγματικότητα (Matthew Longo, 2010).

Μεταξύ νέων ηλικίας 14 μέχρι 18 χρονών, η ικανοποίηση από ορισμένα μέρη του σώματος όπως το στόμα, τα δόντια, και τα χείλη είναι πιο έντονη, ενώ η ίδια τάση υπάρχει και για περιφερειακά μέρη του σώματος, χέρια και πόδια (Damhorst et. al 1988)

Από άλλη εργασία διαπιστώθηκε μια υπερεκτίμηση των σωματικών διαστάσεων των ατόμων η οποία μειώνεται με τα χρόνια (Kreitler & Kreitler, 1987). Η σωματική ικανοποίηση είναι μειωμένη κατά την εφηβική ηλικία ιδιαίτερα σε μέρη όπως ισχία και στομάχι και συνδέεται με την αυτοεκτίμηση και την έντονη δίαιτα (Davies & Furnham, 1986).

### **2.3 Ο φαύλος κύκλος ντροπής – ενοχής / υπερηφάνειας στην ανάπτυξη και διατήρηση της ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών**

Η υπερηφάνεια, όπως και η ντροπή είναι συναίσθημα ενσυνείδητο. Είναι συνυφασμένη με την κοινωνική επιτυχία και με αισθήματα αποδοχής ή/και θαυμασμού από άλλα άτομα. Η υπερηφάνεια συχνά περιλαμβάνει μία κοινωνική σύγκριση και ένα στοιχείο ανταγωνισμού. (Gilbert, 1998). Οι Goss and Gilbert (2002), υπέθεσαν ότι η υπερηφάνεια καθώς και η ντροπή μπορεί να παίξουν κρίσιμο ρόλο στην διατήρηση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Πρότειναν ένα μοντέλο με βάση το λειτουργικό ρόλο των πιστεύω των διατροφικών διαταραχών καθώς και συμπεριφορές όσον αφορά τη διαχείριση της ντροπής.

Περιέγραψαν ένα μοντέλο που θα βασίζεται σε παράγοντες κινδύνου που μπορεί να προδιαθέτουν ένα άτομο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Πρότειναν ότι διαφορετικά πρότυπα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, ίσως σχετίζονται το καθένα με διαφορετικό τρόπο με εσωτερική και εξωτερική ντροπή. Αναγνώρισαν έναν αριθμό από παράγοντες ως υπόβαθρο, οι οποίοι μπορούν να 'στήσουν ένα σκηνικό', για την ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής. Αυτός ο αριθμός περιλαμβάνει γενετικούς παράγοντες, προσωπικότητα (νευρωτισμός, διαπροσωπική ευαισθησία), πρώιμη συναισθηματική εμπλοκή και εμπειρίες απόρριψης ή κακοποίησης, καθώς επίσης και τους πολιτιστικούς παράγοντες που εντείνουν τον ανταγωνισμό για συγκεκριμένα σωματικά, σχηματικά πρότυπα και εμφανίσεις.

Ισχυρίζονται ότι αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε διάφορες μορφές ενσυνείδητης εξωτερικής ντροπής. , εντείνουν τις διαπροσωπικές ευαισθησίες και επίσης επηρεάζουν την εσωτερική ντροπή , την αυτο-αντίληψη και την ταυτότητα. Τα άτομα τα οποία αισθάνονται ευάλωτα στις αρνητικές επιρροές (π.χ απόρριψη), επιδιώκουν τρόπους για να αμυνθούν ενάντια σε αυτές τις απειλές προσπαθώντας να αλλάξουν το σωματικό τους βάρος και σχήμα προς ένα σώμα πολιτισμικά επιθυμητό. (Kenneth Goss & Steven Allan 2009)

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τους Goss and Gilbert (2002), όταν τα άτομα αυτά καταφέρνουν να διαχειρίζονται το βάρος τους, αισθάνονται υπερηφάνεια, ενώ όταν δεν τα καταφέρνουν βιώνουν αισθήματα ενοχής. Αυτό οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο ντροπής- υπερηφάνειας που διατηρεί τη διαταραχή.

Υποστήριξαν ότι κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ασθενείς με διατροφική διαταραχή περιοριστικού τύπου, παρά καθαρτικού, διότι ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπείς σε θέματα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.

Ο Gilbert (2002) υποστηρίζει ότι η ντροπή αποτελεί ένα σημάδι έγκαιρης προειδοποίησης στην κοινωνική απόρριψη ή στην προσβολή από άλλα άτομα. Κατά συνέπεια, είναι απαραίτητο αυτές οι κοινωνικές απειλές να επιλυθούν για να αντιμετωπιστεί η εσωτερική/εξωτερική ντροπή. Τα άτομα αυτά ανταποκρίνονται στην εσωτερική/εξωτερική ντροπή με προκατάληψη, επιθετικότητα, υποβολή προς τους άλλους, απόκρυψη σκέψεων και συμπεριφορών. Επιπλέον, φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν την ντροπή μέσω της απόσπασης προσοχής και της υποστήριξης από τους άλλους.

Μια από τις πρώτες μελέτες που ασχολήθηκε με το αίσθημα ντροπής και τις διατροφικές διαταραχές πραγματοποιήθηκε από την Frank (1991). Συγκεκριμένα η Frank εξέτασε τα συναισθήματα της ντροπής και της ενοχής σε γυναίκες με διατροφικές διαταραχές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο. Τελικά ανακάλυψε ότι οι συγκεκριμένες γυναίκες διακατέχονταν περισσότερο από το αίσθημα της ντροπής παρά της ενοχής μετά από την υπερκατανάλωση. (Frank, 1991) Επίσης ο Cooper και οι συνεργάτες του (1998) εξέτασαν τα συναισθήματα 12 ανορεξικών και 12 βουλιμικών γυναικών. Μετά το τέλος της μελέτης κατέληξαν στα παρακάτω συμπεράσματα:

- ✓ Όλες οι γυναίκες παρουσίασαν αρνητικά συναισθήματα όπως κατωτερότητα, αποτυχία, εγκατάλειψη και μοναξιά.
- ✓ Οι ανορεκτικές γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερες ποσότητες τροφίμου από αυτές που κατανάλωσαν στην πραγματικότητα. (Cooper, 1998)

Σε μια πρόσφατη μελέτη ο Troop και οι συνεργάτες του κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές όσον αφορά το συναίσθημα της ντροπής μεταξύ βουλιμικών και ανορεκτικών γυναικών. Συγκεκριμένα διαπίστωσαν ότι τα ανορεκτικά άτομα παρουσίασαν πιο υψηλά επίπεδα εξωτερικής ντροπής σε σχέση με τα βουλιμικά. Επιπλέον η εσωτερική ντροπή συνδέθηκε περισσότερο με τα βουλιμικά συμπτώματα και είχε άμεση σχέση με το βάρος και την εικόνα σώματος. (Troop et al, 2008)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

#### 3.1 Γνωσιακές - Συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

Η γεφύρωση ανάμεσα στο νου και το σώμα προχωρά μέσα από διεπιστημονικές έρευνες. Κυρίως έμφαση δίνεται σε ό,τι αφορά τη λειτουργία του εγκεφάλου. ( Cozolino, 2002) Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία (CBT) ως ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της διαταραχής της εικόνας του σώματος. Η συγκεκριμένη θεραπεία βασίζεται στην παραδοχή ότι κάποιες διαδικασίες συμμετέχουν στην διατήρηση της διατροφικής διαταραχής. Φαίνεται ότι συγκεκριμένες γνωσιακές επιρροές «συντηρούν» την διαταραχή, όπως η τάση να κρίνει κάποιος την αυτοαξία του αποκλειστικά με βάση την σωματική του εικόνα, το βάρος του, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την τελειομανία. Αυτές οι επιρροές έχουν ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν αίσθημα φοβίας με την παραμικρή αύξηση βάρους και μεγάλη ευαισθησία στην μεταβολή της σωματικής τους εικόνας, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε συνεχή προσπάθεια αυστηρού ελέγχου της διατροφής τους. (Murphy et al, 2010)

Ένα πρότυπο μοντέλο της γνωσιακής θεραπείας είναι αυτό που αναφέρουν σε μελέτη τους και οι Grant και Cash (1995).

- Πρώτον, το άτομο δημιουργεί μια αυτο-αξιολόγηση για τον τρόπο με τον οποίο η αρνητική εικόνα σώματος αναπτύσσεται.
- Δεύτερον, το άτομο εκπαιδεύεται να κρατάει ημερολόγιο για τις οδυνηρές στιγμές που περιλαμβάνουν ακραία σωματική δυσαρέσκεια.
- Στη συνέχεια προτείνονται ασκήσεις χαλάρωσης.
- Τέταρτον, απευαισθητοποίηση σωματικής έκθεσης, μέσω της φαντασίας. Εκτός όμως από την φανταστική έκθεση οι Rosen et. al (1997), αναφέρουν την σταδιακή σωματική έκθεση, όμως στην πραγματικότητα. Πρότειναν την έκθεση αρχικά σε ιδιωτικό χώρο και αργότερα σε δημόσιες-κοινωνικές περιστάσεις, όπως για παράδειγμα σε ένα κολυμβητήριο με την αρμόζουσα ενδυμασία.
- Πέμπτο, έκτο και έβδομο, είναι όταν ο ασθενής αντιλαμβάνεται και προσαρμόζει τα λάθη στην κρίση της εικόνας του σώματός του.
- Όγδοο, εντοπίζει αυτοκαταστροφικές, αποφευκτικές και καταναγκαστικές συμπεριφορές σε σχέση με την εικόνα του σώματός του.

- Ένατο, χρησιμοποιεί διαφορετικές στρατηγικές για τη μείωση αυτών των αρνητικών συμπεριφορών.
- Δέκατο, το άτομο εξετάζει νέες γνωστικές-συμπεριφορικές δεξιότητες και μαθαίνει πώς να τις εφαρμόσει σε δύσκολα διαπροσωπικά γεγονότα που προκαλούν αρνητική εικόνα σώματος.
- Και τέλος αναφέρουν την εκμάθηση νέων στρατηγικών για την πρόληψη της υποτροπής.

Πρέπει να σημειωθεί ότι πολλά άτομα μπορεί να παραλλάσουν κατά περιόδους την συμπεριφορά τους. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμάται η «ενισχυμένη» γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT-E) η οποία στηρίζεται στην παραδοχή ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να βασίζονται στη συνολική εκτίμηση των δυσκολιών του ατόμου. Η συγκεκριμένη θεραπεία χρησιμοποιεί ποικίλες, νέες στρατηγικές και διαδικασίες για να βελτιώσει την έκβαση της διατροφικής διαταραχής. Κατά την διάρκειά της ακολουθούνται 4 στάδια:

1<sup>ο</sup> στάδιο: στόχος είναι η δέσμευση του ασθενούς στη διαδικασία της θεραπείας και των απαραίτητων αλλαγών. Αυτό επιτυγχάνεται με 2 σημαντικές διαδικασίες: την εβδομαδιαία ζύγιση των τροφίμων που καταναλώνει και την φυσιολογική κατανάλωση (κατανάλωση προγραμματισμένων γευμάτων). (Murphy et al, 2010)

2<sup>ο</sup> στάδιο: σε αυτό το στάδιο ο θεραπευτής εξετάζει την πρόοδο του ασθενούς και προσδιορίζει τα προβλήματα που τον οδήγησαν σε διαταραγμένη συμπεριφορά. Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει πρόοδο πρέπει ο θεραπευτής να τον επαινέσει για τις προσπάθειες του αλλά και για τις αλλαγές που κατάφερε να επιτύχει. Σε περίπτωση που δεν έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα ο θεραπευτής εξετάζει τους λόγους για τους οποίους δεν υπήρχε η ζητούμενη πρόοδος (όπως ο χαμηλός αυτοσεβασμός) και κάνει τις κατάλληλες παρεμβάσεις. (Murphy et al, 2010)

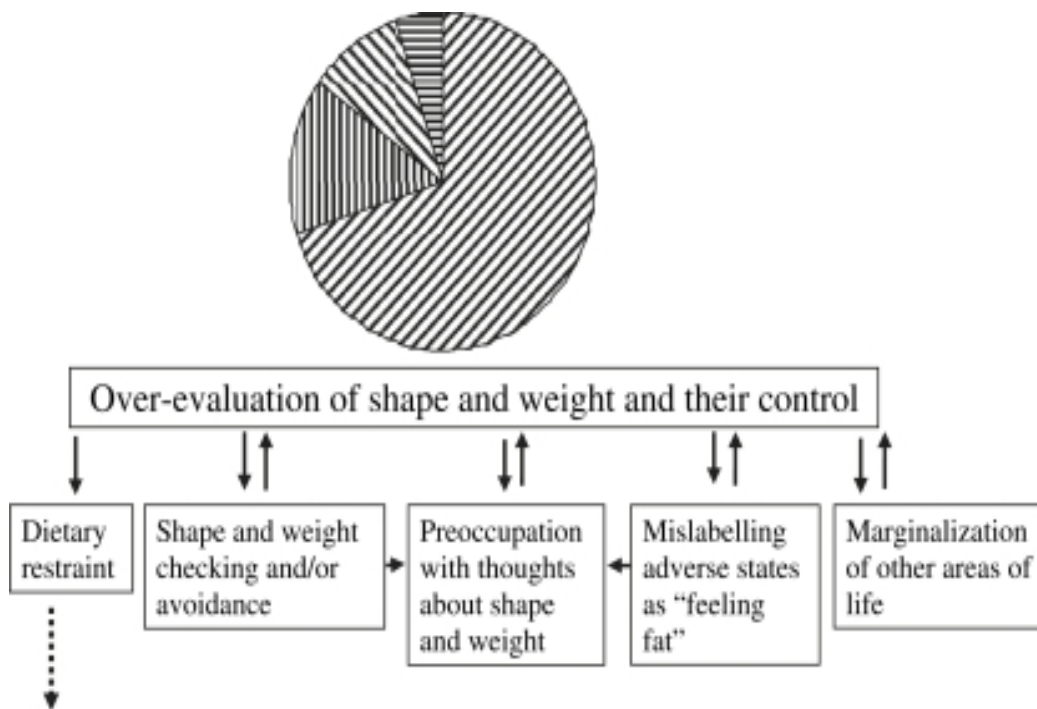
3<sup>ο</sup> στάδιο: αποτελεί το κύριο στάδιο της θεραπείας, στόχος του είναι να εξετάσει τις συμπεριφορές που διατηρούν την διατροφική διαταραχή. Οι μηχανισμοί που εξετάζονται περιλαμβάνουν (σχήμα 5):

1. Προσδιορισμός της υπερεκτίμησης και των συνεπειών της
2. Ενίσχυση της σημασίας άλλων πτυχών της ζωής του ασθενούς για την αυτο-αξιολόγηση του
3. Εξέταση του ελέγχου και της δυσαρέσκειας σώματος του ασθενούς



4. Εξέταση του αισθήματος πάχυνσης
5. Διερεύνηση σχετικά με την προέλευση της υπερεκτίμησης
6. Εξέταση των διαιτητικών κανόνων
7. Εξέταση των γεγονότων που οδήγησαν σε αλλαγές όσον αφορά την κατανάλωση τροφίμων
8. Εξέταση της κλινικής τελειομανίας, του χαμηλού αυτοσεβασμού, και των διαπροσωπικών προβλημάτων (Murphy et al, 2010)

**Σχήμα 5. Η υπερεκτίμηση της μορφής και του βάρους σώματος και ο έλεγχός της**



**Πηγή: Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. Murphy et al. Psychiatr Clin North Am. 2010; 33: 611–627**

4<sup>ο</sup> στάδιο: εστιάζεται στη διατήρηση της προόδου που έχει σημειωθεί μειώνοντας τον κίνδυνο της υποτροπής. Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής ξεκινάει την εβδομαδιαία ζύγιση τροφίμων στο σπίτι, ενώ παράλληλα ενθαρρύνεται να συνεχίσει τις προσπάθειές του για την ανάπτυξη νέων ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. (Murphy et al, 2010)

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς δύσκολα αλλάζουν. Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι μπορεί κάποιος να δράσει με μικρούς τρόπους σε καθημερινή βάση για την ενίσχυση θετικού κλίματος. (Lyubomirsky S, et. al 2005)

Η Mary C. Davis, προτείνει 7 προτάσεις που αναφέρονται σε ενισχυμένη ποιότητα ζωής και συνδέονται με θετικά συναισθήματα μέσα από κάθε ευκαιρία για κοινωνική συσχέτιση και αποτελεσματική επαφή με το άμεσο αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον (Davis, 2009)

- ✓ Συμπεριφέρομαι όπως και οι χαρούμενοι άνθρωποι. ○ William James, πρωτοποριακός φιλόσοφος και ψυχολόγος του 18ου αιώνα είπε: *«Αν θέλετε ποιότητα, να ενεργείτε σαν να την είχατε ήδη»*
- ✓ Συμμετέχω σε ευχάριστες δραστηριότητες.
- ✓ Μοιράζομαι με άλλους ανθρώπους, όπως φίλοι, οικογένεια, συνάδελφοι (έστω και ένα γεύμα).
- ✓ Να προσφέρω βοήθεια. Η αλτρουιστική συμπεριφορά που υποκινήθηκε από το ενδιαφέρον για τους άλλους χωρίς την προσδοκία ανταμοιβής συνδέεται με την βελτίωση της ευημερίας. Ακόμη και η εθελοντική βοήθεια αυξάνει την καλή διάθεση. (Morrow-Howell N, et. al 2003 ).
- ✓ Έρχομαι σε επαφή με τη φύση έστω και μία ώρα κάθε μέρα. Η επαφή με το φυσικό περιβάλλον μπορεί να συνεισφέρει στην δημιουργία θετικών συναισθημάτων πολύ περισσότερο απ' ότι να κάνουμε το διάλειμμά μας ακόμη και σε ένα ευχάριστο εσωτερικό περιβάλλον.
- ✓ Έχω τακτική φυσική δραστηριότητα.
- ✓ Διαλογίζομαι (yoga, reiki)

Οι προτάσεις αυτές διατυπώνονται στο πρώτο ενικό πρόσωπο για να γίνει πιο εύκολα κατανοητή η έμφαση που χρειάζεται να διατυπωθούν, προκειμένου να ταυτιστούν με τις απλές καθημερινές συνήθειες και τις κοινωνικές συναναστροφές. Η μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου τον κάνει να ξεχωρίζει και να αποτελεί αντικείμενο μελέτης για την επιστήμη ως ξεχωριστή οντότητα. Οι αντιδράσεις, οι συμπεριφορές και ο τρόπος σκέψης για τον κάθε άνθρωπο διαφέρουν σημαντικά. Ωστόσο μπορούμε να μιλήσουμε για κάποιες γενικές κατευθυντήριες γραμμές.

Ο Goleman συνθέτει τις νεότερες νευροεπιστημονικές ανακαλύψεις που αφορούν στη λειτουργία του εγκεφάλου με τα συναισθήματα. Χρησιμοποιώντας ευρήματα από κλινικές μελέτες, προσδιορίζει τους παράγοντες εκείνους, πέρα από τους γνωστούς που εμπλέκονται με τη θεωρία της κλασικής νοημοσύνης, που κάνουν τους ανθρώπους να επιτυγχάνουν ή να αποτυγχάνουν στη ζωή τους. Οι παράγοντες αυτοί συνθέτουν τη συναισθηματική νοημοσύνη και εντάσσονται κατά τους Salovey και Mayer σε πέντε βασικούς τομείς, οι οποίοι είναι:

- i. Η γνώση των συναισθημάτων (αυτοεπίγνωση)
- ii. Ο έλεγχος των συναισθημάτων
- iii. Εξεύρεση κινήτρων
- iv. Η αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων (ενσυναίσθηση)
- v. Ο χειρισμός των σχέσεων

Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς τις ικανότητές τους σε καθέναν από αυτούς τους τομείς. Κάποιος μπορεί να είναι πολύ επιδέξιος σε έναν τομέα αλλά να υστερεί σε κάποιους άλλους. Το θεμελιακό στοιχείο του επιπέδου των δεξιοτήτων μας είναι νευρωνικό, αλλά ο εγκέφαλος ως πολύ εύπλαστος μαθαίνει συνέχεια.

Ο Baron επίσης υπογραμμίζει τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την συναισθηματική νοημοσύνη: (Baron, R., and Parker, J 2000)

- i. Ενδοπροσωπικοί παράγοντες (αυτοσεβασμός, αυτοδιαπίστωση δυνάμεων, ανεξαρτησία, συναισθηματική αυτοεπίγνωση, κατηγορηματικότητα)
- ii. Διαπροσωπικοί παράγοντες (ενσυναίσθηση, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική υπευθυνότητα)
- iii. Παράγοντες προσαρμοστικότητας (ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ευελιξία, ικανότητα αντιμετώπισης πραγματικών καταστάσεων)
- iv. Παράγοντες αντιμετώπισης του στρες (αντοχή στο στρες, έλεγχος παρορμητικότητας)
- v. Γενετικοί παράγοντες διάθεσης (ευτυχία, αισιοδοξία)

### 3.2 Διατροφική παρέμβαση

Η λήψη τροφής έχει ομοιοστατική δράση, διατηρεί σε σχετικά σταθερά επίπεδα την παροχή ενέργειας στα κύτταρα αλλά και το βάρος του σώματος. Ωστόσο, ο εγκέφαλος επιπρόσθετα ελέγχει τα επίπεδα της γλυκόζης, τη διάταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, το βάρος του σώματος και πιθανότατα και άλλες μεταβλητές. Προλαμβάνει μελλοντικές ανάγκες, αλλά ανταποκρίνεται και σε τρέχουσες. Η απαρτίωση αυτών των διαφορετικών και μερικές φορές αντιφατικών πληροφοριών παρέχει την εξής ασφαλιστική δικλείδα: Εάν ένα σύστημα παρέχει ελαττωματική πληροφόρηση, τα άλλα συστήματα μπορούν να την υπερκεράσουν.

Επιπλέον, μερικές φορές οι άνθρωποι αγνοούν τις ενδείξεις της φυσιολογίας τους. Μπορεί, ακόμη και αφού έχουν χορτάσει, να καταναλώνουν διάφορες πολύ ελκυστικές τροφές και, ακόμη και όταν πεινούν, να αποφεύγουν τις τροφές που έχουν δυσάρεστη γι' αυτούς γεύση.

Η λήψη τροφής είναι μία περίπλοκη συμπεριφορά που εξαρτάται από ένα σύνολο γνωστικών, κοινωνικών και φυσιολογικών επιδράσεων. (Kalat, 2003)

Τα συμπτώματα κατάθλιψης και οι διαταραχές διατροφής σχετίζονται με μια αρνητική σωματική εικόνα (Koenig & Wasserman, 1995). Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται με πολλούς τρόπους για να περιγράψει τη διάθεση, τον εντοπισμό συνδρόμου και σαν ψυχιατρική νοσολογική έννοια. Η «κακή» διάθεση είναι πιο εξοικειωμένη σε εμάς με την αίσθηση της «εμπειρίας της δυστυχίας» ή της αγωνίας. Μπορεί να εμπλέκονται συναισθήματα κατανάλωσης τροφής, ενοχής, απαξίωσης, αυτο-αποδοκίμασias, αδιαφορίας και απάθειας.

Η σεροτονίνη αποτελεί νευροδιαβιβαστή καθοριστικής σημασίας για την ψυχολογική μας διάθεση και ταυτόχρονα πεδίο δράσης των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, καθώς και σκευασμάτων κατά της βουλιμίας (prozak).

Μετά την κατανάλωση υδατανθράκων, η αύξηση του σακχάρου προκαλεί την απελευθέρωση ινσουλίνης από το πάγκρεας. Η ινσουλίνη με τη σειρά της προκαλεί την πρόσληψη πολλών αμινοξέων (όχι όμως και της τρυπτοφάνης) από τους περιφερικούς ιστούς, όπως είναι οι μύες. Σε αντίθεση λοιπόν με τα άλλα αμινοξέα, το αμινοξύ τρυπτοφάνη δεσμεύεται από την αλβουμίνη του αίματος, με αποτέλεσμα να αυξάνεται στο αίμα η αναλογία μεταξύ τρυπτοφάνης και μεγάλων ουδέτερων αμινοξέων (LNAA).

Η συγκεκριμένη υψηλή αναλογία τρυπτοφάνης προς LNAA, έχει σαν τελική συνέπεια την προώθηση σημαντικών ποσοτήτων του αμινοξέως αυτού στον εγκέφαλο. Εκεί η τρυπτοφάνη συμβάλλει, ως πρόδρομος ουσία στην παραγωγή της πολυπόθητης σεροτονίνης. (Thayer, 2001).

Εκτός από τη σύνθεση της σεροτονίνης πολύ σημαντικό επίσης είναι να διατηρούνται σταθεροί κάποιοι ομοιοστατικοί μηχανισμοί. Το σώμα για να διατηρείται σε ισορροπία, διαθέτει συστήματα ελέγχου της πείνας καθώς και ομοιοστατικούς μηχανισμούς μέσω των μακροθρεπτικών συστατικών της διατροφής, όπως αυτός της: γλυκόζης-ινσουλίνης, πρωτεϊνών και λιπών.(Young, 2002). Συγκεκριμένα ο εγκέφαλος είναι ένα όργανο που έχει ως δομικό συστατικό τα λιπαρά. Τα ω-3 λιπαρά οξέα, είναι απαραίτητα για τη μεταφορά των ηλεκτρικών σημάτων ανάμεσα στους νευρώνες, και βοηθούν την ανάπτυξη των νευρώνων του μετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου ο οποίος ελέγχει την παρορμητική συμπεριφορά. Ακόμη η πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων βοηθά τα εγκεφαλικά κύτταρα να έχουν ελαστικότητα, με αποτέλεσμα να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και να διατηρούν υψηλά επίπεδα σεροτονίνης.

Άλλος ένας λόγος που πρέπει να διατηρείται η γλυκόζη στο αίμα σταθερή είναι η παρουσία ενός παγκρεατικού νευροπεπτιδίου Y (NpY), το οποίο βρίσκεται σε αφθονία στον υποθάλαμο. Στον άνθρωπο η διαθεσιμότητα της γλυκόζης στον εγκέφαλο είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας ρύθμισης του NpY. Μείωση των επιπέδων γλυκόζης οδηγεί σε άμεση αύξηση των επιπέδων NpY στον εγκέφαλο. Το NpY διεγείρει την όρεξη, με αποτέλεσμα την αναζήτηση τροφής. Το NpY επίσης καθυστερεί τον κορεσμό και επιδρά και στην επιλογή τροφής. Έγχυση NpY σε ανθρώπους έδειξε αύξηση της επιθυμίας για υδατάνθρακες και αυξημένη κατανάλωση γλυκών και σακχαρούχων αναψυκτικών. (Gilbert, 2000) Είναι όμως πιθανό να παρατηρηθούν και διαφορές στα φυσιολογικά επίπεδα του NpY, τα οποία φτάνουν σε μια σταθερότητα περίπου 1 ώρα πριν τη δύση του ηλίου, και πυροδοτούν την αύξηση της κατανάλωσης τροφής. Είναι πιθανό αυτός να είναι και ο λόγος που τα αδηφαγικά επεισόδια συμβαίνουν συνήθως το βράδυ. (Gilbert, 2000)

Επίσης, όταν κάποιος παραλείπει για οποιοδήποτε λόγο ένα γεύμα, διαταράσσει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, και αυτό έχει ως επακόλουθο να τείνει να καταναλώσει περισσότερη τροφή κατά το επόμενο γεύμα. (Caul, Jones, & Barrett, 1988)

Σπουδαίος στην διατήρηση-έλεγχο της πείνας καθώς και στην ομοιοστασία της γλυκόζης, είναι και ο ρόλος των μικροθρεπτικών συστατικών και συγκεκριμένα των μετάλλων.

Για παράδειγμα το χρώμιο είναι ένα μέταλλο που πρέπει να υπάρχει μέσα στα μυϊκά κύτταρα για την καύση της γλυκόζης. Το χρώμιο λέγεται επομένως, ότι ρυθμίζει τη γλυκόζη του αίματος. Ή για παράδειγμα ο σίδηρος. Η απουσία του σημαίνει και ταυτόχρονη απουσία οξυγόνου. Χωρίς οξυγόνο τα μυϊκά κύτταρα δεν μπορούν να κάψουν τη γλυκόζη. Επαρκής ποσότητα οξυγόνου μπορεί να εισέλθει στα κύτταρα μόνο όταν υπάρχει επαρκής αιμοσφαιρίνη στο αίμα. Εντούτοις, περισσότερες έρευνες χρειάζονται για να αποδειχθεί η επίδραση των χαμηλών επιπέδων σιδήρου στην πείνα. (Gilbert, 2000).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας της Μεγάλης Βρετανίας:

*«Ο φαύλος κύκλος της αιτίας – αδηφαγικών επεισοδίων – εμετού, μπορεί αν οδηγήσει σε απελευθέρωση υψηλών επιπέδων ινσουλίνης και μεγάλες αυξομειώσεις στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τους μηχανισμούς ελέγχου της πείνας καθώς και την χρήση και αποθήκευση της ενέργειας. Η σεροτονίνη και άλλοι νευροδιαβιβαστές εμπλέκονται στη ρύθμιση της όρεξης. Ανισορροπίες στα επίπεδα σεροτονίνης μπορεί να προκύψουν από την επίδραση της ινσουλίνης στην πρόδρομο ουσία τρυπτοφάνη, τα επίπεδα της οποίας, μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από τη διαίτα, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Από την άλλη, άμεση μείωση της τρυπτοφάνης, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της πρόσληψης θερμίδων και νευρική βουλιμία και την αδηφαγική διαταραχή, και μπορεί να σχετίζεται με μειωμένη διάθεση, αυξημένη ανησυχία για την εικόνα σώματος και έλλειψη ελέγχου της τροφής σε άτομα που έχουν θεραπευτεί από τις εν λόγω παθήσεις».*

Αναφορά στην θετική εικόνα σώματος, υπάρχει και μέσω της κατανάλωσης σούπερ τροφών (super foods). Σούπερ τροφή ονομάζεται ένα τρόφιμο το οποίο σε πολύ μικρή ποσότητα περιέχει πληθώρα θρεπτικών συστατικών. **Παραδείγματα** σούπερ τροφίμων είναι:

- το ελαιόλαδο
- το ταχίνι
- το μοσχαρίσιο συκώτι
- η παπάγια
- οι φράουλες
- ο λιναρόσπορος

Το άτομο ενθαρρύνεται να καταναλώνει τις λεγόμενες σούπερ τροφές και να καταγράφει στο ημερολόγιό του τουλάχιστον μία σούπερ τροφή που έφαγε μέσα στη μέρα. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο μαθαίνει να προσφέρει φροντίδα στον εαυτό του. (Garner and Bemis, 1982).

Πολλοί οργανισμοί έχουν δώσει οδηγίες για την σωστή απώλεια κιλών, οι οποίες περιλαμβάνουν: μια ισορροπημένη διατροφή με μειωμένες θερμίδες η οποία έχει ως σκοπό την απώλεια 0.5-1 κιλού ανά εβδομάδα. Για παράδειγμα ο Αμερικάνικος Σύλλογος Διαιτολόγων (2004) συστήνει σε όλους μία υγιεινή διατροφή και όχι στερητικές δίαιτες, όλοι λοιπόν είτε θέλουν να χάσουν κιλά είτε όχι πρέπει να ακολουθήσουν μια διατροφή πλούσια σε: σύνθετους υδατάνθρακες και φυτικές ίνες, φρούτα και λαχανικά, χαμηλού λίπους γαλακτοκομικά και κρέας.

Σχετικά με τους ανορεκτικούς ασθενείς αλλά και με τους βουλιμικούς πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στη θρεπτική τους αποκατάσταση. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με ανορεξία έχουν χαμηλές ενεργειακές ανάγκες λόγω της μείωσης του βασικού μεταβολισμού τους αλλά και της φυσικής δραστηριότητας. Εξάλλου εκτός από την αποκατάσταση του βάρους είναι σημαντικό να ρυθμιστεί το γαστρεντερικό σύστημα καθώς και τα υγρά του σώματος. Στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε κάποια μονάδα συστήνεται η χορήγηση 1500 kcal/d με σκοπό την σταδιακή αύξηση των θερμίδων (έως και 3000 kcal/d). Αντίθετα σε όσους δεν νοσηλεύονται η διατροφική παρέμβαση πρέπει να είναι πιο ήπια με την χορήγηση διατροφής 800-1200 kcal/d και την σταδιακή αύξηση τους σε 200-250 kcal/w, με σκοπό την πρόσληψη βάρους κατά 0,5-1 κιλό την εβδομάδα. (Rock & Curran-Celentano, 1996)

Όσον αφορά την επιλογή των τροφίμων συστήνεται να καταναλώνονται τρόφιμα χαμηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη, λίπη και φυτικές ίνες. Επιπλέον το άμυλο είναι περισσότερο ανεκτό από τον ασθενή αν δεν συνοδεύεται από τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες. Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί στο λίπος καθώς η αυξημένη ποσότητα του στη διατροφή προκαλεί άγχος στους ασθενείς, για αυτό το λόγο το διαιτολόγιο θα πρέπει να έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος. Όσον αφορά την πρωτεΐνη θα πρέπει να λαμβάνει 1 gr/kg σωματικού βάρους, αν όμως το βάρος του ασθενούς είναι πολύ χαμηλό δεν θα πρέπει να είναι λιγότερο από 50 gr την ημέρα. (Rock & Curran-Celentano, 1996)

Είναι σημαντικό να δοθεί προσοχή και στην πρόσληψη των μικροθρεπτικών συστατικών. Συγκεκριμένα οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν ελλείψεις σε βιταμίνη D, B12, φυλλικό οξύ, ασβέστιο, ψευδάργυρο, μαγνήσιο και χαλκό. (Hadigan et al, 2000) Είναι απαραίτητο η διατροφή να καλύπτει τις ελλείψεις αυτές και όταν κρίνεται απαραίτητο να χορηγούνται συμπληρώματα. Επιπλέον φαίνεται ότι η χορήγηση συμπληρώματος ψευδαργύρου βελτιώνει το ρυθμό ανάρρωσης των ασθενών συντελώντας στην αύξηση του βάρους τους και περιορίζει το άγχος και την κατάθλιψη. (Su & Birmingham, 2002)

Στη νευρογενή βουλιμία είναι πολύ σημαντική η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τη σύσταση των γευμάτων, την σημασία των θρεπτικών συστατικών, τον ρόλο των τροφίμων, τις δίαιτες αδυνατίσματος και τον καθορισμό του ιδανικού βάρους. Οι βουλιμικοί ασθενείς χρειάζονται ενθάρρυνση κατά την προσπάθεια της φυσιολογικής επανασίτισης αφού το βασικό τους πρόβλημα είναι οι μεγάλες ποσότητες τροφίμων που καταναλώνουν. Για να σταθεροποιηθεί το βάρος τους και να μειωθούν τα αδηφαγικά επεισόδια πρέπει να αντιληφθούν ότι είναι απαραίτητο να καταναλώνουν κατά τη διάρκεια της ημέρας πολλά μικρά γεύματα και σνακ (3 γεύματα και 2-3 σνακ/ημέρα). (Rock & Curran-Celentano, 1996)

Στα αρχικά στάδια της θεραπείας θα πρέπει να αποκλείονται από την διατροφή αυτών των ατόμων τρόφιμα που οδηγούν σε αδηφαγικά επεισόδια ενώ αργότερα μπορούν να ενταχτούν σταδιακά και σε καθορισμένες ποσότητες. (Story, 1986) Επιπλέον θα πρέπει να προτείνονται στον ασθενή διάφορες τεχνικές έτσι ώστε να αυξάνεται το αίσθημα του κορεσμού. Μια από αυτές είναι η κατανάλωση ισορροπημένων γευμάτων με επαρκείς ποσότητες λιπών, πρωτεϊνών και φυτικών ινών. (Rock & Curran-Celentano, 1996) Πολύ σημαντική για τη διαχείριση των αδηφαγικών επεισοδίων είναι η καταγραφή της διαιτητική πρόσληψης, του περιβάλλοντος που λαμβάνει χώρα, των συναισθημάτων που προηγούνται και ακολουθούν την κατανάλωση του γεύματος αλλά και την καταγραφή των αδηφαγικών επεισοδίων. (American Dietetic Association, 2001)



## **Β΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

### **Μεθοδολογία**

#### **1. Δείγμα**

Πρόκειται για επιλογή 100 ερωτηματολογίων από τον συνολικό αριθμό των 45.000, συμπληρωμένων την χρονική περίοδο 1996-2006 στο ιδιωτικό γραφείο του διαιτολόγου-διατροφολόγου κ. Ευάγγελου Ζουμπανέα, πρόεδρου της επιστημονικής ομάδας *Διατροφή*, στη Νέα Ιωνία Αττικής. Η επιλογή αφορά μόνο γυναικείο πληθυσμό, ηλικίας 20-45 ετών από όλη την Ελλάδα. Ο διαχωρισμός του φύλου στηρίζεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε θέματα που αφορούν την διατροφή και το σώμα απ' ότι οι άντρες. (Muennig P., et. al, 2006 Striegel-Moore R.H., et. al. 2009)

#### **2. Ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων (γραφήματα και πίνακες)**

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, release 14, 2005, SPSS, Chicago, Illinois).

##### **- Σωματομετρικοί δείκτες**

Οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν είναι η μέτρηση του βάρους σε αναλυτή σύστασης σώματος, μέσω βιοηλεκτρικής εμπέδησης (μοντέλο TNT BC-418ma), ο οποίος διαθέτει και ζυγαριά ακριβείας και η μέτρηση ύψους σε όρθια στάση χωρίς παπούτσια με αναστημόμετρο. Με βάση τις τιμές αυτές υπολογίζεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (βάρος/ύψος<sup>2</sup>).

### **3. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων**

#### **- Ερωτηματολόγιο / Περιορισμοί έρευνας**

Τα ερωτηματολόγια επιλέχθηκαν τυχαία. Για κάθε χρονιά επιλέχθηκαν 18 ερωτηματολόγια και στην περίπτωση που κάποιο από αυτά αναφερόταν σε άντρα ακυρωνόταν απ'ευθείας και την θέση του έπαιρνε τυχαία κάποιο άλλο, μέχρι να βρεθεί ερωτηματολόγιο συμπληρωμένο από γυναίκα. Η αναλογία ήταν 2/10. (άντρες/ γυναίκες).

Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τρία μέρη. Κατασκευάστηκε από την εταιρεία NUTRICARE, στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και είναι σταθμισμένο ως προς τα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού. Οι ερωτήσεις οι οποίες αφορούν ψυχολογικά ζητήματα, δηλαδή στο γ' μέρος του ερωτηματολογίου, έχουν επιλεγεί από πλήθος ερωτήσεων του Εθνικού Κέντρου Διατροφικών Διαταραχών της Μεγάλης Βρετανίας **NCFED** [www.eating-disorders.org.uk](http://www.eating-disorders.org.uk)

Στο α' μέρος περιλαμβάνονται οι γενικές πληροφορίες του υποκειμένου και το διατροφικό ιστορικό. Στο β' μέρος το φαρμακολογικό-ιατρικό ιστορικό και τέλος το γ' μέρος που αφορά ερωτήσεις ψυχολογικού περιεχομένου. Από τις γενικές πληροφορίες στην έρευνα θα χρησιμοποιηθούν τα παρακάτω στοιχεία: Η ηλικία, το βάρος, το ύψος, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, το επάγγελμα, και η φυσική δραστηριότητα. Το β' μέρος αποκλείεται ολόκληρο. Το γ' μέρος περιλαμβάνει δύο ομάδες ερωτήσεων. Στην έρευνα θα χρησιμοποιηθεί μόνο η α' ομάδα ερωτήσεων καθώς η β' αναφέρεται περισσότερο σε άτομα που επιθυμούν αποκλειστικά να χάσουν βάρος. Τέλος από την έρευνα αποκλείονται έγκυες γυναίκες και γυναίκες που βρίσκονται σε περίοδο γαλουχίας.

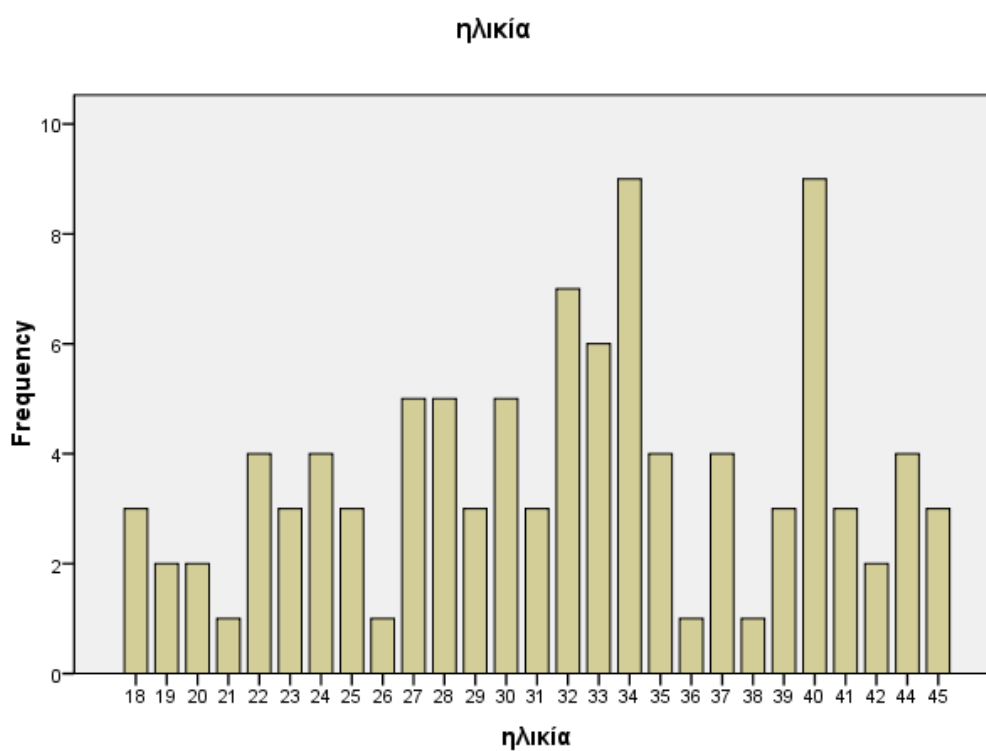
## Αποτελέσματα/ Συμπεράσματα / Συζήτηση

### - Αναλύσεις

- Ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 32 χρόνια, ενώ η μεγαλύτερη και η μικρότερη ηλικία είναι 45 και 18 αντίστοιχα.

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ηλικία	100	18	45	31,97	7,213
Valid N (listwise)	100				



- Ο μέσος όρος του δείκτη μάζας σώματος είναι BMI = 27,4.

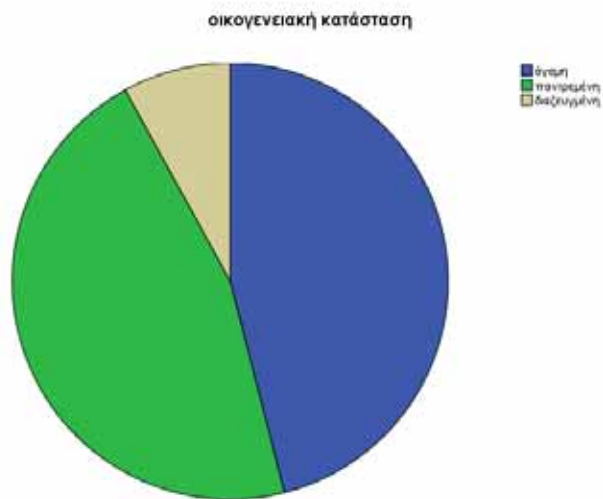
### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BMI	100	1	43	27,44	5,583
Valid N (listwise)	100				

- Το δείγμα μας παρουσιάζει ισοκατανομή, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση (46% + 46%), με ένα πολύ μικρό ποσοστό (8%) να είναι διαζευγμένη.

### οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid άγαμη	46	46,0	46,0	46,0
παντρεμένη	46	46,0	46,0	92,0
διαζευγμένη	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



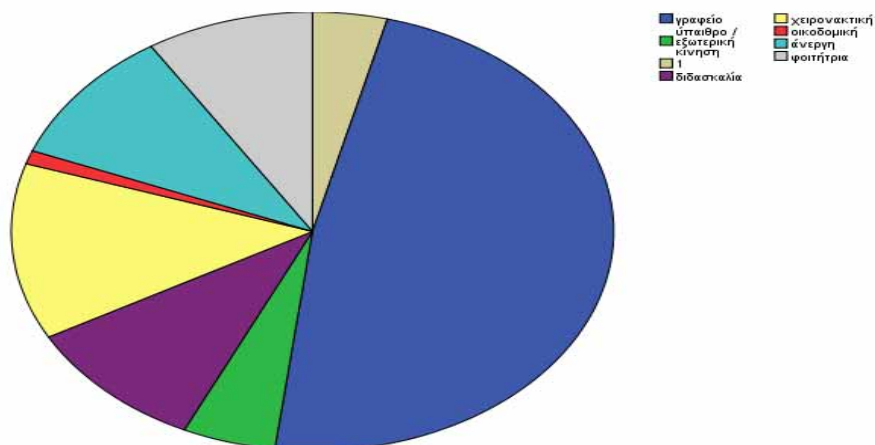
➤ Το είδος εργασίας έχει ως εξής:

- 49% κάνει δουλειά γραφείου
- 7% δουλεύει σε εξωτερικό χώρο/ύπαιθρο
- 12% διδασκαλία
- 13% χειρωνακτική εργασία
- 10% άνεργες
- 9% φοιτήτριες

### είδος εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γραφείο	49	49,0	49,0	49,0
	ύπαιθρο / εξωτερική κίνηση	7	7,0	5,0	56,0
	Διδασκαλία	12	12,0	12,0	68,0
	Χειρονακτική	13	13,0	13,0	81,0
	Άνεργη	10	10,0	10,0	91,0
	Φοιτήτρια	9	9,0	9,0	100,0
		100	100,0	100,0	
	Total				

είδος εργασίας



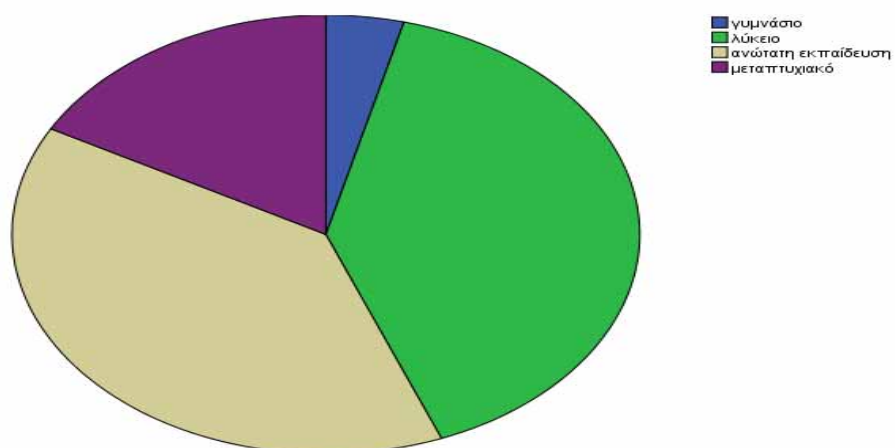
➤ Το επίπεδο μόρφωσης έχει ως εξής:

- 4% γυμνάσιο
- 40% λύκειο
- 39% ανώτατη εκπαίδευση
- 17% μεταπτυχιακό

### επίπεδο μόρφωσης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid γυμνάσιο	4	4,0	4,0	4,0
λύκειο	40	40,0	40,0	44,0
ανώτατη εκπαίδευση	39	39,0	39,0	83,0
μεταπτυχιακό	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### επίπεδο μόρφωσης



➤ Η φυσική τους δραστηριότητα έχει ως εξής:

- 14% δεν κινείται καθόλου
- 63% ελαφριά (δουλειές σπιτιού, χαλαρό κ περιστασιακό περπάτημα)
- 16% μέτρια (έντονο περπάτημα, χορός, ποδηλασία σε χαμηλή ένταση, αγροτικές εργασίες, περπάτημα και σήκωμα βάρους ως μέρους εργασίας, ενασχόληση με κήπο σπιτιού κτλ.)
- 7% αυξημένη (jogging ή τρέξιμο, γρήγορο ποδήλατο, αεροβική, κολύμπι, βάρη σε γυμναστήριο, σκάψιμο, ατομικό τέννις, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, squash ,κτλ.)

### φυσική δραστηριότητα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid δεν κινούμαι καθόλου	14	14,0	14,0	14,0
ελαφριά	63	63,0	63,0	77,0
μέτρια	16	16,0	16,0	93,0
Αυξημένη	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	





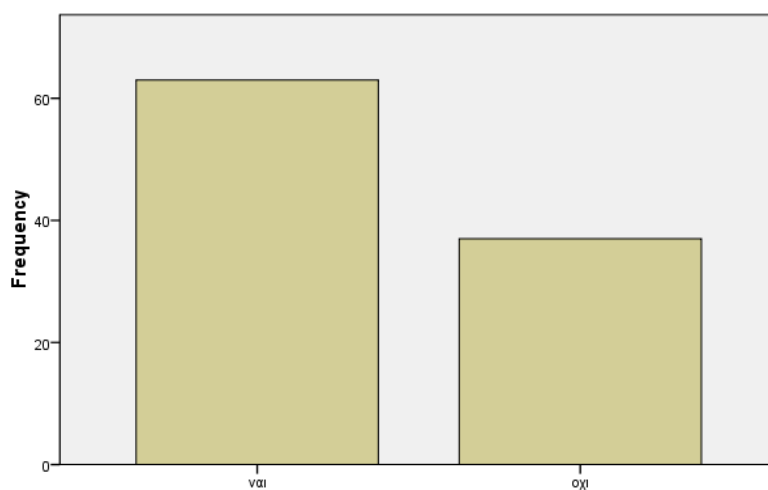
➤ Στην ερώτηση *αν έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση,*

- 63% απάντησε θετικά
- 37% αρνητικά.

**Έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	63	63,0	63,0	63,0
οχι	37	37,0	37,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση;**



**Έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση;**

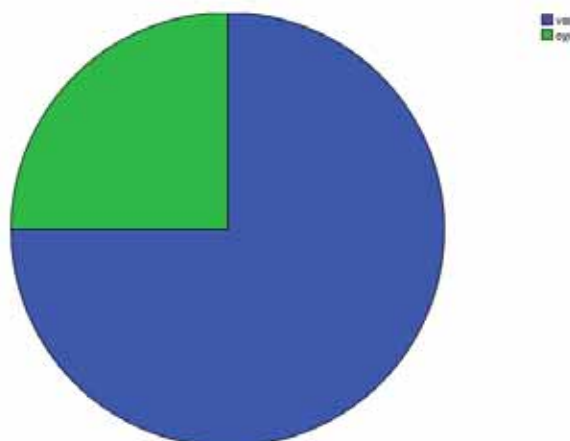
➤ Στην ερώτηση *αν συγκρίνετε το σώμα σας με τα σώματα των άλλων,*

- 75% απάντησε θετικά
- 25% αρνητικά

**Συγκρίνετε το σώμα σας με τα σώματα των άλλων;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	75	75,0	75,0	75,0
οχι	25	25,0	25,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Συγκρίνετε το σώμα σας με τα σώματα των άλλων;

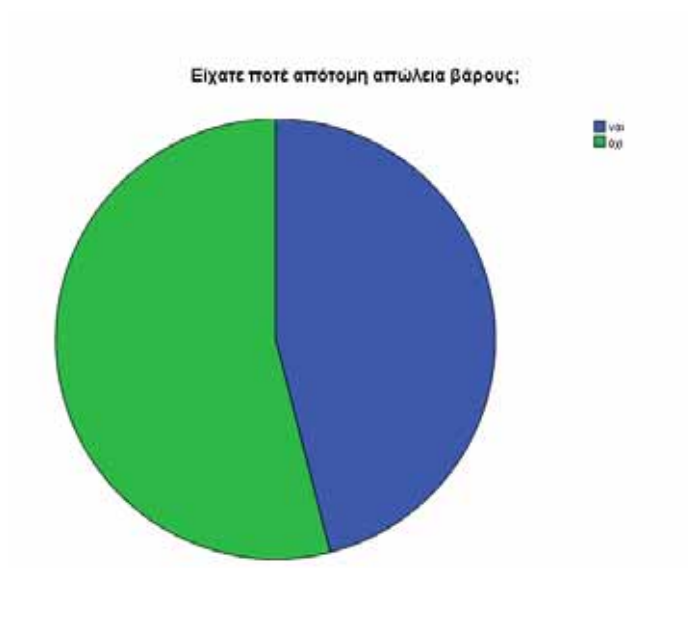


➤ Στην ερώτηση *αν είχατε ποτέ απότομη απώλεια βάρους,*

- 54% απάντησε θετικά
- 46% αρνητικά

### Είχατε ποτέ απότομη απώλεια βάρους;

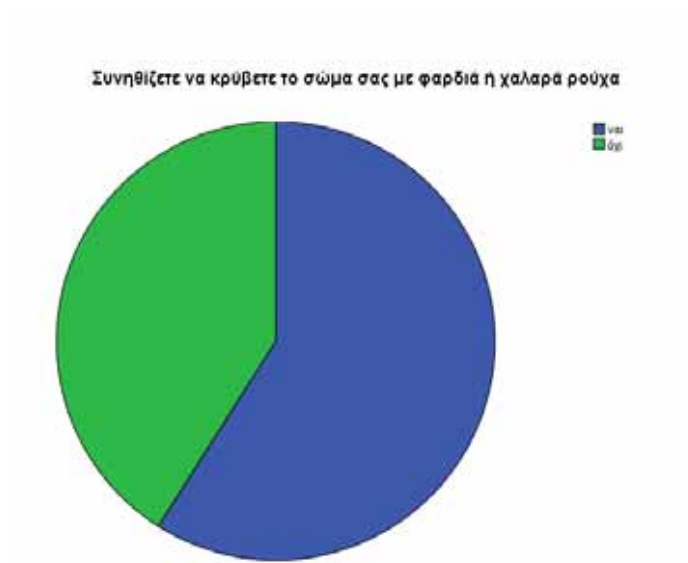
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναί	54	54,0	54,0	54,0
	οχι	46	46,0	46,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



- Στην ερώτηση αν *Συνηθίζετε να κρύβετε το σώμα σας με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα*
  - 59% απάντησε θετικά
  - 41% απάντησε αρνητικά

**Συνηθίζετε να κρύβετε το σώμα σας με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	59	59,0	59,0	59,0
όχι	41	41,0	41,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



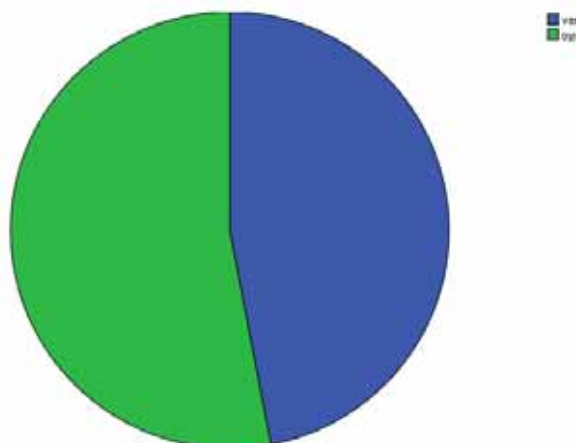
➤ Στην ερώτηση αν ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;

- 47% απάντησε θετικά
- 53% απάντησε αρνητικά

**Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	47	47,0	47,0	47,0
οχι	53	53,0	53,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;

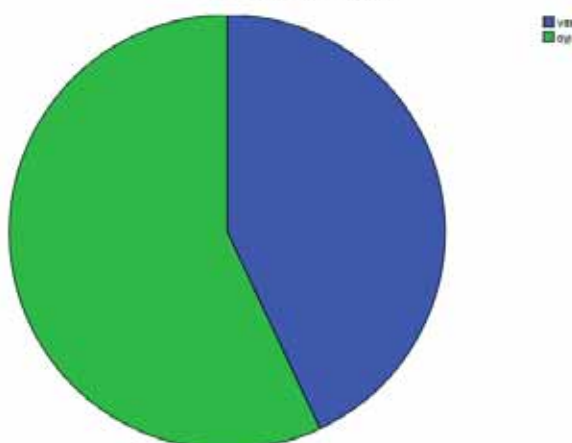


- Στην ερώτηση *αν εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;*
  - 43% απάντησε θετικά
  - 57% απάντησε αρνητικά

**Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	43	43,0	43,0	43,0
οχι	57	57,0	57,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

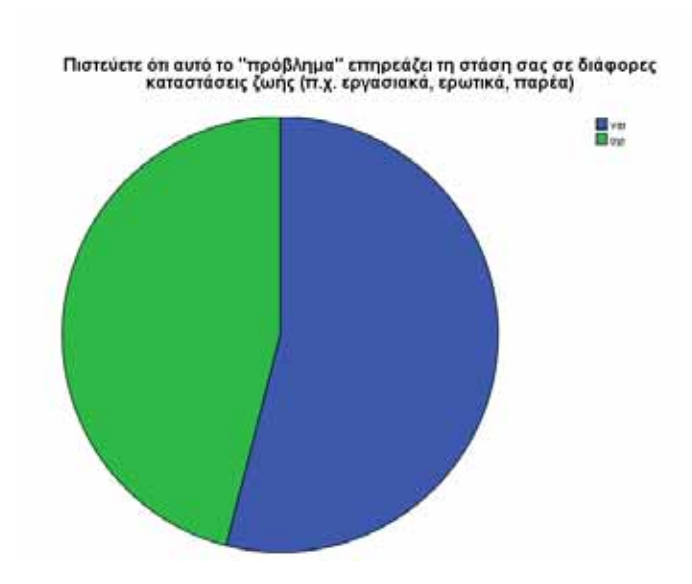
Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;



- Στην ερώτηση αν *Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)*
  - 54% απάντησε θετικά
  - 46% απάντησε αρνητικά

Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναί	54	54,0	54,0	54,0
	οχι	46	46,0	46,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



➤ Στην ερώτηση αν *Τρώτε συχνά για άλλους λόγους, εκτός από πείνα;*

- 82% απάντησε θετικά
- 18% απάντησε αρνητικά

**Τρώτε συχνά για άλλους λόγους, εκτός από πείνα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναι	82	82,0	82,0	82,0
	οχι	18	18,0	18,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

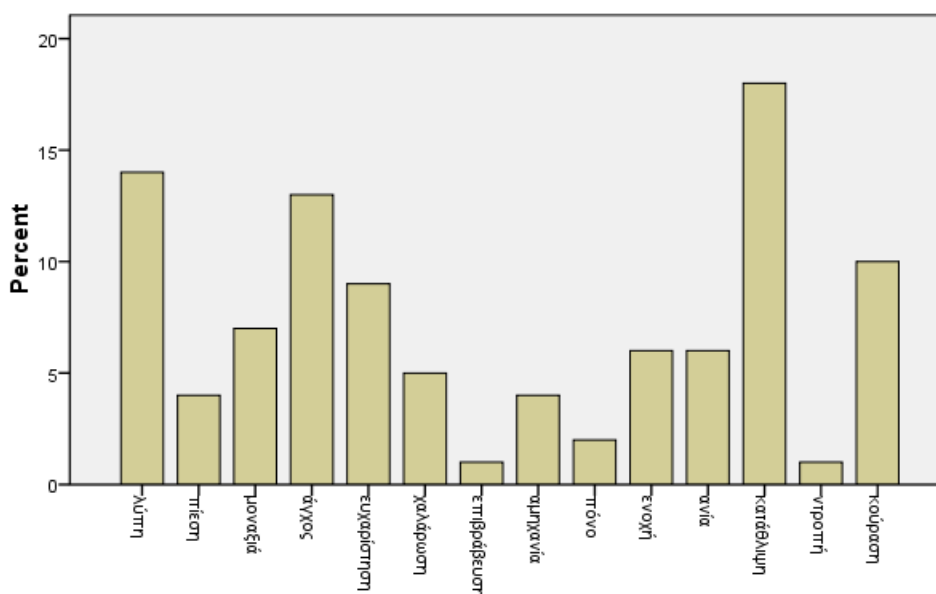
➤ Στην ερώτηση Αν ΝΑΙ, για ποιούς από τους παρακάτω λόγους:

**Αν ΝΑΙ, για ποιούς από τους παρακάτω λόγους:**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	λύπη	14	14,0	14,0	14,0
	πίεση	4	4,0	4,0	18,0
	μοναξιά	7	7,0	7,0	25,0
	άγχος	13	13,0	13,0	38,0
	ευχαρίστηση	9	9,0	9,0	47,0
	χαλάρωση	5	5,0	5,0	52,0
	επιβράβευση	1	1,0	1,0	53,0
	αμηχανία	4	4,0	4,0	57,0
	πόνος	2	2,0	2,0	59,0
	ενοχή	6	6,0	6,0	65,0
	ανία	6	6,0	6,0	71,0
	κατάθλιψη	18	18,0	18,0	89,0
	ντροπή	1	1,0	1,0	90,0
	κούραση	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



**Αν ΝΑΙ, για ποιούς από τους παρακάτω λόγους:**



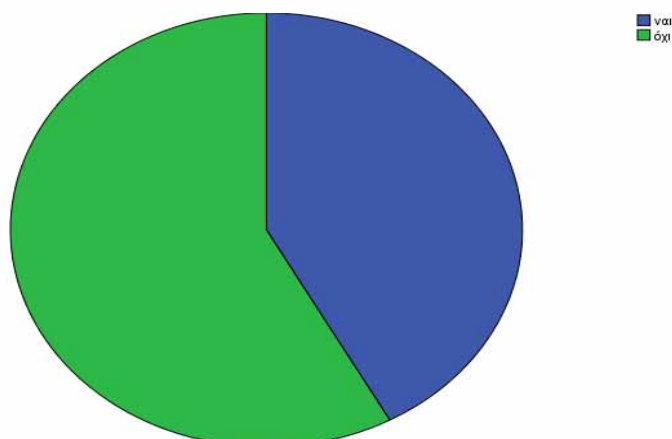
**Αν ΝΑΙ, για ποιούς από τους παρακάτω λόγους:**

- Στην ερώτηση αν *τρώτε καθημερινά πρωινό;*
- 47% απάντησε θετικά
- 53% απάντησε αρνητικά

**Τρώτε καθημερινά πρωινό;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	42	42,0	42,0	42,0
όχι	58	58,0	58,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Τρώτε καθημερινά πρωινό;



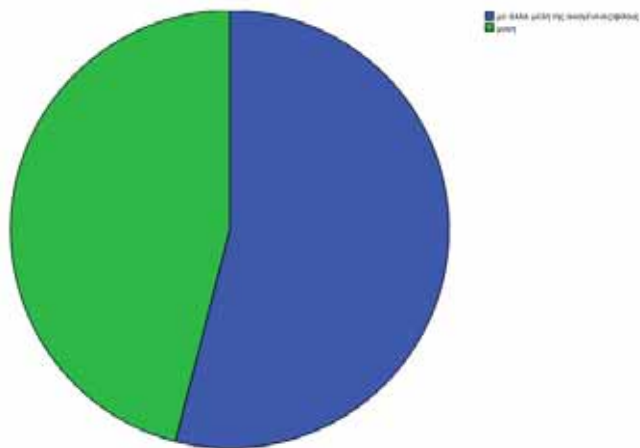
➤ Στην ερώτηση *Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος: Τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειάς σας/φίλους;*

- 54% απάντησε θετικά
- 46% απάντησε αρνητικά (ότι δηλαδή τρώει μόνη)

**Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος: Τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειάς σας/φίλους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid με άλλα μέλη της οικογένειάς/φίλους	54	54,0	54,0	54,0
μονη	46	46,0	46,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος: Τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειας σας/φίλους



➤ Στην ερώτηση Σε περίπτωση που πίνετε αλκοόλ,

- 25% κάθε μέρα
- 23% συχνά (2-3 φορές την εβδομάδα)
- 39% σπάνια (1 φορά το μήνα)
- 13% ποτέ

#### Σε περίπτωση που πίνετε αλκοόλ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κάθε μέρα	25	25,0	25,0	25,0
Συχνά (2-3 φορές την εβδομάδα)	23	23,0	23,0	48,0
Σπάνια (1 φορά τον μήνα)	39	39,0	39,0	87,0
Ποτέ	13	13,0	13,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

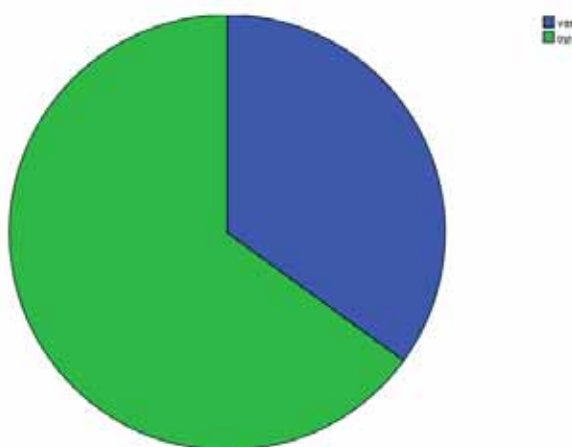
➤ Στην ερώτηση Έχετε προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα;

- 35% απάντησε θετικά
- 65% απάντησε αρνητικά

**Έχετε προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	35	35,0	35,0	35,0
οχι	65	65,0	65,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Έχετε προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα;



- **Συσχετίσεις**

Θεωρήθηκε ότι οι μεταβλητές ακολουθούν κανονική κατανομή και για τον λόγο αυτό οι συσχετίσεις ελέγχθηκαν με Pearson correlation.

**Correlations**

		ηλικία	Συγκρίνετε το σώμα σας με τα σώματα των άλλων;
Ηλικία	Pearson Correlation	1,000	,234*
	Sig. (2-tailed)		,019
	N	100,000	100
Συγκρίνετε το σώμα σας με τα σώματα των άλλων;	Pearson Correlation	,234*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,019	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,234^*$ ,  $P<0,05$ ) ανάμεσα στην ηλικία και στο αν συγκρίνουν το σώμα τους με τα σώματα των άλλων γυναικών. Δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται η αγωνία για την εικόνα σώματος.

**Correlations**

		ηλικία	Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος: Τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειάς σας/φίλους
ηλικία	Pearson Correlation	1,000	,208*
	Sig. (2-tailed)		,038
	N	100,000	100
Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος: Τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειάς σας/φίλους	Pearson Correlation	,208*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,038	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,208^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στην ηλικία και στην ερώτηση αν κατά τη διάρκεια ενός γεύματος τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειάς σας/φίλους; Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο τα άτομα τρώνε με την οικογένειά ή φίλους.

#### Correlations

		ηλικία	Σε περίπτωση που πίνετε αλκοόλ
ηλικία	Pearson Correlation	1,000	-,218 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)		,029
	N	100,000	100
Σε περίπτωση που πίνετε αλκοόλ	Pearson Correlation	-,218 <sup>*</sup>	1,000
	Sig. (2-tailed)	,029	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,218^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στην ηλικία και στο αλκοόλ, δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία, μειώνεται η κατανάλωση αλκοόλ και το αντίστροφο, δηλαδή όσο μειώνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται η κατανάλωση αλκοόλ.

#### Correlations

		BMI	φυσική δραστηριότητα
BMI	Pearson Correlation	1,000	-,262 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)		,009
	N	100,000	100
φυσική δραστηριότητα	Pearson Correlation	-,262 <sup>**</sup>	1,000
	Sig. (2-tailed)	,009	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,262^{**}$ ,  $P<0.01$ ) ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και στη φυσική δραστηριότητα. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται το ένα, τόσο μειώνεται το άλλο.

#### Correlations

		Συνηθίζετε να κρύβετε το σώμα σας με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα	φυσική δραστηριότητα
Συνηθίζετε να κρύβετε το σώμα σας με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα	Pearson Correlation	1,000	-,234*
	Sig. (2-tailed)		,019
	N	100,000	100
φυσική δραστηριότητα	Pearson Correlation	-,234*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,019	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,234^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στην συνήθεια των γυναικών να κρύβουν το σώμα τους με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα και στη φυσική δραστηριότητα. Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα μειώνεται το άλλο και το αντίστροφο.

#### Correlations

		BMI	Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;
BMI	Pearson Correlation	1,000	-,250*
	Sig. (2-tailed)		,012
	N	100,000	100
Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;	Pearson Correlation	-,250*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,012	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,250^*$ ,  $P<0.05$ ) μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και του ότι εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση (δηλαδή αν τα άτομα ζουν περιόδους που τρέφονται πάρα πολύ αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία), με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Όσο δηλαδή αυξάνεται το ένα, μειώνεται το άλλο και το αντίστροφο.

#### Correlations

		BMI	Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)
BMI	Pearson Correlation	1,000	-,280**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	100,000	100
Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)	Pearson Correlation	-,280**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ( $r=-0,280^{**}$ ,  $P<0.01$ ) ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος και στην μειωμένη ποιότητα κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής των γυναικών του δείγματος. Δηλαδή όσο αυξάνεται ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), τόσο μειώνεται η ποιότητα της κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής των γυναικών του δείγματος

#### Correlations

		Τρώτε καθημερινά πρωινό;	φυσική δραστηριότητα
Τρώτε καθημερινά πρωινό;	Pearson Correlation	1,000	,210*
	Sig. (2-tailed)		,036
	N	100,000	100
φυσική δραστηριότητα	Pearson Correlation	,210*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,036	
	N	100	100,000

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



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,210^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στην καθημερινή συνήθεια του πρωινού και στη φυσική δραστηριότητα. Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο.

#### Correlations

		Είδος εργασίας	Σε περίπτωση που πίνετε αλκοόλ
είδος εργασίας	Pearson Correlation	1,000	,277**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	100,000	100
Σε περίπτωση που πίνετε αλκοόλ	Pearson Correlation	,277**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ( $r=0,277^*$ ,  $P<0.01$ ) ανάμεσα στην καθιστική ζωή (δουλειά γραφείου) και στο αλκοόλ.

#### Correlations

		επίπεδο μόρφωσης	φυσική δραστηριότητα
επίπεδο μόρφωσης	Pearson Correlation	1,000	,219*
	Sig. (2-tailed)		,029
	N	100,000	100
φυσική δραστηριότητα	Pearson Correlation	,219*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,029	
	N	100	100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,219^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και στη φυσική δραστηριότητα των γυναικών. Πράγμα που σημαίνει ότι όσο πιο μορφωμένο είναι το άτομο (ανώτατη εκπαίδευση, μεταπτυχιακό), τόσο αυξάνεται το επίπεδο της φυσικής του δραστηριότητας.

		Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;	Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;
Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000  100,000	,396**  100
Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,396**  100	1,000  100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ( $r=0,396$ ,  $P<0,001$ ) ανάμεσα σε διαστήματα ακραίων διατροφικών συμπεριφορών, δηλαδή το να τρέφονται αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία και το να εναλλάσσεται αυτή η περίοδος με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο.

#### Correlations

		Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;	Είχατε ποτέ απότομη απώλεια βάρους;
Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000  100,000	,226*  100
Είχατε ποτέ απότομη απώλεια βάρους;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,226*  100	1,000  100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,226^*$ ,  $P<0,05$ ) ανάμεσα στο αν ζουν περιόδους που τρέφονται πάρα πολύ αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία και στο αν είχαν ποτέ απότομη απώλεια βάρους.

Όσο αυξάνεται το ένα, τόσο αυξάνεται και το άλλο. Δηλαδή όσο αυξάνεται το δείγμα των γυναικών οι οποίες ζουν περιόδους που τρέφονται πάρα πολύ αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα να είχαν κάποια στιγμή στη ζωή τους απότομη απώλεια βάρους.

### Correlations

	Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)	Έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση;
Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,290** ,003 100
Έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,290** ,003 100

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ( $r=0,290^{**}$  ,  $P<0.01$ ) ανάμεσα στην αγωνία για την εξωτερική εμφάνιση και το ότι αυτό το 'πρόβλημα', επηρεάζει τη στάση σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα). Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο.

	Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)	Έχετε προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα;
Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	
	1,000 100,000	,198* ,048 100
Έχετε προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	
	,198* ,048 100	1,000 100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,198^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στο αν έχουν προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα και αν πιστεύουν ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση τους σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα). Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο.

## Correlations

	Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)		οικογενειακή κατάσταση
Πιστεύετε ότι αυτό το "πρόβλημα" επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000  100,000	,207*  ,039 100
οικογενειακή κατάσταση	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,207*  ,039 100	1,000  100,000

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

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ( $r=0,207^*$ ,  $P<0.05$ ) ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στο αν πιστεύουν τα άτομα, ότι το να προκαλούν εμετό μετά από γεύμα, επηρεάζει τη στάση τους σε διάφορες καταστάσεις της ζωής τους ((π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα). Δηλαδή άτομα τα οποία είναι ελεύθερα δεν δίνουν και τόσο μεγάλη σημασία στο γεγονός ότι το να προκαλούν εμετό μετά από γεύμα, προκαλεί πρόβλημα στην κοινωνική τους ζωή. Οι παντρεμένες γυναίκες του δείγματος αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το να κάνουν εμετό μετά από γεύμα στην κοινωνική, επαγγελματική και ερωτική τους ζωή.

## - Σύγκριση αποτελεσμάτων με παρόμοια ερευνητικά δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας

Στο δείγμα που εξετάστηκε, βρέθηκε ότι υπάρχει (απλή) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο αν τα υποκείμενα συγκρίνουν το σώμα τους με τα σώματα των άλλων. Γενικά, τα αποτελέσματα σχετικών επιστημονικών ερευνών είναι αντικρουόμενα για την σχέση μεταξύ σωματικής ικανοποίησης και ηλικίας. Ερευνητές οι οποίοι μελέτησαν την σωματική δυσαρέσκεια και την αυτο-εικόνα κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής, σε δείγμα 108 γυναικών ηλικίας από 20-65 ετών, βρήκαν ότι η σημαντικότητα του σώματος για την ομάδα των νεότερων, των μεσήλικων και των γηραιότερων γυναικών παρέμενε η ίδια. Οι γυναίκες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που αφορούσαν την σωματική δυσαρέσκεια καθώς και κατά πόσο είναι σημαντικό το σώμα τους για αυτές, τον γνωσιακό έλεγχο για το σώμα τους, την αυτο-αντίληψη και την αυτο-εκτίμηση. Αν και η δυσαρέσκεια για το σώμα συσχετίστηκε με την αυτο-αντίληψη και την αυτοεκτίμηση στο σύνολο του δείγματος, η ισχύς αυτής της συσχέτισης μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και την αύξηση των γνωσιακών αντιλήψεων πάνω στον έλεγχο του σώματος.

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες προστάτευαν την αυτοεκτίμηση και την αυτο-αντίληψη τους σε σχέση με την σωματική δυσαρέσκεια, μέσω γνωσιακών στρατηγικών. (Webster J, Tiggemann M. 2003)

Σε μια άλλη έρευνα στην οποία εξετάστηκαν 138 γυναίκες (Ευρωπαϊές και Αμερικανίδες), ηλικίας από 40-87 ετών βρέθηκε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει, ούτε μετριάζει την σωματική δυσαρέσκεια, την αντικειμενικότητα και την συνήθη παρακολούθηση που δείχνουμε για το σώμα μας. (Girro KP, Hill MS 2008)

Αν και περαιτέρω έρευνες χρειάζονται, δεν μπορεί ωστόσο να αγνοηθεί η κοινωνική συμβολή των στερεοτύπων στη διαμόρφωση των κανόνων για το πώς πρέπει να είναι η γυναίκα στη σημερινή κοινωνία. Η γυναίκα βιώνει τους διάφορους ρόλους που της αναθέτουν (ή αναλαμβάνει η ίδια), μέσα από το σώμα της, καθόλη τη διάρκεια του κύκλου της ζωής της.

Από τα χρόνια της εφηβείας που το σώμα της σχηματίζεται και η ελκυστικότητα απέναντι στο αντίθετο φύλο είναι το κύριο μέλημά της. Στη συνέχεια στις ηλικίες των 20 και 30 ετών η μη-εύρεση ερωτικού συντρόφου μπορεί να αποδίδεται στα παραπάνω κιλά ή

στην όχι-τέλεια εξωτερική εμφάνιση. Στις μέρες μας η επιλογή συντρόφου γίνεται από τις γυναίκες και στις ηλικίες των 40 – 50, εξαιτίας της αύξησης των διαζυγίων. (Light A, Ahn T.2010). Η γυναίκα μπορεί να νιώθει ότι θα γίνει ευτυχισμένη αν αδυνατίσει ή να τρώει περισσότερο θεωρώντας το φαγητό ανακούφιση. Αργότερα, προς τις ηλικίες των 50 και 60, τα γκρίζα μαλλιά και η αλλαγή του δέρματος σημαίνουν ότι η γυναίκα αμελεί τον εαυτό της, ενώ οι αντίστοιχες αλλαγές στον άντρα θεωρούνται «γοητεία» και «ένδειξη ωριμότητας και κοινωνικού στάτους». (Thompson, C. 1996)

Στα αποτελέσματα παρατηρήθηκε επίσης (απλή) θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο αν κατά τη διάρκεια ενός γεύματος τρώνε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειας. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι το 46% του δείγματος είναι παντρεμένες. Αλλά εκτός αυτού, η παρουσία και άλλων ατόμων που βρίσκονται σε γεύμα αυξάνει τον χρόνο παραμονής στο τραπέζι ως αποτέλεσμα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, συνεπώς και την κατανάλωση τροφής. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν τα άτομα αυτά είναι οικογένεια ή φίλοι, τα οποία έχουν ένα ακόμη μεγαλύτερο αποτέλεσμα, πιθανώς με την προαγωγή της χαλάρωσης και την συνακόλουθη άρση αναστολών της συγκράτησης στην πρόσληψη τροφής. (De Castro JM,1994)

Ωστόσο, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στο αν πιστεύουν ότι το να προκαλούν εμετό μετά από γεύμα, επηρεάζει τη στάση τους σε διάφορες καταστάσεις της ζωής τους (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα). Το ποσοστό των γυναικών που έχει προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα είναι 35%. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν επίσης με ευρήματα της επιστημονικής βιβλιογραφίας, αφού βρέθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος και στην μειωμένη ποιότητα κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής των γυναικών του δείγματος. Η δυσαρέσκεια και η αγωνία για την εικόνα του σώματος και την εξωτερική εμφάνιση μπορεί να έχει διεισδυτικές συνέπειες για την ποιότητα ζωής αλλά και αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, όπως κατάθλιψη, κοινωνικό άγχος, μειωμένη σεξουαλική λειτουργία, και κακή αυτοεκτίμηση. (Cash TF, Fleming EC.2002).

Γενικότερα αναφέρεται η συσχέτιση μεταξύ σωματικής δυσχέρειας, μειωμένης συναισθηματικής ευεξίας και αυξημένου δείκτη μάζας σώματος. (Renzaho A,et.al 2010; Ackard DM, et. Al 2002) Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει βρεθεί κάποια σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό σωματικό άγχος, δηλαδή ανάμεσα στις ανησυχίες αυτοπαρουσίασης και στις διατροφικές διαταραχές.(Sprink 1992). Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν φόβους για αρνητική αξιολόγηση, θεωρούν δηλαδή ότι το σωματικό τους βάρος και

γενικότερα η εμφάνισή τους εκλαμβάνεται από τα άλλα άτομα σαν να είναι εκτός των κοινωνικών κανόνων. (Hausenblas & Mack 1999). Έχει επίσης αναφερθεί ότι γυναίκες οι οποίες υποφέρουν από κάποια διατροφική διαταραχή, τείνουν να έχουν υψηλές ανάγκες για κοινωνική αποδοχή και να δοκιμάζουν υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους και χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. (American Psychiatric Association, 1994).

Έρευνα των Hickson & Frost (2004), επισήμανε ότι η διατροφική κατάσταση δεν επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής, αλλά έμμεσα αφού προκαλεί επιπτώσεις στις φυσικές λειτουργίες του ατόμου που είναι παράγοντας για καλή ποιότητα ζωής (Hickson & Frost, 2004).

Έρευνα των Amarantos, et. al. (2001), αναφέρει ότι η κακή διατροφή προκαλεί φυσικές, διανοητικές αλλά και κοινωνικές ανικανότητες στα άτομα. Γενικά, οι θετικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις που επιφέρει το φαγητό είναι σημαντικές πτυχές της ζωής των ατόμων, και αποτελούν ισχυρή συνεισφορά στην ευημερία και στην ποιότητα ζωής αυτών.

Επιπλέον, στην ίδια έρευνα (Amarantos, et. al., 2001), αναφέρεται ότι το φαγητό και η διατροφή είναι απαραίτητα συστατικά της «καλής ζωής». Το φαγητό αποτελεί ευχαρίστηση τόσο της ψυχολογίας όσο και των αισθήσεων του κάθε ατόμου. Το φαγητό παρέχει στο άτομο το αίσθημα της ασφάλειας και της ανεξαρτησίας, ενώ τρώγοντας με άλλους αυξάνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην ηλικία και στο αλκοόλ, δηλαδή όσο αυξανόταν η ηλικία, μειωνόταν η κατανάλωση αλκοόλ και το αντίστροφο, επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι αυξητική τάση παρουσιάζει η χρήση αλκοόλ από τους εφήβους παρά το γεγονός ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας έχει αρχίσει να μειώνεται την τελευταία δεκαετία.

Βρέθηκε ακόμη ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην καθιστική ζωή και την κατανάλωση αλκοόλ. Μπορεί σαν συνήθειες και οι δύο να είναι αρνητικές, ωστόσο όμως επειδή δεν ορίζεται στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, πόσο ακριβώς πίνουν κάθε μέρα, δεν μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα και το θεωρούμε τυχαίο. Ωστόσο, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της δουλειάς γραφείου, συνδεδεμένη και με το άγχος της εργασίας. (Ogasawara K, et. al 2011), Η επίδραση του εργασιακού άγχους από την κατανάλωση αλκοόλ περιορίστηκε σε συγκεκριμένους τύπους εργαζομένων με πολλαπλές ειδικές ιδιότητες.



(Hagihara A,2001). Σε πιο πρόσφατη έρευνα συσχετίστηκε το άγχος της εργασίας και η κατανάλωση αλκοόλ με την κατάθλιψη. Τα άτομα ήταν υπάλληλοι γραφείου και η διάγνωση της κατάθλιψης έγινε από δύο ψυχιάτρους που διεξήγαγαν ανεξάρτητες κλινικές συνεντεύξεις με την χρήση των κριτηρίων του DSM-IV-TR. Τα ευρήματα ήταν ότι αν και δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ υπερωριών και την εμφάνιση κατάθλιψης, ισχυρή συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει με την κατανάλωση αλκοόλ, το άγχος της εργασίας και την εμφάνιση κατάθλιψης (Ogasawara K,et.al 2011)

Βρέθηκε ακόμη να υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και στη φυσική δραστηριότητα. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται το ένα, τόσο μειώνεται το άλλο.

Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η συστηματική φυσική δραστηριότητα στους ενήλικες, βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους. Τα άτομα που γυμνάζονται συστηματικά έχουν καλύτερη υγεία και μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας σε σχέση με τα άτομα που διάγουν μια καθιστική ζωή.( Fletcher et. al., 1992).

Ανεξάρτητα από τα θετικά αποτελέσματα της άσκησης και την προώθηση αυτών, ένα μεγάλο ποσοστό του δυτικού κυρίως πολιτισμού ζει μία απόλυτα καθιστική ζωή.

Εκτός του ότι η καθιστική ζωή και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας στις μέρες μας αυξάνεται, ωστόσο μπαίνουν και τα δύο σε έναν φαύλο κύκλο ελέγχου της ψυχικής μας διάθεσης μέσω του σωματικού βάρους. Και τα δύο αυξάνονται αλλά και το ένα αλληλεπιδρά με το άλλο και συσχετίζονται αρνητικά. Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα πλέον δύσκολα γυμνάζονται για λόγους υγείας (δυσκαμψία, πόνος στις αρθρώσεις, κτλ.), δύσκολα όμως εκθέτουν το σώμα τους σε ένα γυμναστήριο με καλοσχηματισμένα σώματα, αποτέλεσμα θα λέγαμε των δυτικών προτύπων ομορφιάς, σε ένα γυμναστήριο με καθρέφτες όπου οποιαδήποτε στιγμή θα έρχονται «αντιμέτωποι» με το σώμα που «μισούν».

Σε προηγούμενη έρευνα πάλι στην Ελλάδα, σε δείγμα αστικού πληθυσμού, το 74,4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου (45,6%), λόγω έλλειψης διάθεσης (19,4%), για λόγους υγείας (8,2%), για οικονομικούς λόγους (8,2%), λόγω απαρésκειας για τα γυμναστήρια (6,9%), λόγω ηλικίας (3,3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2,7%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη φυσική άσκηση, αφού αθλείται το 50% των

ανύπαντρων, το 20% των παντρεμένων και το 10% των χήρων και των διαζευγμένων. (Τούντας Γ.Κ 2006)

Η συχνή συμμετοχή σε άσκηση συνδέεται με τη θετική αντίληψη του ανθρώπου για τη σωματική του κατάσταση αφού το σώμα και η εξωτερική εμφάνιση αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης της αυτοεκτίμησης κατά τον Fox (1997).

Οι γυναίκες του δείγματος βρέθηκε να παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην συνήθεια να κρύβουν το σώμα τους με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα και στη φυσική δραστηριότητα. Το ντύσιμο θεωρείται σαν ένας τρόπος να εκφράσουμε τον εαυτό μας. Τα ρούχα μπορεί να επηρεάσουν την ψυχολογία μας αλλά και το αντίθετο, δηλαδή ντυνόμαστε σύμφωνα με τη διάθεσή μας. (Griner-Abraham V 2009)

Επίσης η μητέρα ως πρότυπο μεταδίδει αξίες που σχετίζονται με την εμφάνιση, όπως το βάρος και το ντύσιμο. Μητέρες που δεν είναι ευχαριστημένες από την εξωτερική τους εμφάνιση, μεταδίδουν στα παιδιά τους, τα οποία είναι πολύ ευαίσθητοι δέκτες, αρνητισμό για την εικόνα του σώματός τους.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς και ιδιαίτερα οι μητέρες, μπορούν να έχουν μία σημαντική επίδραση στα διατροφικά πρότυπα και κατ' επέκταση στη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών τους. (Edmunds H, Hill AJ. 1999) Οι μητέρες είναι οι πηγή των διατροφικών πληροφοριών για τα παιδιά τους, καθώς ελέγχουν όλη την προετοιμασία και παρασκευή του φαγητού της οικογένειας. (Shur EA, et. Al 2000)

Υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και στη φυσική δραστηριότητα των γυναικών. Πράγμα που σημαίνει ότι όσο πιο μορφωμένο είναι το άτομο (ανώτατη εκπαίδευση, μεταπτυχιακό), τόσο αυξάνεται το επίπεδο της φυσικής του δραστηριότητας. Σε πανελλαδική έρευνα (Τούντας Γ.Κ 2006) το 70% των ατόμων που ασκούνται είναι μέσου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, ενώ απ' όσους δεν ασκούνται το 93% έχει τελειώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Απ' όσους πάντως γυμνάζονται, μόνο το 14% ασκείται καθημερινά.

Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα σε γυναίκες με λιγότερα από 16 χρόνια εκπαίδευσης και σε γυναίκες με εκπαίδευση 16 χρόνων ή και περισσότερο. Οι πρώτες βρέθηκαν να έχουν πολύ υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (BMI), είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν παχυσαρκία, είναι επίσης πιο πιθανό να βιώσουν την κατάθλιψη και τέλος βρέθηκαν να παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο σε τεστ ανάπτυξης αθηρογενούς

διαταραχής σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν 16 + χρόνια εκπαίδευσης. (Gavin A. R. et al, 2010)

Η πλειάδα των παραγόντων που κινητοποιούν τους ενήλικες να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας έχουν διαιρεθεί σε αμετάβλητους (ηλικία, φυλή, εθνικότητα) και σε τροποποιήσιμους ( χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, οικονομική κατάσταση, επάγγελμα, επίπεδο μόρφωσης, αθλητικές υποδομές κοινότητας). Άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου καθώς και άτομα υποσιτισμένα είναι λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν μια δραστήρια ζωή. (Μανιός Γ. 2007).

Θετική συσχέτιση παρατηρούμε ανάμεσα στην καθημερινή συνήθεια του πρωινού και στη φυσική δραστηριότητα. Δηλαδή όσο αυξάνεται το ένα, αυξάνεται και το άλλο. Φαίνεται ότι ένα άτομο που έχει ήδη υιοθετήσει μία καλή συνήθεια, τείνει να υιοθετήσει και άλλες προσθετικά. Σε 20ετη μελέτη στις US (Bogalusa Study) σε 504 παιδιά και ενήλικες δείχθηκε πως όσοι δεν έπαιρναν πρωινό προσελάμβαναν λιγότερη ημερήσια ενέργεια, βιταμίνες (π.χ.Α,Ε,Β6) και μέταλλα (π.χ. ασβέστιο, μαγνήσιο, φώσφορο), από όσα έτρωγαν πρωινό. Αναφέρεται επίσης ότι είναι πιθανό να μην καλυφθούν αυτά τα στοιχεία από άλλο γεύμα της ημέρας. (Nicklas TA, et al. 1993)

Table 2 Mean daily intake of selected nutrients by breakfast consumption status

Nutrient intake	Breakfast consumed Mean (95% CI) <sup>(a)</sup>	Breakfast not consumed	
		Mean (95% CI)	P-value
Energy (kJ)	8748 (8575, 8922)	7982 (7612, 8353)	0.000
Total fat (g)	78 (76, 79)	74 (69, 78)	0.075
Saturated fat (g)	34.2 (33.3, 35.1)	32.1 (30.2, 33.9)	0.032
% Energy from fat	32.8 (32.3, 33.2)	34.1 (33.2, 35.0)	0.012
Protein (g)	72 (70, 75)	65 (62, 68)	0.000
% Energy from protein	13.8 (13.6, 14.1)	13.6 (13.2, 14.0)	0.311
Carbohydrate (g)	279 (273, 285)	249 (236, 262)	0.000
% Energy from CHO	54.0 (53.4, 54.5)	52.8 (51.8, 53.9)	0.049
Dietary fibre (g)	18.7 (18.3, 19.2)	16.0 (15.0, 17.0)	0.000
Vitamin A (µg)	679 (651, 708)	555 (506, 603)	0.000
Vitamin C (mg)	117 (110, 123)	99 (88, 110)	0.006
Thiamin (mg)	1.8 (1.5, 2.0)	1.1 (1.0, 1.3)	0.000
Riboflavin (mg)	2.0 (1.8, 2.3)	1.4 (1.2, 1.6)	0.001
Calcium (mg)	788 (758, 818)	650 (597, 703)	0.000
Iron (mg)	11.6 (11.3, 12.0)	9.6 (9.0, 10.1)	0.000
Zinc (mg)	10.2 (9.8, 10.6)	8.9 (8.3, 9.4)	0.000
Folate (µg)	257 (249, 266)	190 (175, 205)	0.000

<sup>(a)</sup> Adjusted for age, gender, ethnicity, NZDep01 rating and rural/urban differences.

<sup>(b)</sup> Difference between children who ate breakfast compared with those who did not, using a t-test.  
CHO = carbohydrate.

**Ο παραπάνω πίνακας δείχνει τις διαφορές όσο αφορά ενέργεια, μικροθρεπτικά και μακροθρεπτικά στοιχεία ανάμεσα σε άτομα που έπαιρναν πρωινό και σε εκείνα που δεν έπαιρναν (Wilson N et al, 2006)**

Αδιαμφισβήτητη είναι η σημασία της καθημερινής κατανάλωσης πρωινού, στη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους, ως μέσο ελέγχου αυτού και την προαγωγή της συνολικής υγείας.

Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και του αν εναλλάσσονται οι περίοδοι που τρέφονται αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία, με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού, καθώς επίσης και η θετική συσχέτιση του να τρέφονται αυστηρά με δική τους πρωτοβουλία με το γεγονός ότι εναλλάσσεται αυτή η περίοδος με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού, δείχνει και εδώ την μεγάλη αγωνία των γυναικών για το σώμα τους και τις προσπάθειες να ελέγξουν τα συναισθήματα και το βάρος τους, μέσω της τροφής.

Θα πρέπει να επισημανθεί η θετική συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ της αυστηρής εναλλαγής περιόδων κατανάλωσης τροφής (τρέφομαι υπερβολικά – τρέφομαι πολύ αυστηρά), με την απότομη απώλεια βάρους που είχαν οι γυναίκες του δείγματος.

Η απότομη απώλεια βάρους είτε από στερητικές δίαιτες, είτε ακούσια, προκαλεί μεταβολικό στρες στον εγκέφαλο με συνέπεια. το στρες να αναγκάζει το σώμα να απελευθερώσει ορμόνες όπως η κορτιζόλη, που τροφοδοτούν το αίμα με ενέργεια σε μορφή σακχάρου.

Μπορεί να είναι επιβλαβείς στην ψυχολογική και βιολογική υγιή λειτουργία του οργανισμού. Δίαιτες τέτοιου τύπου επίσης μπορεί να επαναπρογραμματίσουν τις αντιδράσεις του εγκεφάλου στα μελλοντικά άγχη και να αυξήσουν έτσι τη συναισθηματική ανάγκη για φαγητό. (Tomiyama AJ, et. Al 2010)

Έρευνα που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο της Μινεσότα και στο UCLA, από τον Σεπτέμβριο του 2007 έως τον Ιανουάριο του 2009 και αφορούσε 115 γυναίκες φοιτήτριες, έδειξε ότι η δίαιτα αυξάνει την έκκριση κορτιζόλης και το άγχος. (Tomiyama AJ, et. Al 2010)

Το άγχος ορίζεται ως μια αρνητική συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύεται από προβλέψιμες και συγκεκριμένες βιοχημικές, φυσιολογικές, γνωστικές, και συμπεριφορικές αλλαγές και είναι ένα ύποπτος, ως πιθανή αιτία της επαναπρόσληψης βάρους μετά την δίαιτα. (Baum A. 1990). Η έρευνα αφορούσε γυναίκες για τον λόγο ότι ο επιπολασμός σε

θέματα περιορισμού κατανάλωσης τροφής, είναι πιο υψηλός στον πληθυσμό αυτό. (Phillips EL, Pratt HD. 2005)

Τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ισχυρή σύνδεση μεταξύ του άγχους και της αύξησης του σωματικού βάρους, μέσω αυξομοιώσεων της κορτιζόλης, η οποία ρυθμίζεται από την παρατεταμένη ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) καθώς και ως αποτέλεσμα αντίστασης στην ινσουλίνη και μη φυσιολογικό μεταβολισμό των υδατανθράκων. (Peeke PM, et. al 1995; Bjorntorp P. 2001, Bjorntorp P, Rosmond R. 2000; Erel ES, et. al 2000; Raber J. 1998) Το να βρίσκεται κανείς σε δίαιτα είναι ψυχολογικά στρεσογόνο. Εξ ορισμού, δίαιτα σημαίνει περιορισμός της κατανάλωσης τροφής, με αποτέλεσμα η στέρηση αυτή να ευνοεί την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων, όπως κατάθλιψη, άγχος, μειωμένη αυτοεκτίμηση, νευρικότητα και ευερεθιστότητα. (French SA, Jeffery RW. 1994)

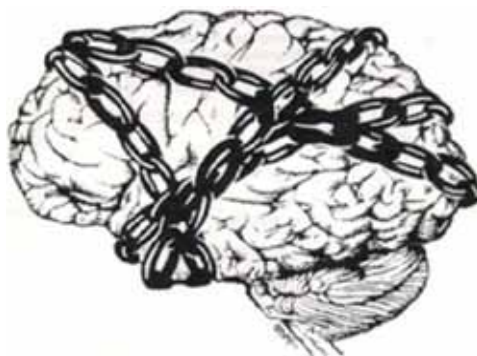
Όπως αναφέρθηκε, τα αρνητικά συναισθήματα επιφέρουν μείωση στη λήψη τροφής, ενώ αντίθετα αποτελέσματα δείχνουν να έχουν τα θετικά. (Patel et. al 2001).

Η σχέση μεταξύ τροφής, (ιδιαίτερα των γλυκών) και διάθεσης είναι σύνθετη, πολύπλοκη και αμφίδρομη. (Gibson EL. 2006)

Η αρνητική διάθεση σχετίζεται με μειωμένη σωματική ενέργεια, (Thayer RE. 2001) η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τροφές υψηλής ενεργειακής πυκνότητας, όπως είναι για παράδειγμα τα γλυκά, με τα οποία μπορούμε να επιτύχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα, δηλαδή την τόνωση (Arnou B, et. al 1995)

Ανάλογα τις παρελθοντικές μας εμπειρίες για τα τρόφιμα, έχουμε και την αντίστοιχη προσδοκία, για τον τύπο του τροφίμου που θα επιλέξουμε να καταναλώσουμε, κάτω από διαφορετικές συναισθηματικές περιστάσεις. (Drewnowski A, et. al 1992) Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να καταναλώσουν γλυκά, μετά από ένα δυσάρεστο γεγονός από ότι οι άντρες. Όταν διερευνήθηκε η επίδραση της διάθεσης στην επιλογή τροφίμων σε 98 άτομα, άντρες και γυναίκες, διαπιστώθηκε και από τα δύο φύλα, ότι ήταν πιο πιθανό να καταναλώσουν κάποιο τρόφιμο μετά από ένα ευχάριστο γεγονός από ότι μετά από ένα δυσάρεστο. Ο τύπος του τροφίμου που πρόκειται να καταναλώσουν σχετίζεται με το είδος του περιστατικού που προηγήθηκε. Ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται και από τα δύο φύλα όσον αφορά την επιλογή της τροφής μετά από κάποιο ευχάριστο γεγονός να είναι φυτικής προέλευσης. Οι ερευνητές σχετίζουν το γεγονός ότι η επιλογή των πιο λιπαρών και υδατανθρακούχων τροφίμων όταν

το άτομο είναι στενοχωρημένο, έχει να κάνει με την επίδραση της σεροτονίνης ως ενδογενές οπιοειδές, συνεπώς και αυτοθεραπεία. (Christensen L, Brooks A. 2006)



Ωστόσο στην παρούσα έρευνα βρέθηκε, το 18% να τρώει λόγω κατάθλιψης, το 14% από λύπη, ενώ μόλις το 9% από ευχαρίστηση. Υπάρχουν λίγα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον «συναισθηματικό» τρόπο διατροφής.

Άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές συναισθήματος και άγχους και μεγαλύτερη πιθανότητα σε ψυχολογική και σωματική κακοποίηση ή ψυχιατρική διάγνωση.

Κορίτσια με συμπτώματα βουλιμίας και ανορεξίας στις ΗΠΑ δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν αρνητικά συναισθήματα ή να κατονομάσουν την συναισθηματική τους κατάσταση. (Goleman 1999).

Το 80,1% από τις 211 γυναίκες με διατροφική διαταραχή (κλινική ή υποκλινική μορφή) που εξετάστηκαν βρέθηκε ότι η συμπεριφορά τους συσχετίζεται σημαντικά με χαμηλή αυτοεκτίμηση, κάποια μορφή κατάθλιψης, υψηλή κατάσταση άγχους, υψηλό BMI, φτωχή αυτο – αποτελεσματικότητα όσον αφορά την κανονικότητα στη λήψη τροφής, μειωμένη εικόνα σώματος και κοινωνική ζωή, μεγάλη αυτο-συγκράτηση όσον αφορά το φαγητό, το σχήμα και το βάρος. (Ackard DM et. al 2011)

Παχύσαρκα άτομα είναι πιο επιρρεπή να στραφούν στο φαγητό ως αντίδραση σε συναισθηματικές καταστάσεις από ότι μη παχύσαρκοι (Brownell 1986). Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει ότι τα ίδια τα συναισθήματα είναι τοξικά, ούτε ότι σε σύγκριση με μη παχύσαρκους, τα παχύσαρκα άτομα είχαν περισσότερες αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες.

Η αδυναμία ρύθμισης του σωματικού βάρους συνδέεται συχνά με την κακή διατροφή και την έλλειψη σωματικής άσκησης. Όπως επίσης προαναφέρθηκε, η ψυχική διάθεση ορίζεται από ψυχολογικούς και φυσιολογικούς παράγοντες όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η κόπωση, η ενεργητικότητα κ.ά. (McNair et al. 1971).

Είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης να νιώθουμε συναισθήματα. Τα συναισθήματα είναι απαραίτητα για την κινητοποίηση της συμπεριφοράς μας που χρειάζεται για τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχολογικής μας ακεραιότητας. Όλοι μας τρώμε συναισθηματικά ως έναν βαθμό και η σχέση μεταξύ φαγητού και συναισθημάτων διαγράφεται καθαρά στον καθημερινό λόγο: λέμε 'χόρτασα' φιλιά, 'καταπίνω' το θυμό μου, το 'έφαγα' το παραμύθι, έχω 'ορεξη' για ζωή, 'διψάω' για περιπέτεια, κ.α. Η σχέση μεταξύ διατροφής και ρύθμισης της διάθεσης ξεκινά από την γέννηση όταν παρέχουμε γάλα στο μωρό που κλαίει. Οι συσχετισμοί με το φαγητό και τη φροντίδα ανιχνεύονται στις πρώτες εμπειρίες μας, όταν μας κρατούσαν αγκαλιά καθώς τρεφόμασταν. Με το ξεκίνημα της ζωής πανίσχυρες συνδέσεις θεμελιώνονται μεταξύ διατροφής, δεσμού, συναισθηματικής ρύθμισης και διαπροσωπικών εμπειριών. Ψυχοδυναμικές θεωρίες για τις διατροφικές διαταραχές αναφέρονται σε εμπειρίες κατά την ανάπτυξη του ατόμου που συνδέονται με εμπειρίες πείνας, αίσθηση ανάγκης, ευγνωμοσύνης και ικανοποίησης.

#### - Προτάσεις για μελλοντικές εφαρμογές

Σύμφωνα με την παρούσα πτυχιακή μελέτη, βρέθηκε ότι ενήλικες γυναίκες φυσιολογικού ΔΜΣ , αλλά και υπέρβαρες παρουσιάζουν διαταραγμένη εικόνα σώματος. Εξέφρασαν αγωνία και άγχος για την εξωτερική τους εμφάνιση, η οποία δεν ήταν ανάλογη των πραγματικών τους σωματικών αναλογιών.

Τοξικά συναισθήματα, όπως άγχος, θλίψη, ανησυχία, πλήξη φαίνεται να εμπλέκονται δραματικά στην ανισορροπία του ψυχισμού τους και στην αρνητική εικόνα σώματος που παρουσιάζουν.

Η παγκόσμια βιβλιογραφική ανασκόπηση υστερεί στην έρευνα των συναισθημάτων και της εικόνας σώματος. Περισσότερες έρευνες στο μέλλον θα πρέπει να γίνουν, ώστε να διερευνηθεί σε βάθος ο ψυχισμός του ατόμου και η σχέση με το ίδιο του το σώμα. Θεωρώ ότι έμφαση θα πρέπει να δοθεί στα θετικά συναισθήματα και όχι μόνο στα αρνητικά.

Επίσης συνεργασίες των υπουργείων υγείας και πολιτισμού, με προγράμματα αγωγής και κυρίως προαγωγής της υγείας θα επέφεραν αποτέλεσμα. Η γνωστοποίηση λανθασμένων προτύπων και συμπεριφορών του κοινού, καθώς και η εκπαίδευση με διάφορες διαδραστικές τεχνικές ή με την παρουσία γνωστών προσώπων (π.χ μοντέλων, παρουσιαστών, αθλητών, κ.α), θα μπορούσε να ευαισθητοποιήσει τον ευαίσθητο δέκτη-κοινό, στα λανθασμένα μηνύματα και να το καθοδηγήσει προς την απομυθοποίηση του **«αδύνατου άρα και όμορφου»** σώματος.

Ως στοχευμένη δράση τα MME έχουν τεράστια δύναμη και επιρροή στο κοινό.

Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας τα οποία προαναφέρθηκαν είναι αναμφισβήτητα πολύτιμα στην πρόληψη αλλά και στην θεραπεία της διαταραγμένης εικόνας σώματος. Η ανάγκη για άσκηση είναι επιτακτική προς έναν υγιή οργανισμό και κατ' επέκταση ένα υγιές σώμα.

Η διατροφική και φυσική αγωγή είναι μαθήματα εξαιρετικής βαρύτητας από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, δηλαδή των παιδιών, έως τους αυριανούς ενήλικες ως προς τα θετικά πρότυπα και υγιή σώματα, μέσω αύξησης των γνώσεων και της αυτο-αποτελεσματικότητας και ενίσχυση της αυτο-εκτίμησης μέσα από την άσκηση.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **διατροφή**



- **γενικές πληροφορίες**
- **διατροφικό ιστορικό**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1.ΦΥΛΟ/ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΗΛΙΚΙΑ

ΑΝΤΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΓΥΝΑΙΚΑ ΕΓΚΥΟΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ ΣΕ ΘΗΛΑΣΜΟ

2.ΒΑΡΟΣ

ΥΨΟΣ (εκ.)

3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

4. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ                      ΝΑΙ                      ΟΧΙ
5. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ    ΗΛΙΚΙΕΣ   ΦΥΛΟ
6. ΒΑΡΟΣ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΠΡΙΝ
7. ΜΕΓΙΣΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΚΙΛΑ    ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ
8. ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΒΑΡΟΣ (μετά τα 18)
9. ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΟ ΣΑΣ ΒΑΡΟΣ
10. ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ;                      ΝΑΙ                      ΟΧΙ
11. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΑΠΟΤΟΜΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ;                      ΝΑΙ                      ΟΧΙ
12. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ

ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

13. ΤΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΝΕΤΕ

14. ΩΡΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

15. ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

ΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΡΓΑΣΙΑ ΥΠΑΙΘΡΟ/ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΗ

ΟΙΚΟΔΟΜΙΚΗ

16. Η ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ

ΔΕΝ ΚΙΝΟΥΜΑΙ ΚΑΘΟΛΟΥ

ΕΛΑΦΡΙΑ ( δουλειές σπιτιού, χαλαρό και περιστασιακό περπάτημα, yoga, κτλ.)

ΜΕΤΡΙΑ (έντονο περπάτημα, χορός, ποδηλασία σε χαμηλή ένταση, αγροτικές εργασίες, περπάτημα και σήκωμα βάρους ως μέρους εργασίας, ενασχόληση με κήπο σπιτιού κτλ.)

ΑΥΞΗΜΕΝΗ (jogging ή τρέξιμο, γρήγορο ποδήλατο, αεροβική, κολύμπι, βάρη σε γυμναστήριο, σκάψιμο, ατομικό τένις, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, squash ,κτλ.)

#### ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ

17.ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΆΘΛΗΜΑ Ή ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ (π.χ. μπαλέτο, αεροβική σε γυμναστήριο, ποδόσφαιρο, κτλ.) ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ, ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΗΣ

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ)

18.ΕΧΕΤΕ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΆΛΛΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

19.ΑΝ ΝΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ

(ΧΗΜΙΚΗ, ΣΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ, ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ, ΣΕ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ, ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ)

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

20.ΕΙΣΤΕ ΧΟΡΤΟΦΑΓΟΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

21.ΕΙΣΤΕ ΧΟΡΤΟΦΑΓΟΣ ΚΑΙ ΤΡΩΤΕ ΨΑΡΙ, ΓΑΛΑ Ή ΑΥΓΑ: (ΚΑΤΙ ΑΠΟ ΑΥΤΑ Ή ΌΛΑ). ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΟΙΑ

22.ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΗΣΤΕΙΩΝ: ΝΑΙ ΟΧΙ

23.ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΙΣ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΣΤΗ ΝΗΣΤΕΙΑ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΥΤΗΣ

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

#### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

24.ΠΟΙΟΣ ΜΑΓΕΙΡΕΥΕΙ

Η ΙΔΙΑ/Ο ΙΔΙΟΣ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΆΛΛΟΣ

25.ΠΟΙΑ ΓΕΥΜΑΤΑ ΤΡΩΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ

ΣΥΝΗΘΗ ΩΡΑ

ΤΡΩΤΕ ΣΠΙΤΙ Ή ΕΞΩ

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (π.χ. γάλα με δημητριακά, τυρόπιτα. κτλ./μπορεί να

είναι περισσότερες από μία επιλογές)

ΠΡΩΙΝΟ

ΠΡΟΓΕΥΜΑ

ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ

ΒΡΑΔΥΝΟ

26.ΤΙ ΤΡΩΤΕ ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ: 1-ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ 2-ΣΥΧΝΑ 3-ΣΠΑΝΙΑ 4-ΠΟΤΕ

ΓΛΥΚΑ/ΣΟΚΟΛΑΤΑ ΚΤΛ.

ΞΗΡΟΥΣ ΚΑΡΠΟΥΣ

ΣΑΝΤΟΥΙΤΣ/ΤΟΣΤ/ΨΩΜΙ/ΦΡΥΓΑΝΙΕΣ

ΠΙΤΕΣ(τυρόπιττα, σπανακόπιττα κτλ.) ΚΛΠ

ΦΡΟΥΤΑ/ΧΥΜΟΥΣ

ΆΛΛΟ

ΤΙΠΟΤΑ

27.ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΝΟΣ ΓΕΥΜΑΤΟΣ:

Τρώτε γρήγορα

Τρώτε μέχρι να τελειώσει το φαγητό που είναι σερβιρισμένο

Χρειάζεστε και δεύτερη μερίδα φαγητού για να χορτάσετε

Τρώτε μαζί με άλλα μέλη της οικογένειας σας/φίλους

Τρώτε βλέποντας τηλεόραση/διαβάζοντας εφημερίδες κτλ.

28.ΤΡΟΦΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΟΙΕΣ ΤΡΟΦΕΣ ΔΕΝ ΤΡΩΤΕ ΚΑΘΟΛΟΥ Ή ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΛΟΓΟ (ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΟ ΛΟΓΟ)

ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ (ΓΕΝΙΚΑ)

ΓΑΛΛΑ

ΦΑΣΟΛΙΑ

ΚΡΕΑΣ(ΓΕΝΙΚΑ)

ΤΥΡΙΑ ΚΙΤΡΙΝΑ

ΜΠΑΜΙΕΣ

ΑΥΓΟ

ΣΥΚΩΤΙ

ΣΠΑΝΑΚΙ

ΚΟΥΚΙΑ

ΟΣΤΡΑΚΟΕΙΔΗ

ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ (ΓΕΝΙΚΑ)

ΦΑΚΕΣ

ΤΥΡΙΑ ΓΕΝΙΚΑ

ΤΥΡΙΑ ΆΣΠΡΑ

ΦΑΣΟΛΑΚΙΑ

ΚΟΤΟΠΟΥΛΟ

ΚΡΕΑΣ ΧΟΙΡΙΝΟ

ΚΟΛΟΚΥΘΑΚΙΑ

ΟΣΤΡΑΚΟΕΙΔΗ

ΨΑΡΙ

ΜΕΛΙΤΖΑΝΕΣ

ΔΕΝ ΕΧΩ

ΤΑ ΤΡΩΩ ΌΛΑ

ΟΣΠΡΙΑ (ΓΕΝΙΚΑ)

ΛΑΔΕΡΑ (ΓΕΝΙΚΑ)

ΚΡΕΑΣ ΜΟΣΧΑΡΙ

ΑΓΚΙΝΑΡΕΣ

ΓΑΡΙΔΕΣ

ΧΥΜΟΣ ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ

ΣΟΓΙΑ

ΡΕΒΥΘΙΑ

ΚΡΕΑΣ (ΓΕΝΙΚΑ)

ΑΡΑΚΑ

ΧΟΡΤΑ

ΦΥΣΤΙΚΙΑ

ΤΟΝΟΣ

29.ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΦΙΜΟ Ή ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ

ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΡΟΦΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

ΤΡΟΦΙΜΟ ΠΟΥ ΔΕΝ ΤΡΩΤΕ

ΖΩΙΚΑ

ΦΥΤΙΚΑ

30.ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΠΙΝΕΤΕ ΓΑΛΑ

φρέσκο 0% λιπαρά

εβαπορέ 1.5% λιπαρά

φρέσκο 1.5%λιπαρά

εβαπορέ πλήρες

φρέσκο πλήρες

σοκολατούχο

σκόνη γάλακτος

σοκολατούχο 0%+0%

ΔΕΝ ΠΙΝΩ ΓΑΛΑ (ΛΟΓΩ ΔΥΣΑΝΕΞΙΑΣ)

31.ΠΙΝΕΤΕ ΣΚΕΤΟ ΤΟ ΓΑΛΑ ΣΑΣ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32.ΑΝ ΟΧΙ, ΤΙ ΒΑΖΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟ ΠΙΕΙΤΕ (π.χ. μέλι, hemo, κακάο, καφέ, ζάχαρη, κτλ.)

33.ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΙΔΗ ΤΥΡΙΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ

φέτα

κασέρι

ανθότυρο

τυρί για τوست

μυζήθρα

έμενταλ

μανούρι

γκούντα

γραβιέρα

Milner

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟ ΣΑΣ ΤΥΡΙ

34. ΣΑΣ ΑΡΕΣΕΙ ΝΑ ΤΡΩΤΕ ΓΙΑΟΥΡΤΙ

απλό 0% λιπαρά	απλό 0% λιπαρά με δημητριακά	απλό 2%-5% λιπαρά
απλό 2%-5% λιπαρά και με δημητριακά	απλό πλήρες	
με φρούτα 0% λιπαρά και με δημητριακά	με φρούτα 0% λιπαρά	
με φρούτα 2.5% λιπαρά και με δημητριακά	με φρούτα 2.5% λιπαρά	
με άλλη γεύση	με φρούτα πλήρες με γεύση σοκολάτα	

35. ΤΡΩΤΕ ΦΡΟΥΤΑ Ή ΠΙΝΕΤΕ ΦΡΕΣΚΟΥΣ ΧΥΜΟΥΣ (ΟΧΙ ΕΜΠΟΡΙΟΥ)    ΝΑΙ                    ΟΧΙ

36. ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΡΩΤΕ ΦΡΟΥΤΑ / ΠΙΝΕΤΕ ΧΥΜΟΥΣ

Κατά μέσο όρο, πόσες μερίδες\* φρούτου/χυμού καταναλώνετε την ημέρα?

0-1        ΜΕΡΙΔΑ  
2-3        ΜΕΡΙΔΕΣ  
> 4        ΜΕΡΙΔΕΣ

\* 1 ΜΕΡΙΔΑ ΦΡΟΥΤΟΥ/ ΧΥΜΟΥ ΟΡΙΖΕΤΑΙ ΩΣ =

1 μέτριου μεγέθους φρούτου (π.χ. 1 μέτριο μήλο ή πορτοκάλι ή ροδάκινο ή αχλάδια 1 μία μικρή ή ½ μεγάλη μπανάνα)

2 μικρού μεγέθους φρούτα (π.χ. 2 βερίκοκα ή kiwi ή δαμάσκηνα ή ακτινίδια ή νεκταρίνια ή σύκα)

1 χούφτα (περίπου 10-15 ρόγες) κεράσια, σταφύλια, φράουλες ή αποξηραμένα φρούτα

1 μέτρια φέτα καρπούζι ή μία μεγάλη φέτα πεπόνι

200ml. (3/4 φλιτζανιού) φρέσκο χυμό φρούτου, π.χ. πορτοκάλι, μήλο, χυμό καρότου και ντομάτας).

37. ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΛΑΧΑΝΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΓΕΥΜΑ ΣΑΣ                    ΝΑΙ                    ΟΧΙ

38. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

39. ΒΑΖΕΤΕ ΑΛΑΤΙ ΣΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΑΣ

ΛΙΓΟ                    ΜΕΤΡΙΟ                    ΠΟΛΥ                    ΔΕΝ ΒΑΖΩ ΑΛΑΤΙ

40. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΤΕ    1 ΦΟΡΑ/ΜΗΝΑ    ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ    \*ΠΟΣΟΤΗΤΑ

ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ



50.ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ

ΤΙ ΠΙΝΕΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΟΣΑ ΠΟΤΗΡΙΑ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ

(ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ,ΣΥΧΝΑ,ΣΠΑΝΙΑ,

ΠΟΤΕ)

ΒΟΤΚΑ

ΜΠΥΡΑ

ΚΥΡΙΩΣ ΚΟΚΚ.ΚΡΑΣΙ

ΚΥΡΙΩΣ ΛΕΥΚ.ΚΡΑΣΙ

ΟΥΙΣΚΙ

ΑΛΛΟ (ΠΟΙΟ)

51.ΠΟΤΕ ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ

ΜΕ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΕΞΟΔΟΣ ΜΕ ΠΑΡΕΑ

ΜΟΝΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΑΛΛΟΥ

52.ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

53.ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ, ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ

0-10

11-20

>20

54.ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

55.ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (Γ' ΜΕΡΟΣ)

A. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΣΑΣ (Περιγράψτε με λίγα λόγια τους λόγους που θα θέλατε να σας βοηθήσουμε)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ Α' ΟΜΑΔΑΣ

A1. Έχετε ξεκαθαρίσει τους λόγους για τους οποίους βρίσκεστε εδώ?

ΝΑΙ ΟΧΙ

A2. Το πρόβλημα των κιλών, σας δημιουργεί άγχος, δυσφορία (ή άλλα δύσκολα συναισθήματα) ΝΑΙ

ΟΧΙ

A3. Έχετε μεγάλη αγωνία για την εξωτερική σας εμφάνιση

ΝΑΙ ΟΧΙ

A4. Στην καθημερινή σας ζωή, έχετε πρόγραμμα διατροφής

ΝΑΙ ΟΧΙ

A5. Φροντίζετε εσείς για την διατροφή σας

ΝΑΙ ΟΧΙ

A6.α. Τρώτε συχνά για άλλους λόγους, εκτός από πείνα

ΝΑΙ ΟΧΙ



Αν ΝΑΙ, για ποιούς από τους παρακάτω λόγους

A6.β1. Λύπη

A6.β2. Πίεση

A6.β3. Αμηχανία

A6.β4. Πόνο

A6.β5. Ενοχή

A6.β6. Ανία

A6.β7. Ανησυχία

A6.β8. Κατάθλιψη

A6.β9 Ντροπή

A6.β10. Κούραση

A6.β11. Μοναξιά

A6.β12. Άγχος

A6.β13. Σύγχυση

A6.β14. Ευχαρίστηση

A6.β15. Χαλάρωση

A6.β16. Επιβράβευση

A7. Το πόσο είναι το βάρος σας, καθορίζει και πόσο θα φάτε την επόμενη μέρα  
ΟΧΙ

ΝΑΙ

A8. Υπάρχει κάποιος περιορισμός στις θερμίδες που καταναλώνετε  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A9. Νιώθετε άβολα όταν τρώτε με παρέα  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A10. Νιώθετε συχνά ενοχές ύστερα από ένα πλούσιο γεύμα  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A11. Ζυγίζετε σε καθημερινή βάση  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A12. Συγκρίνετε το σώμα σας με τα σώματα των άλλων  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A13. Νιώθετε αμηχανία όταν ξεφυλλίζετε περιοδικά μόδας  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A14. Νιώθετε άβολα όταν αγοράζετε ρούχα  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A15. Συνηθίζετε να κρύβετε το σώμα σας με φαρδιά ή χαλαρά ρούχα  
ΝΑΙ ΟΧΙ

A16. Αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές λόγω του βάρους σας  
ΝΑΙ ΟΧΙ

- A17. Συνηθίζετε να αρχίζετε δίαιτα μαζί με άλλα μέλη της οικογένειάς σας  
OXI NAI
- A18. Νιώθετε ότι υπάρχουν άνθρωποι τριγύρω σας που αποδέχονται την εμφάνισή σας  
NAI OXI
- A19. Σας έγινε ποτέ έμμονη ιδέα το φαγητό (τα κιλά σας)  
OXI NAI
- A20.α.Έχετε προκαλέσει εμετό μετά από γεύμα  
NAI OXI
- A20.β.Πόσο συχνά  
NAI OXI
- A20.γ.Αν ναι, το γνωρίζει κάποιος άλλος από το στενό σας περιβάλλον  
NAI OXI
- A21.α.Γνωρίζει κάποιος άλλος για το πώς βιώνετε το συγκεκριμένο «πρόβλημα»  
NAI OXI
- A21.β.Έχετε εμπιστευτεί σε κάποιον σημαντικό για σας, για το πώς αισθάνεστε για το σώμα σας  
OXI NAI
- A22.α.Ζείτε περιόδους που τρέφεστε πάρα πολύ αυστηρά με δική σας πρωτοβουλία  
OXI NAI
- A22.β.Εάν NAI πόσο διαρκούν  
NAI OXI
- A22.γ.Εναλλάσσεται η προηγούμενη κατάσταση με περιόδους υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού  
NAI OXI
- A23. Πιστεύετε ότι βρίσκεστε σε μία διαρκή κατάσταση δίαιτας  
NAI OXI
- A24. Πιστεύετε ότι αυτό το «πρόβλημα» επηρεάζει τη στάση σας σε διάφορες καταστάσεις ζωής (π.χ. εργασιακά, ερωτικά, παρέα)  
NAI OXI
- A25. Έχετε εναποθέσει πολλά όνειρά σας για μετά το τέλος της προσπάθειάς σας  
OXI NAI
- A26. Όταν ξεκινάτε μια νέα προσπάθεια για κάτι καινούριο, σε οποιοδήποτε τομέα συνήθως την ολοκληρώνετε  
OXI NAI

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

**Ackard DM, Cronemeyer CL, Franzen LM, Richter SA, Norstrom J (2011)** Number of different purging behaviors used among women with eating disorders: psychological, behavioral, self-efficacy and quality of life outcomes. *Eat Disord.* Mar;19(2):156-74.

**Ackard DM, Croll JK, Kearney-Cooke A (2002)** Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *J Psychosom Res.* Mar;52(3):129-36.

**Álvarez-Rayón G. et al. (2009)** Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Salud Púb;* 11 (4): 568-578

**Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001).** Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *The Journal of Gerontology* , 56A , 54-64

**American Dietetic Association.(2001)** Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *G Am Diet Assoc.*; 101:810-819

**American Psychiatric Association, (1994).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>. Ed). Washington D.C: Author

**Arnheim Rudolf (1999).** *Τέχνη και οπτική αντίληψη.*: Αθήνα: Θεμέλιο

**Arnow B, Kenardy J, Agras WS. (1995)** The Emotional Eating Scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int J Eat Disord.* 18(1):79–90

**Aune R., K., Aune S., K. (1994).** The influence of culture, gender, and relational status on appearance management. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 25, No. 2, 258-272.

**Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007).** The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373–403.

**Baron, R., and Parker, J (2000).** *Handbook of Emotional Intelligence: theory, development, assessment and application at home, school, and in the workplace.* Wiley Company.

**Barthomeuf, L. / Rousset, S. / Droit-Volet, S. , (2009)** Emotion and food. Do the emotions expressed on other people's faces affect the desire to eat liked and disliked food products? *Appetite*,52 (1), p.27,

**Baum A. (1990).** Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology.* 9:653–75

**Bearman S.K. et al (2006).** The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc.*; 35(2): 217–229

**Bekker MH, Croon MA, van Balkom EG, Vermee JB. (2008)** Predicting individual differences in autonomy-connectedness: the role of body awareness, alexithymia, and assertiveness. *J Clin Psychol.*;64:747–765.

**Bell, C., Kirkpatrick, S., & Rinn, R. (1986).** Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431- 439.

**Benson, P. J., Emery, J. L., Cohen-Tovée, E. M., & Tovée, M. J. (1999).** A computer-graphic technique for the study of body size perception and body types. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31, 446-454.

**Berbh C. & Sodersen P (1998).** Anorexia nervosa. *Lancet*; 351: 1427-1429

**Bernstein B. (2000).** *Pedagogy, Symbolic Control and Identity: Theory, Research and Critique*, revised edition, London: Rowman & Littlefield.

**Berscheid, E., Walster, E., & Bohrnstedt, G. (1973).** The happy American Body: a survey report. *Psychology Today*, 11, 119-131.

**Bick, E. (1968).** The experience of the Skin in early object relation.. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486

**Biddle SJ, Asare M. (2011)** Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med. Aug1*

**Bjorntorp P, Rosmond R. (2000)** Obesity and cortisol. *Nutrition. 16*:924–36.

**Bjorntorp P. (2001)** Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev.*;2:73–86.

**Booth, D. A. (1994).** *Psychology of nutrition*. London: Taylor & Francis

**Brownell KD, Greenwood MR, Stellar E, Shrager EE. (1986)** The effects of repeated cycles of weight loss and regain in rats. *Physiol Behav. Oct*;38(4):459-64.

**Brownell, K.D. and Rodin, J.R (1994)** *The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weight?* American Psychologist, 49:781-91

**Brunn, A.A (1975).** A study of the relationships among self-concept, body cathexis and sociometric status of institutionalized adolescents. *Unpublished doctoral dissertation. Baylor University*

**Burns, R.B. (1979).** The self concept: Theory, measurement, development and behaviour. London: Longman

**Burns, R.B. (1982).** *Self-concept development and education*. London: Holt, Rinehart & Winston.

**Cafri , G, Thompson, J.K., Ricciardelli, L.A , McCabe, M.P, Smolak, L. andYesalis C (2005)** *Pursuit of the muscular ideal: Physical and Psychological consequences and putative risk factors.* Clinical Psychology Review, 25:215-39

**Calafat A, Blay NT, Hughes K, Bellis M, Juan M, Duch M, Kokkevi A. (2010)** Nightlife young risk behaviours in Mediterranean versus other European cities: are stereotypes true? *Eur J Public Health. Sep 30*

**Cash, T.F, and Pruzinsky, T, (1990).** *Body images: Development, deviance and change*. New York, Guilford Press

**Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987).** Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification, 11*, 487-521.

**Cash, T. F., & Deagle, E. A., III (1997).** The nature and extent of bodyimage disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A metaanalysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 107-125.

**Cash, T.F., Dawson, K., Davis, P., Bowen, M., & Galumbeck, C. (1989).** Effects of cosmetics use on the physical attractiveness and body image of American college women. *The Journal of Social Psychology, 129*, 349-355.

**Cash, T.F., Rissi, J., & Chapman, R. (1985).** Not just another pretty face: sex roles, locus of control and cosmetics use. *Personality and Social Psychology Bulletin, 11*, 246-257.

- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987).** Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, **11**, 487-521.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A., III (1997).** The nature and extent of bodyimage disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A metaanalysis. *International Journal of Eating Disorders*, **22**, 107-125.
- Cash TF, Fleming EC. (2002)**The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord.*;31:455–460
- Caul, W.F., Jones, J.R., & Barrett, R.J (1988).** Amphetamine's effects on food consumption and body weight: The role of adaptive processes. *Behavioural Neuroscience*, **102**, 441-450.
- Christensen L, Brooks A.(2006)** Changing food preference as a function of mood. *J Psychol* Jul;140(4):293-306.
- Cohane, G.H, and Pope, H.J (2001)** *Body Image in Boys: A review of the literature*, *International Journal of Eating Disorders*, **29**(4):373-9
- Corcos et al. (2000);**Early psychopathological sings in bulimia nervosa: A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls. *European Child & Adolescent Psychiatry* **9**:115-121
- Cooper, J.M., Todd, G., & Wells, A. (1998)** Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. **12**: 213–230.
- Cozolino L., (2002).** *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain* 377 p. W.W. Norton & Company; New York
- Damhorst, L. M., Littrell, M. J., & Littrell, A. M. (1988).** Age differences in adolescent body satisfaction. *Journal of Psychology*, **12**, 553-562.
- Davies, E., & Furnham, A. (1986).** Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, **59**, 279-287.
- Davis, M.C. (2009).** Building Emotional Resilience to Promote Health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, **3**: 60S-63S,
- Davison KK, Markey CN, Birch LL. (2003)** A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *The International Journal of Eating Disorders.*;33:320–332.
- De Castro JM (1994)** **Department of Psychology**, Georgia State University, Atlanta Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions *Physiol Behav. Sep*;56(3):445-5.
- Demarest J, Allen R. (2000)** Body image: Gender, ethnic, and age differences. *J. Soc. Psychol.*;140:465–472
- Dennett, D.C., & Kinsbourne, M. (1992).** Time and the observer: The where and when of consciousness in the brain. *The Behavioral and Brain Sciences*, **15**, 183-247 (6)

**Desmet, Pieter M.A. / Schifferstein, Hendrik N.J. (2008)** Sources of positive and negative emotions in food experience, *Appetite*, **50** (2-3), p.290

**Dickson-Parnell, B., Jones, M., Braddy, D., & Parnell, C. P. (1987).** Assessment of body image perceptions using a computer program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, **19**, 353-354.

**Doeschka J. Anschutz and Rutger C. M. E. Engels (2010)**, The Effects of Playing with Thin Dolls on Body Image and Food Intake in Young Girls *Sex Roles*; **63**(9-10): 621–630

**Dolto, F. (1985).** *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.

**Dolto F.(1999)** Η ασυνείδητη εικόνα του σώματος. Εστία, Αθήνα

**Drewnowski A, Kurth C, Holden-Wiltse J, Saari J. (1992)** Food preferences in human obesity: carbohydrates versus fats. *Appetite*.; **18**(3):207–221.

**Edmunds H, Hill AJ. (1999)** Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *Int J Eat Disord*; **25**: 435-440.

**Ekman, P. (1972).** Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. *In J. Cole (Ed.), Nebraska symposium on motivation*(pp. 207–283) Lincoln: University of Nebraska Press.

**Ellsworth, P. C., & Smith, C. A. (1988).** From appraisal to emotion: Differences among unpleasant feelings. *Motivation and Emotion*, **12**, 271–302.

**Epel ES, McEwen B, Seeman T, Matthews K, Castellazzo G, Brownell KD, Bell J, Ickovics JR.(2000)** Stress and body shape: stress-induced cortisol secretion is consistently greater among women with central fat. *Psychosom Med*.; **62**:623–32.

**Eremis, S. et al. (2004)** Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*; **46**: 296–301.

**Erol, A., Tporak, G., Yazici, F. (2006).** Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry Clin Neurosci* **60**: 551-557.

**Evans J., Penney D., Davies B. (1996).** Back to the Future: Education Policy and Physical Education, στο N. Armstong (ed.), *New Directions in Physical Education*. Human Kinetics.

**Evans, J., Davies B. (2004).** Pedagogy, symbolic control, identity and health, στο J. Evans, B. Davies, J. Wright (Ed.), *Body Knowledge and Control. Studies in the Sociology of Physical Education and Health*. Routledge.

**Fairburn Christopher, (2005).** Βουλιμμία «Ξανά κερδίστε τον έλεγχο», Εκδόσεις Πατάκη.

**Fairburn G., C., Shafran, R., and Cooper, Z., (1998)** A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa, *Behaviour Research and Theory*, **Vol.37**, pp.1-13

**Falkner, N. H et al. (2001)** Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*; **9**: 32–42.

**Farshchi HR, Taylor MA, Macdonald IA.(2005)** Deleterious effects of omitting breakfast on insulin sensitivity and fasting lipid profiles in healthy lean women. *Am J Clin Nutr.* **81**(2):388-96

**Fernández-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999).** Body image in eating disorders and analysis of its relevance: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, **47**, 419-428.

**Field AE, Austin SB, Camargo CA, Jr, Taylor CB, Striegel-Moore RH, Loud KJ, Colditz GA.(2005)**Exposure to the mass media, body shape concerns, and use of supplements to improve weight and shape among male and female adolescents. *Pediatrics*.;**116** 214–220.

**Fisak B Jr, Tantleff-Dunn S, Peterson RD (2007)** Personality information: does it influence attractiveness ratings of various body sizes? *Body Image*, **4**:213-217

**Fisher, S. (1986).** Development and structure of the body image, Vol. 1. *Hillsdale, NJ: Erlbaum.*

**Fischer, H.A. (2000).** Gender and Emotion. Social Psychological Perspectives. Cambridge University Press.

**Fletcher G.F, Blair S.N, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, Epstein S, Falls H, Froelicher VF and Pina IL.(1992)** Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* **86**: 340-344

**Fox, K. R. (1997).** *Physical self: From motivation to well-being.* Human kinetics.

**Frank, E.S. (1991)** Shame and guilt in eating disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*.; **61**: 303–306.

**Freidman R, (1988).***Body Love-Learning to like our looks and ourselves.* New York: Harper and Row

**Freidman R, (1986).** *Beauty Bound.* Lexington Books

**French SA, Jeffery RW. (1994)** Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health Psychology.* **13**:195–212.

**Frijda, N. H. (1986).** *The emotions.* Cambridge: Cambridge University Press.

**Furnham, A., & Alibhai, N. (1983).** Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. *Psychological Medicine*, **13**, 829-837.

**Gardner, R. M., & Bokenkamp, E. D. (1996).** The role of sensory and nonsensory factors on body size estimations of eating disorder subjects.*Journal of Clinical Psychology*, **52**,315



- Garfinkel , P, E & Garner D. M(1982).** *Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective.* New York: Brunner/Mazel
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bonato, D. P. (1987).** Body image measurement in eating disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, **17**, 119-133.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980).** Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, **47**, 483-491
- Gavin Amelia R. Greg E. Simon, and Evette J. Ludman (2010)** The association between obesity, depression, and educational attainment in women: The mediating role of body image dissatisfaction *J Psychosom Res* **69**(6): 573-581
- Gibson EL. (2006)** Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. *Physiol Behav.* **89**(1):53–61
- Gilbert, P. (1998).** What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp.3–38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert Sara,(2000).** *Counseling for Eating*, editor Windy Dryden
- Gilliland M. Janice.(2007)** Body Image and Children’s Mental Health Related Behaviors:Results from the Healthy Passages Study. *Journal of Pediatric Psychology*; **32**(1): 30–41
- Glynos, J., & Stavrakakis Y. (2002)** *Lacan and Science.* London-New-York: Carnac books.
- Goss, K.P., & Gilbert, P. (2002).** Eating disorders, shame and pride: a cognitive behavioural functional analysis. In P. Gilbert & J. Miles (Eds), *Body shame: Conceptualization, research & treatment* (pp. 219–255). Hove, UK: Brunner-Routledge.
- Grant, J.R., & Cash, T.F., (1995).** Cognitive-Behavioral Body Image Therapy: Comparative Efficacy of Group and Modest-Contact Treatments. *Behavior Therapy*, **26**, 69-84.
- Gray, S. H. (1977)** Social aspects of body image: Perception of normalcy of weight and affect of college undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, **45**, 1035-1040.
- Grider, C. (1981).** *Children’s conception of the body interior: New direction for child development.* S. Francisco: Jasey – Bass
- Griner-Abraham V (2009)** Social and psychological aspects of clothing.*Soins Psychiatr* Mar-Apr;(261):41-3.
- Grippo KP, Hill MS (2008)** Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: exploring age and feminism as moderators. *Body Image Jun*;5(2):173-82.
- Grogan, S and Wainwright, N. (1996)** *Growing up in the culture of slenderness:Girls’ experiences of body dissatisfaction*, *Women’s Studies International Forum*, **19**:665-73
- Hadigan CM et al. (2000)** Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*; **28**:284-292

**Hagihara A, Tarumi K, Nobutomo K.(2001)** A signal detection approach to the combined effects of work stressors on alcohol consumption. *J Stud Alcohol*. Nov;**62**(6):798-805

**Hargreaves Duane and Marika Tiggemann. (2002)** The Role of Appearance Schematicity in the Development of Adolescent Body Dissatisfaction. *Cognitive Therapy and Research*. **26**(6): 691-700

**Harper, M. E., Jentsch, F. G., Berry, D., Lau, H. C., Bowers, C., & Salas, E. (2003).** TPL-KATS-card sort: A tool for assessing structural knowledge. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, **35**, 577-584.

**Harris, M.B.,Walters, L.C. andWaschull, S. (1991)** Gender and ethnic differences in obesity-related behaviors and attitudes in a college sample, *Journal of Applied Social Psychology*, **21**: 89-104

**Hart Susan (2011).** The reasons why eating disorder patients drink. *European Eating Disorders.*;**19**:121-128

**Harter, S., (1999)** The construction of the self: A developmental perspective. New York: Guilford

**Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, (2006)** Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.*;**61**:637–644.

**Hausenblas H.A & Mack D.E (1999).** Social physique anxiety and eating disorder correlates among female athletic and non-athletic populations. *Journal of Sport Behaviours.***22**; 502-524

**Hickson, M., & Frost, G. (2004).** An investigation into the relationship between quality of life, nutritional status and physical function. *Clinical Nutrition (23)* , 213-221.

**Hill AJ, Robinson (1991)** A. Dieting concerns have a functional effect on the behaviour of nine-year-old girls. *The British Journal of Clinical Psychology.* ;**30**:265–267.

**Hill AJ, Draper E, Stack J.(1994)** A weight on children's minds: Body shape and dissatisfaction at 9-years old. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders.*;**18**:383–389.

**Holter, J.W. (1984).** Relative effects of significant others on self-evaluation. *Social Psychology Quarterly*, **47**, 255-262

**Hubel DH. (2002)** *In: Forward in Vision and Art, the Biology of Seeing.* Livingstone M, Abrams Press

**Jeannerod M (2003)** The mechanism of self-recognition in humans.*Behavioural Brain Research* **142**: 1–15

**Jones DC.(2004)** Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*;**40**:823–835.

**Journal of Counseling Psychology (2005)** **52** (4), p.549

**Kalat J.W (2003)** *Βιολογική Ψυχολογία*. Τόμος Β'. Αθήνα: Έλλην

**Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000).** "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459

**Kemperman I, Russ MJ, Shearin E.( 1997)** Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*;11:146–157.

**Kenneth Goss & Steven Allan(2009)** Shame, Pride and Eating Disorders *Clin. Psychol. Psychother.* **16**, 303–316

**Kirk D. (1993).** *The body, schooling and culture.* Victoria, Australia: Deakin

**Kirkpatrick, S.W., & Sanders, J.M. (1978).** Body image stereotypes: A developmental comparison. *Journal of Genetic Psychology*, **132**, 85-95.

**Knechtle B (2004)** Influence of physical activity on mental well-being and psychiatric disorders. *Praxis* Aug 25;93(35):1403-11.

**Koenig Linda J, Erica L. Wasserman (1995).** Sex Roles: A journal of Research, Vol.32

**Konttinen Hanna (2010).** Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*.;54(3):473-9.

**Koopmans, L., (2009)** Feeling Good and Eating Healthily? Effect of Positive Emotions on Broadened Mindset, Eating Preferences and Eating Behaviour *dissertation*

**Kostanski, M., & Gullone, E. (1998)** Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*; **39**: 255–262.

**Kreitler, S., & Kreitler, H. (1987).** Body image: the dimension of size. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, **114**, 5-32.

**Lacan, J. (1957).** Les formations de l'inconscient. *Bulletin de psychologie*, XI(4-5), 293-296

**Lacan, J. (1966).** *L'agressivité en psychanalyse.* In J. Lacan (Ed.), *Les Ecrits* (pp. 101-124). Paris: Seuil.

**Lacan, J. (1949).** Le stade du Miroir comme formateur de la fonction du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique *Revue Française de Psychanalyse*, XIII(4), 449-455.

**Laros, F.J.M. (2001)** *Emotions in Consumer Research: An Application to Novel Food Products.* preprint,

**Laros, F. J. M., & Steenkamp, J. B. E. M. (2005).** Emotions in consumer behavior: A hierarchical approach. *Journal of Business Research*, **58**, 1437–1445.

**Lavie CJ, Milani RV (2004)** Impact of aging on hostility in coronary patients and effects of cardiac rehabilitation and exercise training in elderly persons. *American Journal of Geriatric Cardiology* **13**(3): 125-130

**Lerner, R.M. (1973).** The development of personal space schemata toward body build. *Journal of Psychology*, **84**, 229-235.

**Lee M. (2003).** "Fashion Victim: Our Love-Hate Relationship with Dressing,

*Shopping, and the Cost of Style*". Broadway.

**Lee S (2000)** Eating disorders are becoming more common in the East too. **321** (7267):1023

**Lerner, R.M., & Schroeder, C. (1971).** Physique identification, preference, and aversion in kindergarden children. *Developmental Psychology*, **5**, 538.

**Letosa-Porta A, Ferrer-García M, Gutiérrez-Maldonado J. (2005)** A program for assessing body image disturbance using adjustable partial image distortion. *Behav Res Methods*. **37(4)**:638-43

**Liechty, Janet Marie. (2005)** *Gender socialization and family influences on body image and weight loss behaviors among adolescent girls: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health*,

**Light A, Ahn T. (2010)** Divorce as risky behavior. *Demography*. Nov;47(4):895-921

**Littleton, Heather/Breitkopf, Carmen Radecki,(2008)** *Body Image*, **5** (4), p.381,

**Lorenzo, C. R., Lavori, P. W., and Lock, J. D. (2002).** Eating attitudes in high school students in the Philippines: a preliminary study. *Eat Weight Disord*. **7(3)**: 202-9

**Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. (2005)** Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*;**(9)**:111–131

**Macht, Michael (2008)** *Appetite*, **50** (1), p.1

**Macht, M., & Dettmer, D. (2006).** Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, **46(3)**: 332–336.

**Macht, M., & Simons, G. (2000).** *Emotions and eating in everyday life*. *Appetite*, **35**, 65–71.

**Macht, M., Meininger, J., & Roth, J. (2005).** *The pleasures of eating: A qualitative analysis*. *Journal of Happiness Studies*, **6**, 137–160.

**Marck KW (2002)** Some similarities between the work of M.C. Escher and plastic surgery *Ned Tijdschr Geneeskde* **146(51)**:2498-503

**Matthew Longo, (2010)** «Proceedings of the National Academy of Sciences» *University College του Λονδίνου (UCL)*

**McCarthy M. (1990)** The thin ideal, depression, and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*;**28**:205–218.

**McNair, D.M., M. Lorr, and L.F. Droppleman(1971).** *Manual of the Profile of Mood States*. San Diego: CA: EDITS,

**Mehrabian, A. (1980).** *Basic dimensions for a general psychological theory*. Cambridge: Oelgeschlager, Gunn & Hain

**Mishkin, M., & Manning, F.J (1978)** Non-spatial memory after selective prefrontal lesions in monkeys. *Brain Research*, **143**, **(13)** 313-323

**Michevic, P.M. (1982)** Anxiety, depression and exercise. *Quest* **33**:140-153,

**Mitzman SF, Slade P, Dewey ME (1994)** Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *J Clin Psychol.* Jul;50(4):516-22.

**Moore D.C(1993)** Body Image and eating behavior in adolescents. *Journal of American College Nutrition.*;12(5):505-510

**Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario PA, Tang F. (2003)** Effects of volunteering on the well-being of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 58:S137–145

**Muennig P, Lubetkin E, Jia H, Franks P. (2006)** Gender and the burden of disease attributable to obesity. *Am J Public Health.*;96:1662–1668

**Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. (2010)** Cognitive behavioural therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 33(3):611-27

**Nicklas TA, Boa W, Berenson GS (1993):** Nutrient contribution of the breakfast meal classified by source in 10-year-old children: home versus school. *School Food Service Research Review* 17: 125–131, 1993.

**Ogasawara K, Nakamura Y, Aleksic B, Yoshida K, Ando K, Iwata N, Kayukawa Y, Ozaki N.(2011)** Depression associated with alcohol intake and younger age in Japanese office workers: a case-control and a cohort study. *J Affect Disord.* Jan;128 (1-2):33-40.

**Ogden, J (1992)** *Fat chance: The myth of dieting explained*, London: Routledge

**Olivardia R(2001)** Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harv Rev Psychiatry.* 9(5):254-9.

**Ortony, A., Clore, G. L., & Collins, A. (1988).** *The cognitive structure of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Owens, Tyler E. / Allen, Mark D. / Spangler, Diane L.(2010)** , *Personality and Individual Differences*, 48 (7), p.849

**Paillard, J. (1982).** *Le corps et ses langages d'espace*. Paris: Masson

**Pastore DR, Fisher M, Friedman SB (1996)** Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *J Adolesc Health.* 18(5):312-9.

**Patel, K. A., & Schlundt, D. G. (2001).** *Impact of moods and social context on eating behavior*. *Appetite*, 36, 111–118.

**Peeke PM, Chrousos GP. Hypercortisolism and obesity. (1995)** *Ann N Y Acad Sci.*;771:665–76.

**Pervin L, John O. ,(1999.)** Θεωρίες προσωπικότητας. *Τυπωθήτω, Αθήνα*

**Phillips EL, Pratt HD. (2005)** Eating disorders in college. *Pediatr Clin North Am.* 52:85–96.

**Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E., & Owens, M., (1985),** Affective Disturbance and Eating Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400

**Plutchik, R. (1980).** *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row

**Pomarantz, S.L. (1979).** Sex differences in the relative importance of self esteem, physical self satisfaction and identity in predicting adolescent satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, **8**, 51-61.

**Pope, H.G., Phillips, K.A. and Olivardia, R. (2000).** *The Adonis Complex: the secret crisis of male body obsession*, New York: Free Press

**Pope HGJ, Olivardia R, Gruber A.J, et. al (1999).** Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*. **26**, 65-72.

**Posavac SS, Posavac HD(2002)** Predictors of women's concern with body weight: the roles of perceived self-media ideal discrepancies and self-esteem. *Eat Disord* **10**:153-60

**Powers, P. D., & Erickson, M. T. (1986).** Body image in women and its relationship to self image and body satisfaction. *Journal of Obesity and Weight Regulation*, **5**, 37-50.

**Probst, M., Van Coppennolle, H., Vandereycken, W., Kampman, M., & Goris, M. (1991).** *Body size estimation in anorexia nervosa: Video distortion on a life-size screen*. Paper presented at the second conference of the European council of eating disorders, Leuven, Belgium.

**Pruneti Carlo, Federico Fontana, Lorenza Bicchieri. (2004)** Eating behavior and body image perception: an epidemiological study on Italian Adolescents. *Acta bio Medica Ateneo Parmense.*; **75**; 179-184

**Pudel, V., & Westenhofer, J. (1991).** *Ernährungspsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag.*

**Raber J. (1998)** Detrimental effects of chronic hypothalamic-pituitary-adrenal axis activation. From obesity to memory deficits. *Mol Neurobiol*. **18**:1–22.

**Renzaho A, Wooden M, Houg B. (2010)** Associations between body mass index and health-related quality of life among Australian adults. *Qual Life Res*. May;**19**(4):515-20.

**Ricciardelli, L.A and McCabe, M.P (2004)** *A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys*, *Psychological Bulletin*, **130**:179 205

**Richins, M. L. (1997).** Measuring emotions in the consumption experience. *Journal of Consumer Research*, **24**, 127–146.

**Riva, G. (1997).** Virtual reality as assessment tool in psychology. In G. Riva (Ed.), *Virtual reality in neuro-psycho-physiology*. Amsterdam: IOS Press.

**Riva, G. (1998).** Virtual environment for body image modification: Virtual reality system for the treatment of body image disturbances. *Computers in Human Behavior*, **14**, 477-490.

**Rock CL, Curran-Celentano (1996)** J. Nutritional management of eating disorders. *Psychiatry Clin North Am*; **19**:701-711

**Roseman, I. J. (2001).** A model of appraisal in the emotion system: Integrating theory, research and applications. In K. C. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal process in emotion: Theory, methods, research*. New York: Oxford University Press.

**Rosen, J.C., Saltzberg, E., and Srebnik, D., (1997).** Cognitive behavior therapy for negative body image, *Behavior Therapy*, Vol. **20**, pp393-40

**Rutz S(1993).** Nutrition educators should practice what they teach. *J Nutr Ed*; **25**:87-8.

**Sarah Grogan (2008).** *Body Image*. Routledge Press

**Scheibel, A.B (1984).** A dendritic correlate of human speech. In N.Geschwind & A.M Galaburda (Eds), *Cerebral dominance*(pp.43-52). Cambridge, MA: Harvard University Press

**Scherer, K. R. (2001).** Appraisal considered as a process of multi-level sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal process in emotion: Theory, methods, research* (pp. 92–120). New York: Oxford University Press

**Schilder PF (1935).** *Psyche Monographs*. London: Kegan, Paul, Trench

**Schlundt, D. G., & Bell, C. (1993).** Body Image Testing System: A microcomputer program for assessing body image. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, **15**, 267-285

**Shah BN (2010)** Are we dressed to impress? *Clin Med*. Jun; **10**(3):304-5.

**Shannon L. Zaitsoff and Carlos M. Grilo.(2010)** Eating Disorder Psychopathology as a Marker of Psychosocial Distress and Suicide Risk in Female and Male Adolescent Psychiatric Inpatients. *Compr Psychiatry*; **51**(2): 142.

**Shibata, S. (2002).** A Macintosh and Windows program for assessing body image disturbance using adjustable image distortion. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, **34**, 90-92.

**Shilling C. (1991).** Educating the body: physical capital and the production of social inequalities. *Sociology*, vol. **25**, No. 4, 653-672.

**Shunk JA, Birch LL(2004)** Validity of dietary restraint among 5- to 9-year old girls. *Appetite*.; **42**:241–247

**Schur EA, Sanders M, Steiner . (2000)** H. Body dissatisfaction and dieting in young children. *The International Journal of Eating Disorders*; **27**:74–82.

**Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986).** The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, **14**, 519-532.

**Simon N. Young (2002)** Clinical nutrition: 3. The fuzzy boundary between nutrition and psychopharmacology *Journal List* **166**(2): 205–209

**Sims Regina (2008).** Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eat Behav.*; **9**(2): 137–142.

**Smart Barry,(2002)** *Michel Foucault (Routledge Key Sociologists)*, Routledge.

**Smyth JM (2007)** Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *J Consult Clin Psychol.*; **75**(4):629-38.

**Smolak L, Levine M, Thompson JK (2001).** The use of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*;29:216–223.

**Spink K.S (1992).** Relation of anxiety about social physique to location of participation in physical activity. *Perceptual & Motor Skills*. **74**: 1075-1078

**Standal S. (1954)** *The need for positive regard: a contribution to Client-Centered theory.* Unpublished doctoral dissertation, Univ. of Chicago

**Sternlicht M. (1978)** Perceptions of ugliness in the mentally retarded. *J Psychol.* Jul;**99**(2d Half):139-42.

**Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, Kraemer HC(2009)** *Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. Int J Eat Disord.* **42**(5):471-4.

**Story M. (1986)** Nutrition management and dietary treatment of bulimia nervosa *J Am Diet Assoc*; **86**:517-519

**Strober, M & Katz J. L, (1988).** Depression in the Eating Disorders: A review and analysis of descriptive, family and biological findings. In D.M Garner and P. E. Garfinkel (eds), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa.* New York: Bruner/Mazel

**Stunkard, AJ Sorensen, TI Schulsinger, F (eds). (1983)** Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. Raven Press: New York

**Su JC , Birmingham CL. (2002)** Zinc supplementation in the treatment of anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*; **7**:20-22

**Swift W. J Andrews D, and Barclage, N.E (1986).** The relation between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry.***143**, 290-299

**Thayer R. (2001).** *How people regulate Mood with Food and others.* USA: Oxford University Press.

**Thayer RE. (2001).** *Calm energy: how people regulate mood with food and exercise.* New York: Oxford University Press;

**Theberg, L., & Kernalernen, A. (1979).** Importance of cosmetics related to aspects on the self. *Perceptual and Motor Skills*, **48**, 827-830

**Thompson, J. K. (1990).** *Body image disturbance: Assessment and treatment.* New York: Pergamon press

**Thompson, C. (1996)** Older women and eating disorders. Retrieved from the web: [www.mirror-mirror.org](http://www.mirror-mirror.org)

**Tomiya AJ, Mann T, Vinas D, Hunger JM, Dejager J, Taylor SE. (2010)** Low calorie dieting increases cortisol. *Psychosom Med* **72**(4):357-64.

Torres S et al. Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;**19**:100-111



**Traub, A. C., & Orbach, J. (1964).** Psychophysical studies of body image: The adjustable body-distorting mirror. *Archives of General Psychiatry*, **11**, 53-66.

**Trobner; The image and the appearance of the human body**

**Troop, N.A., Allan, S., Serpall, L., & Treasure J.L.(2008)** Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review.*; **16**(6): 480–488.

**Villani S. (2001)** Impact of media on children and adolescents: A 10-year review of the research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*; **40**:392–401

**Voracek M, Fisher ML.(2002)** Shapely centrefolds? Temporal change in body measures: trend analysis. *BMJ*; **325**:1447–1448.

**Wardle J., and Marsland, L.(1990)** *Adolescent concerns about weight and eating: A social-developmental perspective*, *Journal of Psychosomatic Research*, **34**: 377-91  
Wilson N, *Nutrition & Dietetics*, 2006;**63**: 15-20).

**Waterson L. Dying to be thin(2000)** *Reader's Digest*.26–32.

**Wong Y, Chang YJ, Tsai MR, Liu TW, Lin W (2011)** The Body Image, Weight Satisfaction, and Eating Disorder Tendency of School Children: The 2-Year Follow-up Study. *J Am Coll Nutr.* **30**(2):126-33.

**Wood-Barcalow NL, Tylka TL, Augustus-Horvath CL Body Image. (2010)** "But I Like My Body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women

**Webster J, Tiggemann M. (2003)** The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. *J Genet Psychol. Jun*; **164**(2):241-52.

**Wilson G.T., editors. (1993)** *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York Guilford Press;.. pp. 361–404.

**Wykes M, Gunter B. (2005).***The Media and Body Image.*; London, UK: Sage Publications

**Yager Z, O'Dea J.(2009)** Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: implications for school-based health education and obesity prevention programs. *Health Educ Res.* **24**(3):472-82.

**Yager Z, O'Dea JA (2008).** Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promot Int.* **23**(2):173-89.

**Yager Z, O'Dea JA (2005)** The role of teachers and other educators in the prevention of eating disorders and child obesity: what are the issues? *Eat Disord*; **13**:261-78

**Young Simon N, (2002).** *Clinical nutrition: 3. The fuzzy boundary between nutrition and psychopharmacology* **22**; **166**(2): 205–209

**Zaborskis (2008)** Body Image and Weight Control among Adolescents in Lithuania, Croatia, and the United States in the Context of Global Obesity. *Croat Med J*;49:233-242

### Ελληνική βιβλιογραφία

**Αριστοτέλης**, *Μικρά φυσικά, Περί αισθήσεως και αισθητών*, 439α 21-25 , Ι. Ζαχαρόπουλος, Αθήνα

**Βακαλό Ε.Γ. (1988)**, *Οπτική Σύνταξη*, Αθήνα: Νεφέλη

**Theodorakis, Y., Doganis, G., & Bagiatis K. (1991)**. Age differences and structural validity of the Greek version of the Body Cathexis scale. *Psychological Reports*, **68**, 43-49.

**Καλούρη – Αντωνοπούλου, Ρ., (2001)**, *Γενική Ψυχολογία, Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελλην

**Κονταράτου Σ, (1983)**. *Η εμπειρία του Αρχιτεκτονημένου Χώρου και το Σωματικό Σχήμα*. Αθήνα

**Kourlaba G, Panagiotakos DB, Mihas K, Alevizos A, Marayiannis K, Mariolis A, Tountas Y, (2009)** *Dietary patterns in relation to socio-economic and lifestyle characteristics among Greek adolescents: a multivariate analysis*, *Public Health Nutrition*. **12**(9):1366-72.

**Λεονταρή, Α. (1998)**. *Αυτοαντίληψη*. *Ελληνικά Γράμματα*: Αθήνα , σσ . 21-25, 30, 35-36, 81 82.

**Μανιός Γ. (2007)**. *Διατροφική Αγωγή:Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

**Μάνου Νίκος, (1997).** *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press.

**Μεγακλή, Θ. (2008).** Η επίδραση της άσκησης και της εφηβικής παρέμβασης στην αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση σώματος γυναικών. *Μεταπτυχιακή διατριβή*, Τμήμα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Σέρρες.

**Νασιάκου, Μ. (1979).** «Διαφορές των φύλων και ψυχολογική ταυτότητα», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* (36-37): 357-364.

**Πλάτωνος, Πολιτεία** 602d. Αθήνα, εκδ. Ι.Ζαχαρόπουλος,

**Σίμου, Β., Παπάνης, Ε. (2007)** Αυτοεκτίμηση μαθητών <http://eparanis.blogspot.com>

**Tambalis KD. (2009)** Eleven-year Prevalence Trends of Obesity in Greek Children: First Evidence that Prevalence of Obesity is Levelling Off. *Obesity ( Silver Spring)* Jan;18:161.

**Tambalis KD, (2011)** Greek Children Living in Rural Areas Are Heavier but Fitter Compared to Their Urban Counterparts: A Comparative, Time-Series (1997-2008) Analysis. *The Journal of Rural Health (in press)*

**Tambalis KD, (2011)** Inverse, but independent trends in obesity and fitness levels among Greek children: a time-series analysis from 1997 to 2007. *Obesity Facts*, (in press).

**Τούντας Γ.Κ (2006)** Αποτελέσματα πανελλαδικής έρευνας για την ποιότητα της ζωής μας. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**Τούντας Γ.Κ (2009)** Αποτελέσματα πανελλαδικής έρευνας για την επιδημιολογία της παχυσαρκίας στην Ελλάδα. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

