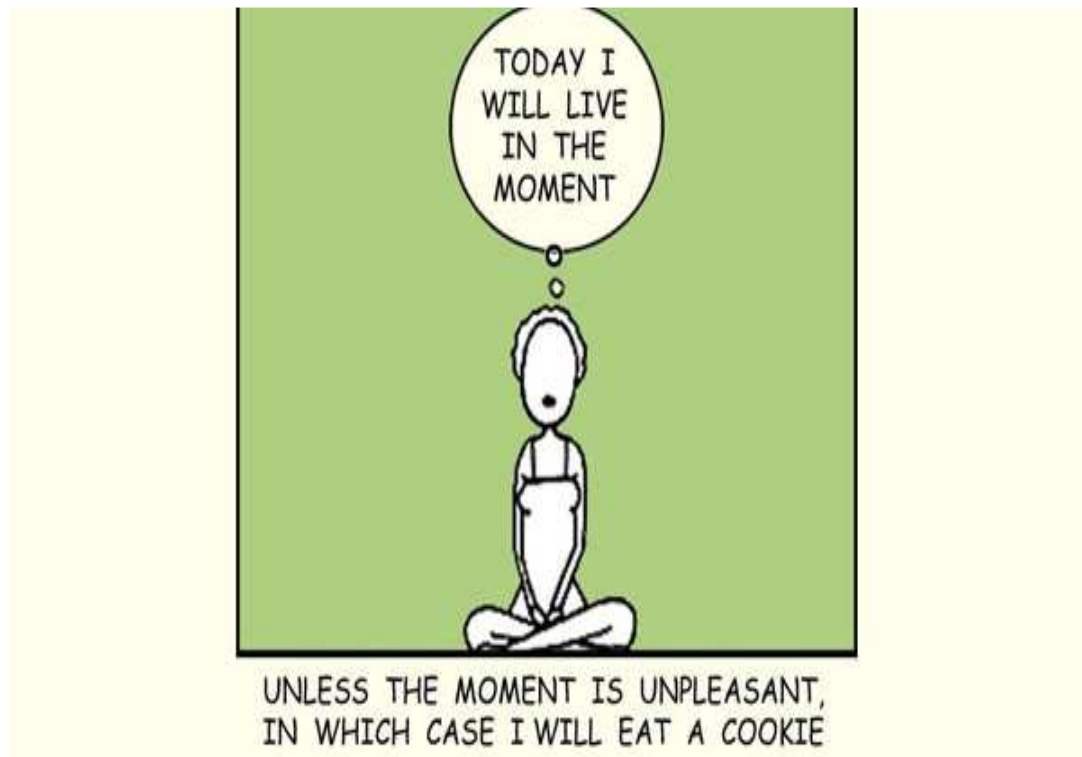


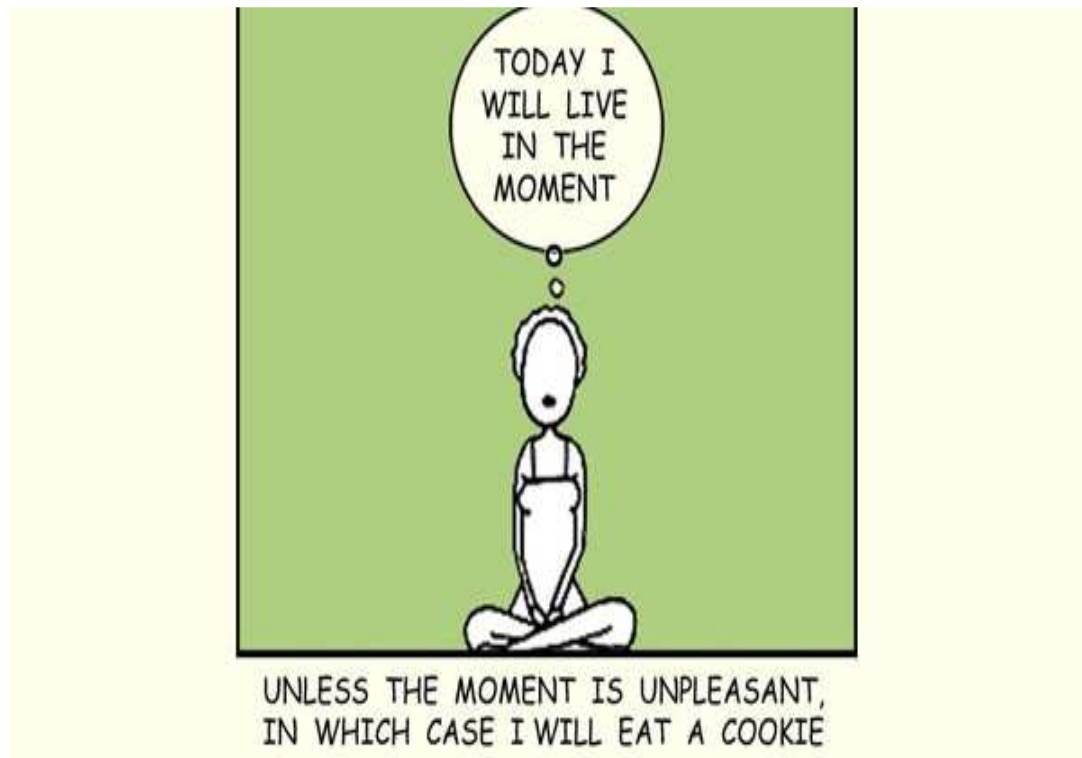
Άγχος και συναισθηματική διατροφή σε 130 αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας



Επιμέλεια: Γεωργοπούλου Χριστιάννα

Εισηγήτρια: Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

Anxiety and emotional eating in 130 teenage boys and girls



Copy- editing: Georgopoulou Christianna

Rapporteur: Haronitaki Katherine

Περίληψη

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από υπερβολικά, παρατεταμένα και εξουθενωτικά επίπεδα άγχους, επηρεάζοντας σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου. Τα αίτιά τους μπορεί να είναι βιολογικά, γενετικά ή και ψυχολογικά. Αυτές οι διαταραχές συχνά σχετίζονται με τον τρόπο διατροφής, κάτι που αναφέρεται ως συναισθηματική διατροφή ή συναισθηματικό φαγητό. Το συναισθηματικό φαγητό είναι «η τάση να τρώει κάποιος ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος». Η παρούσα εργασία μελετά το άγχος και τη συναισθηματική διατροφή 130 αγοριών και κοριτσιών εφηβικής ηλικίας και τη συσχέτισή του με το βάρος, το φύλο και τις καμπύλες ανάπτυξης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το φύλο φαίνεται να σχετίζεται με το συναισθηματικό φαγητό, ενώ το βάρος και οι καμπύλες ανάπτυξης δε φαίνεται να έχουν κάποια σχέση.

Λέξεις- κλειδιά: άγχος, συναισθηματική διατροφή, εφηβεία

Abstract

The anxiety disturbances are mental disturbances that are characterized by excessive, extending and exhausting levels of stress, considerably influencing the everyday life of an individual. The causes can be biological, genetic or even psychological. These disturbances often are related to the way of eating, something that is referred as emotional eating. The emotional eating is “someone’s tendency to eat more as an answer to negative emotions, like stress”. The present study studies the stress and the emotional eating of 130 adolescent boys and girls and its cross-correlation with the weight, the sex and growth curves. According to the results of the research, the sex appears to be related to emotional eating, while the weight and the growth curves have no correlation with the emotional eating.

Keywords: anxiety, emotional eating, adolescence

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου την κυρία Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, για την πολύτιμη βοήθειά της καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας καθώς και για τον χρόνο που αφιέρωσε ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές των λυκείων της Ορεστιάδας του νομού Έβρου για την συνεργασία που είχαμε ώστε να προωθήσουν στους μαθητές το ερωτηματολόγιο της πτυχιακής εργασίας. Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους μαθητές για τον χρόνο τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς και τον αδελφό μου για την ηθική και οικονομική στήριξη, καθώς και τις φίλες-φίλους μου που ήταν δίπλα μου καθ' όλη την διάρκεια πραγματοποίησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract	4
Ευχαριστίες.....	4
Περιεχόμενα.....	6
Κεφάλαιο 1 ^ο	7
1.1 Ορισμός.....	7
1.2 Κατηγορίες αγχωδών διαταραχών	9
1.3 Διαγνωστικά κριτήρια:.....	10
1.4 Αίτια Αγχωδών Διαταραχών.....	11
1.4.1 Βιολογικοί παράγοντες	12
1.4.2 Γενετικοί παράγοντες.....	13
1.4.3 Ψυχολογικοί παράγοντες	14
1.5 Συμπτώματα	15
1.6 Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	15
1.6.1 Ψυχοθεραπεία	16
1.6.2 Φαρμακοθεραπεία.....	17
1.6.3 Συμπληρωματικές θεραπείες- Εναλλακτική ιατρική	18
Κεφάλαιο 2ο	19
2.1 Ορισμός Συναισθηματικής Διατροφής	19
2.2 Άγχος και Συναισθηματική Διατροφή	20
2.3 Τροφές και Συναισθηματική Διατροφή	22
2.4 Φύλο και Συναισθηματική Διατροφή	24
2.5 Παχυσαρκία και Συναισθηματική Διατροφή.....	25
2.6. Ορμόνες και Συναισθηματική Διατροφή	26
Κεφάλαιο 3 ^ο	30
3.1. Συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία στη Συναισθηματική Διατροφή.....	30
3.1.1 Γνωσιακή Συμπεριφορική Αντιμετώπιση Διαταραχών Διατροφής.....	31
3.2. Φαρμακευτική αγωγή στη Συναισθηματική Διατροφή	32
3.3. Διατροφική αντιμετώπιση Συναισθηματικής Διατροφής	32
Κεφάλαιο 4 ^ο	34
4.1 Δείγμα	34
4.2 Μεθοδολογία.....	34
4.3 Αποτελέσματα.....	35
Crosstabulation (Διασταυρώσεις)	51
4.4 Συμπεράσματα	104
4.5 Μελλοντικές έρευνες	107
Παράρτημα.....	113

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ορισμός

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από υπερβολικά, παρατεταμένα και εξουθενωτικά επίπεδα άγχους, επηρεάζοντας σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου. Αυτές χωρίζονται σε κλινικά διαγνωστικές κατηγορίες όπως η διαταραχή γενικευμένου άγχους, η διαταραχή πανικού, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι φοβίες, που βασίζονται στην εμφάνισή, στα συμπτώματα και στην πορεία της διαταραχής. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύπλοκες ασθένειες που προκαλούνται από έναν συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Μελέτες σε οικογένειες και δίδυμα αδέρφια έχουν δείξει ότι οι αγχώδεις διαταραχές έχουν σημαντικά ποσοστά κληρονομικότητας που κυμαίνονται στο 30% με 50%. (Otowa et al., 2014)

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο κοινή ψυχιατρική διάγνωση στις ΗΠΑ με εκτιμώμενο επιπολασμό 13,3%. Μπορεί να παρουσιαστούν με συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν ιατρικά, καθιστώντας την αναγνώριση της νόσου πολύ δύσκολη. Έτσι ο ασθενής μπορεί να αγνοεί την ύπαρξη της διαταραχής και να μην ζητά βοήθεια για την αντιμετώπισή του. Το 25-50% των ασθενών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα και χρήζουν διάγνωσης ψυχιατρικών ασθενειών συμπεριλαμβανομένων των αγχωδών διαταραχών. (Combs and Markman, 2014)

Η δαπάνη της υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές είναι αρκετά αυξημένη. Αυτό συμβαίνει λόγω της μείωσης της παραγωγικότητας τους ως εργατικό δυναμικό καθώς και την ποιότητα της ζωής τους. Το εκτιμώμενο άμεσο και έμμεσο κόστος υγείας για τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές για 1 εκατομμύριο άτομα το 2005 ήταν μεταξύ 241,7 και 287,6 δολάρια τις ΗΠΑ. Το εκτιμώμενο κόστος για την υγεία των ατόμων με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι 64% υψηλότερο σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν την διαταραχή αυτή. Σε μια έρευνα, (Moitra et al., 2011) βρέθηκε ότι οι ασθενείς με κοινωνική διαταραχή άγχους είχαν σημαντικά λιγότερη απόδοση στο χώρο εργασίας τους συγκριτικά με άτομα με άλλες διαταραχές άγχους καθώς και ανέργους. Γενικότερα τα άτομα που υποφέρουν από άγχος, έχουν

μια κακή ποιοτικά ζωή και μειωμένη ικανοποίηση από αυτή. (Combs and Markman, 2014).

Σύμφωνα με την νοσολογία των αγχώδων διαταραχών υπάρχει διαφορά μεταξύ των εφήβων και των ενηλίκων. Με μία πρώτη παρατήρηση φαίνεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο συχνά εμφανίσιμες ψυχικές διαταραχές στην εφηβεία, με έναν παγκόσμιο επιπολασμό που μπορεί να είναι, ανάλογα με τη μελέτη, από 15% έως 30%. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι οι αγχώδεις διαταραχές με την σοβαρότερη μορφή, έχουν βρεθεί και στα δύο φύλα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. (Tassin et al., 2014)

Οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι η κοινωνική φοβία και η διαταραχή γενικευμένου άγχους, σε σύγκριση με την ενηλικίωση, όπου οι πιο συχνή κλινική διαταραχή αφορά την διαταραχή πανικού. Όσον αφορά την κοινωνική φοβία, μελέτες δείχνουν ότι αυτό το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο και επίμονο στους έφηβους ασθενείς. Επίσης, οι πρώτες φυσικές, γνωστικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις της διαταραχής κοινωνικού άγχους, συχνά συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Μελέτες προτείνουν περαιτέρω εξέταση για τις υποκατηγορίες αυτής της διαταραχής σε εφήβους, δεδομένης της ταυτόχρονης ύπαρξης της κοινωνικής φοβίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. (Tassin et al., 2014)

Επιπρόσθετα μαζί με τις αγχώδεις διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν τα σκαμπανεβάσματα στη διάθεση, η χρήση ουσιών ή η ψύχωση. Εκτιμάται ότι έως και το 90% των ατόμων με γενικευμένη διαταραχή άγχους έχει ένα ή περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα. Οι ασθενείς με πολλαπλές ψυχιατρικές διαγνώσεις παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης, αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, καθώς και μεγαλύτερο χρόνο της υγειονομικής περίθαλψης. (Combs and Markman, 2014)

Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές συνήθως εμφανίζουν αυτοτραυματισμούς, αυτοκτονικούς ιδεασμούς καθώς και απόπειρες αυτοκτονίας. Σε μια έρευνα, (Khan et al., 2002) βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές και τον γενικό πληθυσμό ήταν κατά 10 φορές περισσότερος και αυτό ανεξάρτητα από τον τύπο της αγχώδους διαταραχής. Η συσχέτιση αυτή ανάμεσα στην αυτοκτονία και τις αγχώδεις διαταραχές κάνει την σημασία της διάγνωσης ακόμη πιο σημαντική. (Combs and Markman, 2014)

1.2 Κατηγορίες αγχωδών διαταραχών

Γενικευμένη διαταραχή άγχους : το υπερβολικό μη ελεγχόμενο άγχος/ ανησυχία για πολλά πράγματα, τα οποία κάνουν το άτομο μη λειτουργικό. Η ανησυχία αυτή συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα όπως, κόπωση , μυϊκή ένταση, οξυθυμία, ανησυχία και διαταραχές του ύπνου. Αντιπροσωπεύει το 50% των αγχωδών διαταραχών και τείνει να είναι μια χρόνια ασθένεια με διακυμάνσεις στην εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Κοινωνική αγχώδης διαταραχή: σοβαρό άγχος ή φόβος σε κοινωνικό περιβάλλον όπου υπάρχει πιθανότητα ελέγχου ή δικαστικής απόφασης. Ως αποτέλεσμα είναι η αποφυγή τέτοιου μέρους ή η παραμονή σε κατάσταση διαρκούς έντονης αγωνίας. Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι 7%. Αποτελεί μια χρόνια ασθένεια με ποσοστό 38% σε σχέση με τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές. Συνδέεται με έκπτωση της παραγωγικότητας της εργασίας και με μειωμένο εισόδημα.

Διαταραχή πανικού: επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού που περιγράφονται ως απρόσμενα κύματα άγχους. Συνδέεται με πολλά σωματικά και γνωστικά συμπτώματα. Έχουμε αυξημένη καρδιακή συχνότητα, δυσκολία στην αναπνοή, τρέμουλο, κοιλιακή δυσφορία, ζάλη, φόβο του θανάτου ή της απώλειας του ελέγχου. Είναι μια χρόνια ή υποτροπιάζουσα διαταραχή με 2,7% επιπολασμό.

Διαταραχή μετατραυματικού stress: μετά την έκθεση σε κάποιο έντονο ψυχικό τραύμα, το πρόσωπο βιώνει συμπτώματα που μπορεί να περιλαμβάνουν ενοχλητικές σκέψεις σε σχέση με το τραύμα αυτό, αρνητική διάθεση, διάσπαση προσοχής, υπερδιέγερση και έντονη προσπάθεια αποφυγής σκέψεων και εξωτερικών ερεθισμάτων που μπορεί να υπενθυμίζουν το τραύμα. Ο επιπολασμός της διαταραχής αποτελεί το 11,8%.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: Ύπαρξη ανεπιθύμητων επαναλαμβανόμενων ενοχλητικών σκέψεων ή εικόνων ή / και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις εκτελούνται για να μειώσουν το άγχος. Αυτές οι σκέψεις / πράξεις επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου και είναι πολύ χρονοβόρες. Υπάρχει έντονη αμηχανία και συνήθως οι ασθενείς, κρύβουν το πρόβλημα τους και έτσι η διάγνωση έχει εύρος ηλικίας 11-49 ετών, ο επιπολασμός της είναι 1,6%. (Combs and Markman, 2014)

1.3 Διαγνωστικά κριτήρια:

Για να χαρακτηριστεί κάποιος ασθενής με αγχώδη διαταραχή θα πρέπει να έχει συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια και να τα εμφανίζει για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τα κριτήρια αυτά δίδονται παρακάτω.

DSM-IV-TR Διαγνωστικά κριτήρια από – AcuteStressDisorder (Οξεία Διαταραχή Άγχους):

A1. Έκθεση σε έντονο στρεσογόνο παράγοντα

A2. Έντονη συναισθηματική αντίδραση σε στρεσογόνο παράγοντα

B. Κατά την διάρκεια ή μετά την έκθεση σε στρεσογόνο παράγοντα, το άτομο έχει τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα:

Μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος (βρίσκεται σε μια έντονη ζάλη)

Αίσθηση αποπραγματοποίησης (μεταφορά θέσης)

Αποπροσωποποίηση (νιώθει ξένο το σώμα ή τις σκέψεις του)

Επιλεκτική αμνησία

Γ. Το τραυματικό γεγονός επανεμφανίζεται και παραμένει με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

Επαναλαμβανόμενες εικόνες

Σκέψεις

Όνειρα

Ψευδαισθήσεις

Αναδρομή των επεισοδίων του παρελθόντος

Αίσθηση αναβίωσης της στρεσογόνου εμπειρίας

Αγωνία σχετικά με την υπενθύμιση της στρεσογόνου εμπειρίας

Δ. Έντονη αποφυγή των ερεθισμάτων που διεγείρουν τις αναμνήσεις της στρεσογόνου εμπειρίας (π.χ. σκέψεις, συναισθήματα, συζητήσεις, δραστηριότητες, χώροι, άτομα)

Ε. Έκδηλα συμπτώματα άγχους ή αυξημένη διέγερση (π.χ. δυσκολία στην κατάκλιση, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερδιέγερση, έντονη αντίδραση στον αιφνιδιασμό, υπερκινητικότητα)

ΣΤ. Τα αίτια της διαταραχής προκαλούν έντονη δυσφορία ή δυσλειτουργικότητα

Z. Η διαταραχή διαρκεί το λιγότερο 2 ημέρες έως τέσσερις εβδομάδες και παρουσιάζεται εντός τεσσάρων εβδομάδων από την στρεσογόνο κατάσταση

H. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε χρήση ουσιών ή σε προϋπάρχον ψυχιατρικό πρόβλημα (Bryant et al., 2011)

1.4 Αίτια Αγχωδών Διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές υπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό μεταξύ των παιδιών και των εφήβων και έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα της ενήλικης ζωής τους. Ως εκ τούτου, είναι κρίσιμο να εντοπισθούν οι βασικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη και τη διατήρηση των αγχωδών διαταραχών στους νέους, προκειμένου να έχουμε την καλύτερη δυνατή πρόληψη και θεραπεία. (Waite and Creswell, 2015)

Η διαταραχή γενικευμένου άγχους και η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι έντονα συνδεδεμένες με την προσωπικότητα. Δομές της προσωπικότητας όπως η αυτοεκτίμηση, η θετική και αρνητική συναισθηματικότητα, η ηλικία και το φύλο συνδέονται με τη γενική ευημερία του ατόμου. Η αυτοεκτίμηση είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του άγχους. Μεταξύ διάφορων προσωπικοτήτων, οι άνθρωποι που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν διαχειρίζονται σωστά τις δεξιότητες τους μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στις αγχώδεις διαταραχές.

Όσο πιο μικρή είναι η ηλικία εμφάνισης του στρες στην ζωή του ατόμου τόσο μεγαλύτερη είναι η προδιάθεση για την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών. Τα στρεσογόνα γεγονότα της καθημερινότητας, διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην εμφάνιση τους. Η εμπειρία του παιδικού εκφοβισμού (bullying) είναι στενά συνδεδεμένη με υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας άγχους, τόσο από την άποψη των μεγαλύτερων επιπέδων άγχους όσο και στον υψηλότερο επιπολασμό στην κοινωνική φοβία και στην αγοραφοβία. Ανεξάρτητα από άλλους επικίνδυνους παράγοντες της παιδικής ηλικίας, τα προγνωστικά του παιδικού εκφοβισμού δείχνουν ότι τα παιδιά έχουν μεγάλα επίπεδα άγχους όταν βρίσκονται κάτω από πίεση. Οι αγχώδεις διαταραχές συνεχίζονται από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή και αυξάνουν τον κίνδυνο για την δημιουργία μιας προσωπικότητας με φοβίες. Ο νευρωτισμός στην προσωπικότητα ενός ατόμου, έχει μεγάλη σχέση με την ψυχική δυσφορία, συμπεριλαμβανομένου του άγχους. (Sciences, 2010)

Η αρνητική συμπεριφορά που έχουν οι γονείς απέναντι στα παιδιά τους αποτελεί βασική αιτία εμφάνισης των αγχωδών διαταραχών. Όταν δηλαδή η στάση τους απέναντι στο παιδί είναι εχθρική ή η σχέση με το παιδί τους χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ζεστασιάς, συναισθηματικής υποστήριξης ή κατανόησης, τότε αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης αγχωδών διαταραχών. Αυτό σταδιακά μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία του παιδιού απέναντι στο άγχος, υπονομεύοντας την ικανότητά του να ρυθμίζει τα συναισθήματά του. Σε μια ανάλυση, αναφέρθηκε μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γονικής απόρριψης και του παιδικού άγχους δείχνοντας ότι η ανάγκη των παιδιών και των εφήβων για προσοχή από τους γονείς τους είναι μεγάλη. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η γονική απόρριψη ή η έλλειψη ζεστασιάς μπορεί να σχετίζονται περισσότερο με τα συμπτώματα της κατάθλιψης παρά με αυτά του άγχους. (Waite and Creswell, 2015)

1.4.1 Βιολογικοί παράγοντες

Τα μιτοχόνδρια είναι απαραίτητα για τη ζωή κάθε κυττάρου, καθώς διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στον κυτταρικό μεταβολισμό της ενέργειας. Το τελικό προϊόν αυτής της διαδικασίας, το οποίο παράγεται μέσω της οξειδωτικής φωσφορυλίωσης είναι το ATP, που χρησιμοποιείται ως πηγή χημικής ενέργειας. Έτσι και ο εφοδιασμός των νευρώνων με ενέργεια, γίνεται μέσω των μιτοχονδρίων. Τα νευρικά κύτταρα έχουν περιορισμένη ικανότητα παραγωγής ενέργειας μέσω της γλυκόλυσης και έτσι οποιοδήποτε πρόβλημα στα μιτοχόνδρια επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους νευρώνες.

Σε ασθενείς με παθήσεις του εγκεφάλου όπως ψυχικές διαταραχές (αγχώδεις διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές κτλ.) και νευροεκφυλιστικές νόσους, έχει παρατηρηθεί δυσλειτουργία των μιτοχονδρίων. Ο έλεγχος της δυσλειτουργίας αυτής σε περιπτώσεις ψυχικών διαταραχών γίνεται μέσω της τομογραφίας με εκπομπή ποζιτρονίων, στην οποία γίνεται η ανάλυση του μεταβολισμού της ενέργειας του εγκεφάλου. Βέβαια ο ακριβής μηχανισμός επίδρασης των μιτοχονδρίων στην εμφάνιση αγχωδών διαταραχών δεν έχει γίνει γνωστός. Με την δυσλειτουργία αυτή έχουμε μειωμένη παραγωγή ATP, οξειδωτικό στρες, και απόπτωση των κυττάρων στα πρώτα στάδια των διαταραχών αυτών. Ευρήματα από την γενετική, το θάνατο του εγκεφάλου, την απεικόνιση του εγκεφάλου καθώς και σε μελέτες βιοδεικτών σε ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές επιβεβαιώνουν την υπόθεση αυτή. (Streck et al., 2014)

1.4.2 Γενετικοί παράγοντες

Είναι κοινά αποδεκτό ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος και οι διαταραχές διατροφικών συνηθειών μοιράζονται κοινούς γενετικούς παράγοντες. (Harney et al., 2014) Τα γονίδια παίζουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση της κατάθλιψης των φοβιών και κατ' επέκταση του άγχους. Η κληρονομικότητα του άγχους αποτελεί το 35-45% σε μια οικογένεια με γονείς που πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή. Σε ομοζυγωτικά δίδυμα αν το ένα παιδί έχει κάποια αγχώδη διαταραχή το δεύτερο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να την εμφανίσει και αυτό, απ' ό,τι τα ετεροζυγωτικά δίδυμα. Ακόμη οι γυναίκες επηρεάζονται σε διπλάσιο βαθμό σε σχέση με τους άνδρες. Οι γονιδιακές παραλλαγές σε κάθε γονιμοποίηση, έχουν την catechol-O-methyltransferase (COMT) σε μια κοινή παραλλαγή. Η βαλίνη (απαραίτητο αμινοξύ), αυξάνει περισσότερο την δραστηριότητα του COMT. Η μεθειονίνη που είναι αλληλόμορφο γονίδιο του COMT συνδέεται με το άγχος. (Sciences, 2010)

Όπως αναφέρθηκε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση αγχωδών διαταραχών μεταξύ των δύο φύλων. Το γυναικείο, εμφανίζεται σταθερά ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών σε σχέση με το ανδρικό. Οι γυναίκες έχουν περίπου διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να αναπτύξουν κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές. Διαφορές μεταξύ των φύλων στον επιπολασμό, αν υπάρχουν, είναι μικρές στην παιδική ηλικία, αλλά αυξάνονται με την ηλικία. (Beesdo et al., 2009)

Ακόμη, υπάρχουν δύο κύριες προσεγγίσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της ενδοοικογενειακής μετάδοσης των αγχωδών διαταραχών : οικογενειακές μελέτες και μελέτες διδύμων τέκνων. Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά των γονέων με τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή έχουν ουσιαστικά αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν επίσης μια αγχώδη διαταραχή. Ένας ιδιαίτερος κίνδυνος εμφανίζεται για τους απογόνους, όταν και οι δύο γονείς έχουν κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές ή βρίσκονται σε προδιαγνωστικό στάδιο. Επειδή είναι γνωστό ότι οι αγχώδεις διαταραχές σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η γονική κατάθλιψη βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με το άγχος των απογόνων, και ότι τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης βρίσκονται μεταξύ απογόνων των γονέων με αγχώδεις διαταραχές. Τέτοιες συσχετίσεις των αγχωδών διαταραχών

ώθησαν τους ερευνητές να διερευνήσουν την εξειδίκευση της οικογενούς μετάδοσης του άγχους και άλλων ψυχικών διαταραχών με τα αποτελέσματα να μην δίνουν κάποιο σαφές πόρισμα. (Beesdo et al., 2009)

1.4.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Η πλειοψηφία των ερευνών δείχνει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες ξεκινούν από τα βιώματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας και εφηβείας. Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογία τους είναι έντονες καταστάσεις που έζησαν, όπως παιδιά που μεγάλωσαν κατά τη διάρκεια κάποιου πολέμου, η ενδοοικογενειακή βία, η φτώχεια, οι φυσικές καταστροφές. Στην ενήλικη ζωή ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση των αγχώδων διαταραχών είναι το επάγγελμα. Όσα επαγγέλματα είναι επικίνδυνα ή απαιτούν άμεση λύση προβλημάτων σε πολύ μικρά χρονικά διαστήματα είναι στρεσογόνα και αποτελούν βασικό παράγοντα εμφάνισης των αγχώδων διαταραχών.

Ο πιο κοινός ψυχολογικός παράγοντας για την εμφάνιση των αγχώδων διαταραχών είναι η έννοια της ευαισθησίας του άγχους. Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές έχουν υπερβολικές ψυχολογικές αντιδράσεις και λόγω αυτού αντιλαμβάνονται λανθασμένα κάποια συναισθήματα ως επικίνδυνα και επιβλαβή, που οδηγεί σε ένα τρόπο ζωής με αυξημένο άγχος και φόβο. Η ευαισθησία του άγχους προβλέπει τη συχνότητα και την ένταση των κρίσεων πανικού.

«Η ευαισθησία στο άγχος» μπορεί να καθορίσει την συχνότητα και την ένταση των κρίσεων πανικού. Ακόμη υπάρχουν ενδείξεις ότι αν οι γονείς έχουν άγχος το μεταδίδουν και στα παιδιά τους και έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος για την εμφάνιση των διαταραχών. Έχει βρεθεί ότι ορισμένα παιδιά έχουν μια κληρονομική προδιάθεση προς το άγχος και έτσι είναι πιο επιρρεπή στις διαταραχές αυτές. Αν το παιδί αυτό βρεθεί σε ένα περιβάλλον που το άγχος εντείνεται τότε θα εμφανίσει κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής.

Στην παιδική ηλικία οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν επίσης λόγω της υπερπροστατευτικότητας των γονιών, της υπερβολικής κριτικής καθώς και της έλλειψης ενδιαφέροντος. Κάποιοι παράγοντες που θα εντείνουν την εμφάνιση των διαταραχών καθώς και της κατάθλιψης είναι η φτώχεια, η έκθεση στη βία, η κοινωνική απομόνωση και η συνεχής μείωση των διαπροσωπικών σχέσεων. (Charney, 2003)

Οι ακραίες γονικές συμπεριφορές, όπως η υπερπροστατευτικότητα, η έλλειψη ζεστασιάς και η εκδήλωση άγχους έχουν ενοχοποιηθεί σε μοντέλα οικογενειών για την ανάπτυξη και συντήρηση των διαταραχών άγχους στα παιδιά και τους νέους. Οι διαφορετικές γονικές αντιδράσεις απαιτούνται για τη στήριξη της συναισθηματικής ανάπτυξης στην παιδική ηλικία και την εφηβεία. (Waite and Creswell, 2015)

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες διαπιστώνουν υψηλότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, σε σύγκριση με άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Παραμένει ασαφές σε ποιο βαθμό οι χαμηλότερες εκπαιδευτικές επιδόσεις είναι προγνωστικός δείκτης και συσχετίζονται ή συνεπάγονται του άγχους. Ακόμη, με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι μελέτες βρίσκουν συσχετίσεις μεταξύ του χαμηλού εισοδήματος νοικοκυριών ή των μη ικανοποιητικών οικονομικών καταστάσεων και των αγχωδών διαταραχών. Ο βαθμός της αστικοποίησης δεν εμφανίζεται τυπικά ως συσχετισμός των αγχωδών διαταραχών. (Beesdo et al., 2009)

1.5 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα που παρατηρούνται γενικά σε όλες τις αγχώδεις διαταραχές είναι η σωματική ή ψυχολογική δυσφορία, συμπεριλαμβανομένων σωματικών ενοχλήσεων, πόνος, διαταραχές ύπνου και η κατάθλιψη, όμως συνήθως δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό το αίσθημα άγχους. Στην έρευνα, (Wittchen et al., 2002) αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 13,3% των ασθενών με γενικευμένη διαταραχή άγχους παρουσιάζεται με συμπτώματα άγχους ως κύριο πρόβλημα, ενώ τα σωματικά συμπτώματα περιγράφονται σε ποσοστό 47,8%. (Combs and Markman, 2014)

1.6 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Σε μια μελέτη, που έγινε σε 840 ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα ποσοστά λανθασμένης διάγνωσης ήταν 85,8% για τη διαταραχή πανικού (PD), 71% για διαταραχή γενικευμένου άγχους (GAD), και 97,8% για την κοινωνική αγχώδη διαταραχή (EDE). Αυτό μας δείχνει ότι ο σημαντικότερος παράγοντας στην αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών είναι η ακριβής διάγνωση που σε κάποιες περιπτώσεις είναι δύσκολη ακόμη και για έμπειρους γιατρούς. (Combs and Markman, 2014)

Όπως αναφέρθηκε, η γονική συμπεριφορά και κυρίως η υπερπροστατευτικότητα, η έλλειψη ζεστασιάς και η εκδήλωση του άγχους

ενοχοποιούνται για την προώθηση του άγχους στα παιδιά και τους νέους, ειδικά μεταξύ εκείνων που βιώνουν ήδη αυξημένα ποσοστά άγχους. Σε αντίθεση, η παροχή αυτονομίας στο παιδί, όπου αυτό ενθαρρύνεται να είναι ανεξάρτητο, να αναπτύσσει τις δικές του απόψεις και να παίρνει αποφάσεις για τον εαυτό του, έχει συμβάλει στην αύξηση της αίσθησης κυριαρχίας στο περιβάλλον του, οδηγώντας σε μείωση του άγχους. (Waite and Creswell, 2015)

Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι οι έφηβοι με αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν αυξημένους κινδύνους άγχους, κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών ή εξάρτησης, καθώς και εκπαιδευτική αποτυχία σε μεγαλύτερες ηλικίες. Συνεπώς, ορισμένες μελέτες αποκαλύπτουν τη σημασία της έγκαιρης αξιολόγησης, παρέμβασης και στήριξης των θεραπειών με την χρήση της ψυχοθεραπείας. (Tassin et al., 2014)

1.6.1 Ψυχοθεραπεία

Η πιο αποτελεσματική θεραπεία είναι η γνωστική συμπεριφορική. Έχει σχεδιαστεί για να εντοπίζει τις δυσπροσαρμοστικές αυτόματες σκέψεις και συμπεριφορές και στη συνέχεια να συμβάλει στη λύση του προβλήματος μέσω θεραπευτικών ασκήσεων. Θεωρείται από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας για όλες τις διαταραχές άγχους. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι τα αποτελέσματα της εξαρτώνται τόσο από έναν καλά εκπαιδευμένο θεραπευτή όσο και από την επιθυμία να συνεργαστεί ο θεραπευόμενος. Το πρόβλημα αυτό ελαχιστοποιείται με τα εγχειρίδια και τις κατευθυντήριες οδηγίες που υπάρχουν σε ηλεκτρονική μορφή. Έτσι μπορεί να συνεπικουρεί στην θεραπεία που παρέχουν οι γιατροί σε απομακρυσμένες περιοχές, γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με περιορισμένη υποστήριξη, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές οι οποίοι μπορούν έτσι να εκπαιδευτούν και να παρέχουν την ανάλογη φροντίδα. Ακόμη το πρωτόκολλο θα μπορεί να καθοδηγήσει τον ασθενή έτσι ώστε να ελέγχει μόνος του την εξέλιξη της θεραπείας του και να μειωθούν οι επισκέψεις στον θεραπευτή.

Παρά το γεγονός ότι οι δύο αυτοί τρόποι θεραπείας έχουν αποτέλεσμα μεμονωμένα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός τους έχει καλύτερα αποτελέσματα. (Combs and Markman, 2014)

1.6.2 Φαρμακοθεραπεία

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: ένα χάπι που σκοπό έχει την πρόληψη του άγχους και λαμβάνεται έτσι ώστε να αποτρέψει το άτομο από κάποια μελλοντική κρίση άγχους το οποίο όμως δεν είναι αποτελεσματικό στην άμεση αντιμετώπιση. Για τον λόγο αυτό υπάρχει και το δεύτερο χάπι για την οξεία φάση των συμπτωμάτων όμως, δεν έχει καμία πρόληψη για την εμφάνιση μελλοντικού άγχους.

Από τα δύο αυτά φάρμακα που έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του άγχους (βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα) από δοκιμές, δεν υπερτερεί κάποιο από τα δύο. Αυτά είναι ο αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), και ο αναστολέας επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης (SNRI). Χρησιμοποιούνται τα δύο αυτά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, ως πρώτη γραμμή αντιμετώπισης διότι εκλείπουν σε αντιχολινεργικές παρενέργειες και δεν υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας σε περίπτωση υπερκατανάλωσης. Η αυξημένη ανεκτικότητα όμως δεν συνεπάγεται με αυξημένη αποτελεσματικότητα.

Το αντικαταθλιπτικό χάπι με την ουσία μιρταζαπίνη χορηγείται είτε ως μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με το SSRI για καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Παρόλ' αυτά όμως, τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά για 4-8 εβδομάδες και αυτό δεν μπορεί να δώσει λύση στο πρόβλημα καθώς η θεραπεία των διαταραχών άγχους τυπικά απαιτεί υψηλότερες δόσεις και για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Μια χορήγηση για σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να δώσει την ψευδή αντίληψη της αποτυχίας καθώς και την ψευδή αντίσταση του οργανισμού του ατόμου στην θεραπεία.

Τα αγχολυτικά φάρμακα συνθέτουν το δεύτερο σει των φαρμάκων για την θεραπεία του οξύ άγχους. Τα φάρμακα αυτά δεν μπορούν να δράσουν στα τρέχοντα συμπτώματα του ασθενή και έτσι λαμβάνονται προληπτικά για την αποφυγή επανεμφάνισης. Χωρίζονται και αυτά σε δύο κατηγορίες στις βενζοδιαζεπίνες και τις μη βενζοδιαζεπίνες. Συνήθως χορηγείται το πρώτο, καθώς παρέχει ένα ευρύ φάσμα επιλογών όσον αφορά την δράση, τον χρόνο ημιζωής καθώς και την παρουσία ενεργούς μεταβολής. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις όσον αφορά τη χρήση του στην θεραπεία των αγχωδών διαταραχών. Σε γενικές γραμμές ο βραχύς χρόνος ημιζωής είναι πιθανότερο να βοηθήσει στην ανάκαμψη του άγχους. Υπάρχουν και τα μακράς δράσης βενζοδιαζεπίνες (πχ. κλοναζεπάμη) τα οποία όμως θα πρέπει να

χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά όταν ο ασθενής βρίσκεται σε οξύ άγχος.

Αν είναι δυνατό η θεραπεία θα πρέπει να είναι περιορισμένης διάρκειας και όταν ο ασθενής βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα άγχους θα πρέπει να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα με άλλες μορφές θεραπείας. Αυτό διότι μπορεί οι βενζοδιαζεπίνες να είναι αποτελεσματικές, όμως δημιουργούν εξάρτηση σχεδόν σε όλους τους χρήστες και γι αυτό θα πρέπει να χορηγούνται με μέτρο. Η μείωση των χαπιών θα πρέπει να γίνει σταδιακά καθώς η απότομη διακοπή έχει συσχετιστεί με συμπτώματα στους ασθενείς όπως των ατόμων με την διακοπή του αλκοόλ. Αυτό συμβαίνει συνήθως με βενζοδιαζεπίνες βραχείας δράσης (πχ. αλπραζολάμη) και η πιο ήπια μορφή που μπορεί να εμφανιστεί η στέρηση είναι η ανάκαμψη του άγχους. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε επιληπτικές κρίσεις, κώμα και θάνατο. Η ακριβής ποσότητα κινδύνου είναι άγνωστη καθώς αυτό μπορεί να συμβεί σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλότερες δόσεις για μεγάλα χρονικά διαστήματα και διακόπτουν το χάπι απότομα.

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, έχει κοινά συμπτώματα με την κατάχρηση ουσιών και έτσι η θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες αντενδείκνυται. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχουν και εναλλακτικές λύσεις όπως είναι η αντιχολινεργική υδροξυζίνη, οι β-αναστολείς προπρανολόλη, και η γκαμπαπεντίνη που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αγχολυτικά. (Combs and Markman, 2014)

1.6.3 Συμπληρωματικές θεραπείες- Εναλλακτική ιατρική

Υπάρχουν και κάποιες τεχνικές που από την μία πλευρά δεν έχει τεκμηριωθεί ότι βοηθάνε σίγουρα στην αντιμετώπιση των διαταραχών όμως σε ένα μέρος ασθενών συμβάλλουν θετικά. Αυτές είναι οι ασκήσεις αναπνοής, η χαλάρωση των μυών, και οι τεχνικές διαλογισμού που μπορούν να συνυπάρχουν με τις άλλες δύο μεθόδους.

Υπάρχει μια συσχέτιση ενός βοτάνου με την καλύτερη δράση της σεροτονίνης. Αυτό είναι το βαλσαμόχορτο το οποίο όμως δυνητικά είναι τοξικό και θα πρέπει να ελέγχεται από τον θεράποντα ιατρό. (Combs and Markman, 2014)

Κεφάλαιο 2ο

2.1 Ορισμός Συναισθηματικής Διατροφής

Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός έχει καλύψει τις βασικές του απαιτήσεις σε ενέργεια, όμως συνεχίζει να υπάρχει η επιθυμία κατανάλωσης τροφής, τότε μιλάμε για συναισθηματικό φαγητό. Τις περισσότερες φορές, επιθυμεί να καλύψει κάποιο συναίσθημα, είτε θετικό είτε αρνητικό μέσω της τροφής. Αυτό όμως τις περισσότερες φορές οδηγεί στην υπερκατανάλωση της τροφής (συνήθως ανθυγιεινής) και κατ' επέκταση στην αύξηση του σωματικού βάρους. Κάθε άνθρωπος επιλέγει διαφορετικό τρόφιμο για να καλύψει κάποιο συναίσθημα του. (Konttinenetal., 2010)

Σύμφωνα με τους (van Strien et al., 2007), το συναισθηματικό φαγητό είναι «η τάση να τρώει κάποιος παραπάνω ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος». Η θεωρία του συναισθηματικού φαγητού βγαίνει από την ψυχοσωματική θεωρία (Bruch, 1964), που υποστηρίζει ότι αυτοί που έχουν τάσεις προς τη συναισθηματική διατροφή είναι ανίκανοι να διαφοροποιήσουν την πείνα από την ψυχολογική κατάσταση που συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα. Σαν αποτέλεσμα, όσοι τρώνε συναισθηματικά ανταποκρίνονται τρώγοντας όταν αντιμετωπίζουν αρνητικά συναισθήματα, ενώ αυτό κανονικά θα έπρεπε να έχει ως αποτέλεσμα χάσιμο της όρεξης καθώς τα συναισθήματα φέρνουν ψυχολογικές αλλαγές παρόμοιες με αυτή της ασφάλειας (Greeno&Wing, 1994).

Συγκεκριμένα συναισθήματα, όπως το άγχος, ο θυμός, η στεναχώρια και η χαρά, καθώς και διαθέσεις που θεωρούνται ότι κρατάνε περισσότερο και πρέπει να είναι περισσότερο διάχυτες έχουν βρεθεί να επηρεάζουν: τα κίνητρα για φαγητό (Macht&Simons, 2000), τη συναισθηματική διατροφή (Ferber&Cabanac, 1987; Willner&Healy, 1994), την επιλογή φαγητού (Gibson, 2006; Oliver&Wardle, 1999), μάσηση (Macht, 2008), την ταχύτητα κατανάλωσης φαγητού (Krebs, Macht, Weyers, Weijers, &Janke, 1996), την ποσότητα φαγητού (Greeno&Wing, 1994), καθώς και το μεταβολισμό και την πέψη της τροφής (Blair, Wing, &Wald, 1991; Wing, Blair, Epstein, &McDermott, 1990).

Οι έρευνες δείχνουν πως οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν τάσεις για συναισθηματικό φαγητό εξαιτίας συναισθηματικού στρες. Επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι το φαγητό που σχετίζεται με το στρες έχει σχέση με το αυξημένο

σωματικό βάρος (Laitinen et al., 2002). Δεν αποτελεί έκπληξη ότι τα αποτελέσματα των συναισθημάτων στο φαγητό έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα, αλλά εξαιτίας της ποικιλίας τους παραμένει δύσκολο να προβλέψει κανείς πώς ένα συναίσθημα επηρεάζει το φαγητό σε μια ομάδα ανθρώπων.

Τα συναισθήματα μπορούν να αυξήσουν την πρόσληψη φαγητού σε μια ομάδα ανθρώπων, π.χ. στα συγκρατημένα άτομα, αλλά να μειώσουν την πρόσληψη φαγητού σε μια άλλη ομάδα, π.χ. στα μη-συγκρατημένα. Επιπλέον, διαφορετικά συναισθήματα ίσως αυξήσουν ή μειώσουν το φαγητό στην ίδια ομάδα ανθρώπων. Για παράδειγμα, η βαρεμάρα ίσως σχετίζεται με αυξημένη όρεξη, ενώ η λύπη με μειωμένη όρεξη (Pudel&Richter, 1980).

2.2 Άγχος και Συναισθηματική Διατροφή

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το άγχος σε σχέση με τη συναισθηματική διατροφή. Πλέον είναι σύνηθες στις μέρες μας σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλές ασθένειες. Όταν το άγχος υπάρχει σε μικρό βαθμό, τέτοιο που να μην επηρεάζει την λειτουργικότητα του ατόμου είναι εποικοδομητικό και ενεργοποιεί το άτομο ώστε να δράσει πάνω στο αντικείμενο που θέλει, βοηθώντας το να είναι αποτελεσματικό. Το άγχος αυτό είναι φυσιολογικό και εποικοδομητικό καθώς υπάρχει για να μπορούμε να ανταπεξέλθουμε σε μια ενδεχόμενη απειλή. Σε αντίθετη περίπτωση όταν αυτό υπερέχει και γίνεται μη λειτουργικό για το άτομο, το οδηγεί στην αποδιοργάνωση και έχει τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα από το φυσιολογικό. Το άγχος αυτό είναι παθολογικό και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται έτσι ώστε να μην οδηγήσει σε αγχώδη διαταραχή.

Σε μια έρευνα (Dziurawicz-Kozłowska et al., 2006), που έγινε στην Πολωνία σε 80 παχύσαρκους ενδοσσοκομειακούς ασθενείς, με συνέντευξη πριν και μετά την επέμβαση της βαριατρικής για τον καλύτερο έλεγχο του βάρους τους, βρέθηκε ότι μετά την επέμβαση οι περισσότεροι ασθενείς κατέφευγαν είτε συνειδητά είτε αντανακλαστικά υποκινούμενοι από αρνητικά συναισθήματα σε συναισθηματικό φαγητό. Τα άτομα αυτά αντιμετώπιζαν υψηλά επίπεδα άγχους σχετικά με την απώλεια ελέγχου της διατροφής τους και την επαναπρόσληψη των κιλών τους. Έτσι το συναισθηματικό φαγητό έχει χαρακτηριστεί ως παράγοντας κινδύνου για την αρνητική έκβαση του χειρουργείου, διότι αποτελεί μέσο ανακούφισης από μια

ποικιλία αρνητικών συναισθημάτων. Από τους πιο κοινούς λόγους για την αποφυγή της βariatρικής επέμβασης είναι η υπερκατανάλωση τροφής μετεγχειρητικά. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει βρεθεί ότι μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος (Chesler, 2012).

Το άγχος αποτελεί συνέπεια ποικίλων αιτιών όπως για παράδειγμα ορμονικών αλλαγών, ασθενειών, τραυματικών εμπειριών, κακών συνηθειών, πιέσεων της καθημερινότητας, της γήρανσης, διατροφικών διαταραχών και κληρονομικών/γενετικών παραγόντων. Για την αντιμετώπιση του, συχνά χρησιμοποιούνται φάρμακα, που έχουν όμως αρνητικές συνέπειες όπως (κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας, εξάρσεις, επιληπτικές κρίσεις, σεξουαλική δυσλειτουργία, πονοκεφάλους). Τα αγχολυτικά φάρμακα δεν μπορούν να αποκαταστήσουν τα φυσιολογικά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών. Συχνά, ο εγκέφαλος συνηθίζει τη δράση των φαρμάκων αυτών, χάνοντας έτσι την αποτελεσματικότητά τους, με αποτέλεσμα να χρειάζεται μεγαλύτερη δόση από αυτά ή αλλαγή κατηγορίας φαρμάκων.

Πέρα από τη θεραπεία με τα αγχολυτικά φάρμακα, υπάρχουν αρκετά βότανα που με τα θρεπτικά συστατικά τους, διεγείρουν την σύνθεση των νευροδιαβιβαστών και δεν εκδηλώνουν παρενέργειες. Τα θρεπτικά συστατικά που έχει βρεθεί ότι βοηθάνε στη μείωση του stress, αυξάνοντας την παραγωγή ντοπαμίνης, είναι η βιταμίνες C,D,E, τα ω-3 λιπαρά οξέα και το πράσινο τσάι. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος B, η βιταμίνη D, το σελήνιο, το αμινοξύ L- τρυπτοφάνη και το πρόδρομο του 5-HTP, αυξάνουν την παραγωγή σεροτονίνης. Τα συμπληρώματα των αμινοξέων δρουν στη δομή των νευροδιαβιβαστών και οι βιταμίνες, δρουν ως συμπαραγόντες στη βιοσύνθεση των νευροδιαβιβαστών (Algramadhan et al., 2012).

Στη δυτική κουλτούρα και στον τρόπο ζωής, έχει παρατηρηθεί ότι το ψυχολογικό stress έχει σοβαρές επιπτώσεις στη διατροφή. Επίσης, η Κίνα έχει επηρεαστεί πολύ τα τελευταία χρόνια από τον δυτικό τρόπο διατροφής και παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας αλλά και των διαιτών με σκοπό την αποφυγή της παχυσαρκίας. Μια μελέτη που έγινε στην Κίνα σε 245 νεαρές γυναίκες, διερεύνησε τη σχέση μεταξύ ψυχολογικού stress, αρνητικού συναισθήματος και διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχναν ότι το άγχος και η κατάθλιψη έχουν στενή σχέση με διατροφικές διαταραχές καθώς επίσης και ο θυμός και η θλίψη μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση ή μείωση της διατροφής. Παρ'ό

αυτά, μπορεί να μειωθεί το συναισθηματικό φαγητό αν όλα τα αρνητικά συναισθήματα είναι ελεγχόμενα (Chen et al., 2012).

Το άγχος και η κατάθλιψη, είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με διαταραχές στην διατροφή των ανθρώπων και η μια κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στην άλλη χωρίς συγκεκριμένη προτεραιότητα. Η κατάθλιψη και το άγχος, μπορεί να εμποδίσουν την ανάκαμψη του ατόμου από την θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, οι οποίες οδηγούν στην αύξηση σωματικού βάρους και στην παχυσαρκία. Κατά συνέπεια η κατάσταση αυτή αύξησης σωματικού βάρους οδηγεί στον άγχος και την κατάθλιψη που πυροδοτεί εκ νέου την εμφάνιση ή την παραμονή των διατροφικών διαταραχών. Αποτελεί δηλαδή έναν αέναο κύκλο όπου φαίνεται πως η αρχή του είναι το άγχος και η κατάθλιψη και εκεί θα πρέπει να εστιάζεται η λύση του προβλήματος. (Bulik et al., 1997)

Η κραιπάλη, η κατανάλωση δηλαδή τροφών πλούσιων σε γλυκόζη και λίπος, προσφέρει προσωρινή ανακούφιση από την δυσφορία που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα. Τα αυξημένα ποσοστά κραιπάλης φαίνεται να υπάρχουν σε μέρες που χαρακτηρίζονται από σταθερά αρνητική επιρροή ή και σταδιακά αυξημένη αρνητικότητα κατά την διάρκεια της ημέρας. Από την άλλη υπάρχουν και οι έρευνες που δείχνουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα με κυριότερο το άγχος οδηγεί στην αποφυγή κατανάλωσης τροφής. Το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα όμως έχει βρεθεί ότι οδηγούν συχνότερα σε ευκαιριακή κατανάλωση τροφής (βουλιμικό επεισόδιο) στα κορίτσια της εφηβικής ηλικίας.

Η συνολική αύξηση του τσιμπολογήματος κατά τη διάρκεια περιόδων στρες αποδείχθηκε ότι σχετίζεται με αυξημένη πρόσληψη σνακ. Αντιθέτως η πρόσληψη ολοκληρωμένων γευμάτων αποδείχθηκε ότι μειώνεται κατά τη διάρκεια περιόδων άγχους (Oliver & Wardle, 1999).

Το άγχος λοιπόν αποτελεί παράγοντα κίνδυνου για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών. Όσο αυξάνεται το άγχος τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες για το συναισθηματικό φαγητό. (Harney et al., 2014)

2.3 Τροφές και Συναισθηματική Διατροφή

Τα τρόφιμα μπορούν να χαρακτηρισθούν εθιστικά, όταν υπάρχουν αρνητικές συνέπειες από την κατανάλωσή τους ή όταν υπάρχουν αποτυχημένες προσπάθειες

αποφυγής συγκεκριμένων τροφίμων ή κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων από αυτά. Στους παχύσαρκους ανθρώπους εμφανίζεται ευκολότερα ο εθισμός σε κάποια τρόφιμα σε σχέση με ανθρώπους φυσιολογικού βάρους. Υπάρχουν κάποιοι ισχυρισμοί, ότι τα ποσοστά της παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί διότι υπάρχουν πολλών ειδών εύγευστα τρόφιμα. Ωστόσο, όταν γίνεται γρήγορη κατανάλωση τροφής, χωρίς να δίδεται σημασία στη γεύση, οδηγούμαστε στην υπερκατανάλωση της (Pelchat, 2009).

Βάση μίας έρευνας που έγινε (Gearhardt et al., 2009), σε 82 εθελοντές άντρες και γυναίκες κλήθηκαν να επιλέξουν ποια τρόφιμα υψηλής ενεργειακής πυκνότητας καταναλώνουν περισσότερο και ποία λιγότερο για να καλύψουν κάποια συναισθήματα τους. Σε όλους τους συμμετέχοντες δόθηκαν ίδιες φωτογραφίες τροφίμων (σοκολάτα, μπισκότα, παγωτό, donuts, τηγανιτές πατάτες, ζυμαρικά και πίτσα). Ο κάθε ένας έπρεπε να επιλέξει ένα δικό του τρόπο μείωσης της επιθυμίας για το τρόφιμο που θεωρούσε πιο ελκυστικό από αυτά των φωτογραφιών ή να επιλέξει μία από τις παρακάτω στρατηγικές: 1) να φανταστεί ότι είναι ήδη χορτάτος, 2) να επικεντρωθεί στις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να προκληθούν από την αυξημένη κατανάλωση του κάθε τροφίμου, 3) να σκεφτεί ότι μπορεί να αποθηκεύσει κάπου το τρόφιμο και να το καταναλώσει κάποια άλλη στιγμή, 4) να σκεφτεί ότι η τροφή αυτή είναι μολυσμένη.

Τα αποτελέσματα δείχνανε ότι, δεν υπήρξε ιδιαίτερη διαφορά στην επιλογή φαγητού ή στη στρατηγική μεταξύ των δύο φύλων, καθώς η κύρια επιλογή των τροφίμων ήταν το παγωτό, τα ζυμαρικά και η πίτσα, ενώ το τρόφιμο που ήταν τελευταίο στην προτίμηση ήταν το donuts. Η πιο κοινή επιλογή στρατηγικής ήταν το αίσθημα πληρότητας που είχε σαν αποτέλεσμα να μειωθεί η επιθυμία κατανάλωσης για τα όχι και τόσο λαχταριστά τρόφιμα (donuts), ενώ η επιθυμία για τα λαχταριστά τρόφιμα μειώθηκε πολύ λιγότερο (Giuliani et al., 2013).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το συναισθηματικό φαγητό σχετίζονται με χαμηλότερη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι το συναισθηματικό φαγητό και τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρεάζουν τις μη υγιεινές επιλογές τροφής (Konttinen et al., 2010).

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε φάνηκε πως τα άτομα κατανάλωσαν τρία είδη τροφών με σκοπό να μειώσουν τα επίπεδα άγχους τους και την εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων. Αυτά ήταν η σοκολάτα, τα πατατάκια και τα μπισκότα.

2.4 Φύλο και Συναισθηματική Διατροφή

Μέσα από μια έρευνα φάνηκε πως τα αγόρια και τα κορίτσια σε ηλικίες μεταξύ 12 έως 15, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές στον τρόπο που θα εκδηλώσουν το άγχος σε σχέση με την τροφή. Η σχέση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή συμπτωμάτων άγχους και η παθολογική κατανάλωση τροφής διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων στις ηλικίες 15-18 ετών. Η σχέση αυτή άγχους-διατροφής αυξάνεται στα αγόρια σε ηλικίες 15 και 16 ετών ενώ στα κορίτσια 16-18 ετών. Τα συμπτώματα συννοσηρότητας κατάθλιψης/ άγχους και συναισθηματικού φαγητού γίνονται καλύτερα εμφανή στη ενήλικη ζωή. Τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα από το National Adolescent Supplement (2011) μας ενημερώνουν ότι η ηλικία έναρξης διατροφικών διαταραχών είναι μεταξύ 12,3-12,6 ετών (Swanson et al., 2011). Υπάρχουν πολλοί λόγοι εμφάνισης διατροφικών διαταραχών λόγω κατάθλιψης ή άγχους. Οι πιο κοινοί είναι η τελειομανία, η μειωμένη αυτοεκτίμηση/ αυτοαποτελεσματικότητα και η συνεχής εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων. Ένας ακόμη σημαντικός λόγος είναι οι ορμονικές αλλαγές που υφίστανται τα παιδιά κατά την περίοδο της εφηβείας. (Holm-Denoma et al., 2014; Svensson et al., 2014)

Έχει βρεθεί ότι το άγχος οδηγεί σε συναισθηματικό φαγητό περισσότερο στις γυναίκες και ιδιαίτερα στις έφηβες παρά στους έφηβους. Τα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία είναι περισσότερο επιρρεπείς στην υπερκατανάλωση τροφής παρουσία stress. Μέσα από έρευνα που έλεγξε τη σχέση που έχουν τα επίπεδα κορτιζόλης στον οργανισμό με το ψυχολογικό stress και τους μηχανισμούς που επηρεάζουν την πείνα, αποδείχθηκε ότι υψηλά επίπεδα κορτιζόλης σχετίζονται με κατανάλωση περισσότερου φαγητού, και ειδικά τροφών που περιέχουν ζάχαρη (Epel et al., 2001).

Το συναίσθημα της μοναξιάς είναι συνδεδεμένο με την βουλιμία και τα υπερφαγικά επεισόδια. Έχει βρεθεί ότι έχει αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας αντιλαμβάνονται το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Η μοναξιά οδηγεί σε αυξημένη επιθυμία κατανάλωσης τροφής. (Harney et al., 2014)

Εξετάζοντας τις σχέσεις του συναισθηματικού φαγητού και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την κατανάλωση γλυκών ή μη-γλυκών τροφών και

λαχανικών/φρούτων, αποδείχθηκε αρχικά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με το συναισθηματικό φαγητό σε άνδρες και γυναίκες καθώς επίσης και με αυτούς που έχουν αυξημένο σωματικό βάρος. Και τα δύο φύλα καταναλώνουν περισσότερα γλυκά σε φάσεις συναισθηματικής διατροφής, ενώ στους άνδρες παρατηρήθηκε η κατανάλωση και διάφορων άλλων τροφών, εκτός από τα γλυκά, χωρίς απαραίτητα να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή να κάνουν περιορισμούς στη διατροφή τους (Konttinen et al., 2010).

2.5 Παχυσαρκία και Συναισθηματική Διατροφή

Η απώλεια ελέγχου της κατανάλωσης τροφής, μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους. Η απώλεια αυτή αποτελεί συνήθως τρόπο αντιμετώπισης της αρνητικής διάθεσης. Συνήθως στα κορίτσια της εφηβείας, παρατηρείται να αντιμετωπίζουν τα αρνητικά συναισθήματα τους περισσότερο με την κατανάλωση υδατανθρακούχων τροφών, μέσω κάποιου snack ή επιδορπίου, παρά με την κατανάλωση πρωτεϊνών, φρούτων ή γαλακτοκομικών. Αποτελεί συχνό φαινόμενο μεταξύ των υπέρβαρων νέων να μην μπορούν να ελέγξουν το πόσο τρώνε και πότε θα σταματήσουν να τρώνε. Αυτό αποτελεί την απώλεια ελέγχου. Στους νέους αυτό συνδέεται με συναισθηματική δυσφορία, οδηγώντας σε συμπτώματα κατάθλιψης, εσωστρέφειας και απώλειας ελέγχου συναισθημάτων. Με την πάροδο του χρόνου, στα παιδιά αυτά αυξάνεται το βάρος και το λίπος του σώματός τους. Οι αρνητικές καταστάσεις, οδηγούν σε ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής προκειμένου να επέλθει ανακούφιση, όμως τα αποτελέσματα τις περισσότερες φορές είναι προσωρινά και έτσι αναπαράγεται ένας φαύλος κύκλος (Ranzenhofer et al., 2013).

Όταν υπάρχει το αίσθημα της πείνας, χάνουμε εύκολα τον έλεγχο της ποσότητας τροφής που καταναλώνουμε και έτσι με την παρορμητική κατανάλωση τροφής οδηγούμαστε στην αύξηση σωματικού βάρους. Στους παχύσαρκους ανθρώπους, το συναισθηματικό φαγητό σε απάντηση στα αρνητικά συναισθήματα αποτελεί μια αυτόματη διαδικασία. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν οι παχύσαρκοι βρίσκονται σε κάποιο διατροφικό πρόγραμμα παρακολούθησης δεν καταφεύγουν τόσο εύκολα σε συναισθηματικό φαγητό. Παρόλ' αυτά όταν το πρόγραμμα αυτό είναι πολύ αυστηρό ή οι ίδιοι το κάνουν πολύ περιοριστικό, αυξάνουν οι πιθανότητες υποτροπής σε συναισθηματικό φαγητό. (Svensson et al., 2014)

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε, τεκμηριωμένα στοιχεία σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ συναισθημάτων και τροφής σε ανθρώπους με διατροφικές διαταραχές. Οι παχύσαρκοι άνθρωποι συνήθως έχουν αυξημένη πρόσληψη τροφής μετά από εμπειρίες αρνητικών συναισθημάτων. Επιπρόσθετα ακόμη και αν βρίσκονται σε κάποιο πρόγραμμα διατροφής είναι πιο επιρρεπείς στο να κάνουν συναισθηματικό φαγητό ως αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο έχει παρατηρηθεί να καταφεύγουν σε συναισθηματικό φαγητό και άτομα που δεν βρίσκονται σε κάποια δίαιτα και έχουν φυσιολογικό βάρος σε απάντηση στα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να τους προκαλέσει ένα γεγονός.

Συγκρίνοντας τη συναισθηματική αντιδραστικότητα και το συναισθηματικό φαγητό φυσιολογικών και υπέρβαρων γυναικών αποδείχθηκε ότι οι υπέρβαρες γυναίκες ήταν πιο πιθανό να στραφούν προς το συναισθηματικό φαγητό απ' ότι οι γυναίκες με φυσιολογικό βάρος, αλλά μόνο όσον αφορά την κατανάλωση σνακς και όχι γευμάτων. Η ίδια έρευνα έδειξε επίσης ότι η συναισθηματική θλίψη που σχετίζεται με τα σνακς και το συναισθηματικό φαγητό που σχετίζεται με τα σνακς και τα γεύματα σχετίζονται με το ποσοστό επιπλέον βάρους των συμμετεχόντων στην έρευνα (Lowe and Fisher, 1983).

Τα λιποβαρή άτομα έχει αποδειχθεί ότι τρώνε λιγότερο από τα άτομα φυσιολογικού βάρους ή τα υπέρβαρα άτομα, κατά τη διάρκεια αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Παραδόξως, τα λιποβαρή άτομα αποδείχθηκε ότι τρώνε περισσότερο απ' ότι οι άλλες ομάδες ατόμων κατά τη διάρκεια θετικών συναισθημάτων και καταστάσεων. Συγκρίνοντας τη συνηθισμένη διατροφική τους συμπεριφορά, η υποσίτιση των λιποβαρών ατόμων σε περιόδους αρνητικών συναισθημάτων είναι μεγαλύτερη από την υπερσίτισή τους κατά τη διάρκεια θετικών συναισθημάτων και σε αυτό ίσως οφείλεται η έλλειψη βάρους που έχουν (Geliebter and Aversa, 2003).

2.6. Ορμόνες και Συναισθηματική Διατροφή

Τα αρνητικά συναισθήματα δίνουν παρόμοια ερεθίσματα στον οργανισμό με αυτά που προκαλούνται από τον κορεσμό της τροφής (Schachter et al., 1968). Έτσι η αυτόνομη δραστηριότητα των συναισθημάτων οδηγεί στην απελευθέρωση ορμονών

που αναστέλλουν την όρεξη με κυριότερες τις κατεχολαμίνες και οδηγούν σε μια πληθώρα γαστρικών αλλαγών παρόμοιων με αυτών που εμπλέκονται στη διαδικασία του κορεσμού.

Σε ένα δείγμα (Tanofsky-Kraff et al., 2009) αγοριών και κοριτσιών 8-18 ετών με αδηφαγική διατροφική διαταραχή, παρατηρήθηκε μειωμένη διάθεση και αρνητικά συναισθήματα τόσο πριν όσο και μετά το φαγητό σε σχέση με παιδιά ίδιας ηλικίας χωρίς τη διαταραχή αυτή. Συνολικά τα ευρήματα συσχετίζουν την αδηφαγική διαταραχή με εύγεστες τροφές ιδιαίτερα σε παιδιά στην ανάπτυξη, στο γυναικείο φύλο και στους υπέρβαρους ανθρώπους.

Είναι πιθανό, η διαταραχή αυτή και η επακόλουθη αύξηση σωματικού βάρους, να προκαλέσει νευρολογικές αλλαγές στο σύστημα ανταμοιβής, δημιουργώντας προβλήματα στον υποδοχέα της ντοπαμίνης και οδηγώντας στην ανεπάρκεια της ανταμοιβής και την προώθηση της υπερκατανάλωσης τροφής (Ranzenhofer et al., 2013).

Η κατανάλωση γεύματος προ ύπνου, που οδηγεί σε προβλήματα έλευσης ύπνου μπορεί να μειώσει την ικανότητα αντιμετώπισης άγχους και να αυξήσει τις ορμόνες του stress (Lucassen et al., 2013).

Το χρόνιο stress, οδηγεί στην υπερκατανάλωση τροφής και έτσι έχουμε αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, γλυκόζης και ινσουλίνης. Αυτό με τη σειρά του, οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους και των φλεγμονών και έτσι ο οργανισμός καταπονείται και προσβάλλεται πολύ πιο εύκολα από μικροοργανισμούς. Ένας κακός τρόπος ζωής, περιλαμβάνει ψυχολογική δυσφορία, κακή διατροφή και έλλειψη σωματικής άσκησης. Έχει συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα τελομεράσης, ένα ένζυμο που δρα στα τελομερή του DNA και προστατεύει τα άκρα των χρωμοσωμάτων, παρατείνοντας το γήρας των κυττάρων. Η δραστηριότητα της τελομεράσης, φαίνεται να ρυθμίζεται από το stress και τον μεταβολισμό (Daubenmier et al., 2012).

Έχει παρατηρηθεί, ότι κατά το οξύ stress, μειώνεται η λεπτίνη (ορμόνη της όρεξης) στον οργανισμό και συνδέεται με πρόσληψη τροφίμων υψηλά σε λίπος και ζάχαρη (Tomiyama et al., 2012).

Η νευροχημεία του άγχους και της κατάθλιψης είναι παρόμοια, έτσι και στις δύο περιπτώσεις έχουμε διαταραχή της ισορροπίας της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Όταν τα επίπεδα των δύο αυτών νευροδιαβιβαστών είναι χαμηλά δίνουν το αίσθημα της κατάθλιψης. Η νευροχημεία τους, χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: 1)

στην ανισορροπία νευροδιαβιβαστών, δημιουργώντας πρόβλημα στην αντίληψη και αξιολόγηση των απειλών, 2) στον άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων (HPA), όπου εκεί έχουμε εγκεφαλική διέγερση των επινεφριδίων με αποτέλεσμα την απελευθέρωση κορτιζόλης (ορμόνη του stress), αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης (υπεύθυνες για την αύξηση καρδιακού παλμού και αναπνοής) (Algramadhan et al., 2012).

Το ψυχοκοινωνικό stress επηρεάζει πολύ τα παιδιά στη σχέση τους με το φαγητό και ιδιαίτερα στα κορίτσια που συμβάλει στην αύξηση του σωματικού τους βάρους. Περισσότερα από 1 στα 4 παιδιά στην Αμερική προσχολικής ηλικίας είναι υπέρβαρα και αυτό έχει φανεί ότι επηρεάζει και το βάρος τους στην ενήλικη ζωή. Τα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν αυξημένο βάρος. (Ogden et al., 2012; Shrewsbury and Wardle, 2008). Η φτώχεια οδηγεί σε χρόνια stress και αυτό έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τον άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων.

Ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων έχει άμεση σχέση με το αυτόνομο κερκάδιο ημερήσιο ρυθμό. Η σχέση αυτή βοηθάει τα επίπεδα κορτιζόλης να βρίσκονται στην μέγιστη τιμή τους τις πρώτες πρωινές ώρες και να μειώνονται σταδιακά μέσα στη μέρα φτάνοντας στην χαμηλότερη τιμή της μέσα σε λίγη ώρα από την έλευση του ύπνου. Κάτω από συνθήκες χρόνιου stress έχουμε μεταβολή της ρύθμισης του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων.

Η κορτιζόλη αυξάνει την όρεξη και οδηγεί στη λεγόμενη "λιγούρα" με προτίμηση σε τρόφιμα υψηλά σε λιπαρά και σάκχαρα (Pasquali et al., 2010) η οποία μειώνει το αίσθημα άγχους μέσω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που έχουν υπερδιέγερση (αυξημένη κινητικότητα) έχει βρεθεί ότι «ξεσπούν» πάνω στο φαγητό και γίνονται υπέρβαρα. Το ψυχοκοινωνικό stress συνδέεται και στα αγόρια και στα κορίτσια με το αίσθημα της λιγούρας και αυτό με τη σειρά του με την αύξηση του σωματικού βάρους. Ακόμη έχει βρεθεί ότι οδηγεί σε υποκορτιζολαιμία (μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης) που έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στα κορίτσια και στην αύξηση του σωματικού τους βάρους μέσω της μείωσης του κορεσμού. (Lumeng et al., 2014)

Στον αντίποδα έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες ορμόνες συμβάλουν στην καταστολή της επιθυμίας για κατανάλωση τροφής και αυτές είναι η

γλυκαγόνηπεπτίδιο1 (GLP1) και το πολυπεπτίδιο Υ. Αυτό τα καθιστά ιδανικά για την δημιουργία φαρμάκων.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ορμονικές αλλαγές σε οιστρογόνα και προγεστερόνη κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου της γυναίκας, υποδεικνύουν και αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες. Το συναισθηματικό φαγητό φτάνει σε μεγαλύτερα ποσοστά κατά τη διάρκεια της μεσο-ωχρινικής φάσης, όταν η προγεστερόνη φτάνει τα ανώτερα επίπεδα και η εστραδιόλη αντίστοιχα (Klump, 2013).

Κεφάλαιο 3^ο

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως είναι και η συναισθηματική διατροφή έχουν αρκετές δυσκολίες στο να θεραπευτούν, καθώς είναι μια σοβαρή διαταραχή αλλά επίσης οι ασθενείς συνήθως αρνούνται να δεχτούν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα.

Οι πιο πολλοί ασθενείς χρίζουν ψυχοθεραπείας, προσαρμοσμένης στις ανάγκες τους. Η θεραπεία οικογένειας και η ψυχοθεραπεία, που στηρίζεται σε γνωσιακές και συμπεριφορικές αρχές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Επίσης, κάποιοι ασθενείς θα χρειαστούν και φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμηση των συναισθημάτων που τους οδηγούν στη συναισθηματική διατροφή, δηλαδή της κατάθλιψης και του άγχους. Η συμβολή του διατροφολόγου είναι επίσης σημαντική.

3.1. Συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία στη Συναισθηματική Διατροφή

Η συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία είναι μία μορφή ψυχοθεραπείας που στοχεύει στην καλύτερη διάθεση των ανθρώπων. Ονομάζεται γνωσιακή γιατί διερευνά τον τρόπο σκέψης για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον και συμπεριφορική γιατί διερευνά και τον τρόπο που αυτές οι σκέψεις επιδρούν στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μέσα από το λόγο αλλά και τις τεχνικές μπορεί να βοηθήσει να τροποποιηθούν οι σκέψεις και οι συμπεριφορές που επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητα.

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι η αποτελεσματικότερη ψυχολογική θεραπεία για την κατάθλιψη και το άγχος, που είναι οι κύριοι λόγοι της συναισθηματικής διατροφής. Για να εφαρμοστεί η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, ο θεράπων ιατρός παίρνει ένα ολοκληρωμένο ιστορικό από τον ασθενή, βρίσκει τους τομείς που εντοπίζονται δυσκολίες και κρίνει αν η θεραπεία αυτή είναι κατάλληλη για τον ασθενή. Έπειτα, με τη βοήθεια του θεραπευτή επιμερίζονται τα προβλήματα στην κατάσταση, τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τα οργανικά συμπτώματα και την αντίδραση ώστε να αναγνωριστεί πώς συνδέονται μεταξύ τους και πώς το ένα επηρεάζει το άλλο (Kanfer&Schefft, 1987).

3.1.1 Γνωσιακή Συμπεριφορική Αντιμετώπιση Διαταραχών Διατροφής

Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική θεραπεία εφαρμόζεται πολύ συχνά στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής, εστιάζοντας τόσο στις συμπεριφοριστικές αντιδράσεις όσο και στην αιτιογένεση των διαταραχών αυτών, καθώς και στους μηχανισμούς οι οποίοι τις διατηρούν (Fairburn, Shafran&Cooper, 1999).

Δεν γνωρίζουμε πολλά για την αντιμετώπιση των εφήβων με μία διατροφική διαταραχή που δεν είναι λιποβαρείς. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική για εφήβους που είναι λιποβαρείς. Μετά από έρευνα σε μη-λιποβαρή άτομα με διατροφική διαταραχή αποδείχθηκε ότι υπήρξε ανταπόκριση στη θεραπεία σε ποσοστό 70%. Οπότε η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για αυτούς τους εφήβους που έχουν διατροφικές διαταραχές όπως η συναισθηματική διατροφή δείχνει αποτελεσματική. (Graveetal., 2014).

Σε μια έρευνα όπου εφαρμόστηκε η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία ως μέσω παρέμβασης, μετρήθηκε η ψυχοπαθολογία σε 94 άτομα με συναισθηματική διατροφή, στην αρχή της θεραπείας, κατά την έκτη θεραπεία και στο τέλος. Υπήρξε μείωση των συμπτωμάτων της συναισθηματικής διατροφής από την αρχή ακόμα της θεραπείας κάτι που αποδεικνύει ισχυρά ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής και άλλων διατροφικών παθολογιών (Turneretal., 2015).

Η συναισθηματική διατροφή θεωρείται ολοένα και περισσότερο σαν δυσκολία διαχείρισης των υγιεινών συμπεριφορών φαγητού και του βάρους, ωστόσο λίγες παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί ώστε να στοχεύουν ακριβώς στη συναισθηματική διατροφή. Επιπλέον ο στόχος μιας τέτοιας παρέμβασης δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρος, καθώς μπορεί να είναι η συνολική μείωση άγχους ή η αλλαγή συναισθηματικών σκέψεων που σχετίζονται με το φαγητό. Ελέγχοντας το αποτέλεσμα της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας σε άτομα που είναι επιρρεπή σε συναισθηματική διατροφή, αποδείχθηκε ότι μειώνει το άγχος και τη διατροφή λόγω αυτού του άγχους και τα αποτελέσματα είναι πιο εμφανή έπειτα από περίοδο 6 εβδομάδων (Corsicaetal., 2014).

3.2. Φαρμακευτική αγωγή στη Συναισθηματική Διατροφή

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της συναισθηματικής διατροφής έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων και κατά συνέπεια περιορίζουν τα συμπτώματα της συναισθηματικής διατροφής.

Αρκετοί ασθενείς τα χρησιμοποιούν, χωρίς όμως να αποτελούν τη μοναδική θεραπευτική λύση. Πάντα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία και διατροφή. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχαναγκαστικής- καταναγκαστικής διαταραχής, συμπτώματα διαταραχής του ελέγχου των παρορμήσεων και σε ασθενείς που έχουν αποτύχει σε προηγούμενες προσπάθειες ψυχοκοινωνικής θεραπείας.

Συνήθως θα πρέπει να πάρουν δοκιμαστικά διάφορα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για να αποδειχθεί πιο είναι πιο αποτελεσματικό. Οι δόσεις των αντικαταθλιπτικών που έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας (μιπραμίνη, δεσιπραμίνη, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) είναι αντίστοιχες με αυτές που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αν και στην περίπτωση της φλουοξετίνης απαιτούνται υψηλότερες δόσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη (60 mg/ημερ.) (Garfinkel&Walsh, 1997).

3.3. Διατροφική αντιμετώπιση Συναισθηματικής Διατροφής

Καθότι η συναισθηματική διατροφή έχει να κάνει με τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών, η διατροφική αντιμετώπιση του προβλήματος θα μπορούσε να βοηθήσει, εκπαιδεύοντας τον ασθενή (Hsu, 1990):

1. Να υιοθετήσει τις αρχές της σωστής διατροφής (να τρώει ολοκληρωμένα γεύματα και να αποφεύγει το τσιμπολόγημα, το γεύμα να καταναλώνεται σε πιο τακτικές ώρες και με ποικιλία τροφών, ενώ θα πρέπει να περιορίσει τις ανθυγιεινές τροφές και ροφήματα)
2. Να κατανοήσει τη σχέση υποθρεψίας και υπερφαγίας
3. Να κατανοήσει τις καταστροφικές συνέπειες των ανθυγιεινών τροφών στην υγεία του
4. Να προσλαμβάνει ισορροπημένα γεύματα σε τακτικότητα και συχνότητα

5. Να εντάξει στην καθημερινότητά του ένα πρόγραμμα γυμναστικής το οποίο θα συνδυάσει με το πρόγραμμα διατροφής, και έτσι θα μπορέσει να κατανοήσει τη συσχέτισή του ισοζυγίου πρόσληψης - κατανάλωσης ενέργειας.

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τις απαντήσεις 130 αγοριών και κοριτσιών εφηβικής ηλικίας από την πόλη της Ορεστιάδας του νομού Έβρου. Οι μαθητές συμπλήρωσαν το βάρος και το ύψος τους και το ερωτηματολόγιο DEBQ το οποίο αναφέρεται στο άγχος και τη συναισθηματική διατροφή. Το σύνολο των παιδιών αποτελείται και από τα τρία λύκεια την πόλης και το εύρος της ηλικίας είναι μεταξύ 16,5-18,5 ετών. Η επιλογή της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας έγινε με την σκέψη ότι τα παιδιά σε αυτή την περίοδο της ζωής τους είναι αγχωμένα λόγω των πανελλήνιων εξετάσεων που δίνουν. Έτσι το συναισθηματικό φαγητό θα μπορούσε να λαμβάνει χώρα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα σε συσχέτιση με το άγχος και αυτό μελετάται σε αυτή την έρευνα.

4.2 Μεθοδολογία

Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε είναι το DEBQ (DutchEatingBehaviourQuestionnaire - VanStrienetal., 1986), το οποίο αποτελείται από 33 ερωτήσεις και αξιολογεί τρεις διαφορετικές διατροφικές συμπεριφορές:

1. Την συναισθηματική διατροφή (emotional eating)
2. Την κατανάλωση τροφής που εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες (external eating)
3. Την περιορισμένη κατανάλωση τροφής (restrained eating)

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί και αναγνωριστεί από αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για τα δύο φύλα καθώς και για όλες τις ηλικιακές ομάδες λαμβάνοντας υπόψη και το βάρος τους. Αποτελεί μια έγκυρη και αξιόπιστη μέθοδο αξιολόγησης διατροφικών συμπεριφορών και βαθμολογείται με μια κλίμακα Likert από το 1-5 με το 5 να είναι η μέγιστη τιμή.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

4.3 Αποτελέσματα

Στην έρευνα συμμετείχαν 130 έφηβοι, 71 κορίτσια και 59 αγόρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ' αυτών (32%) είχαν βάρος μεταξύ 61 και 70 κιλά, ενώ το 28,5% ζύγιζε από 51 έως 60 κιλά. Το 18% ζύγισε από 71 έως 80 κιλά, το 10,4% από 81 έως 90 κιλά, το 4,8% από 91 έως 100, το 0,8% ζύγιζε πάνω από 100 κιλά και το 5,5% κάτω από 50. Το ύψος των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 1,60 μέχρι περίπου 2 μέτρα. Το 10,4% είχαν ύψος κάτω από 1,60, το 38,5% από 1,61-1,70, το 31,5% από 1,71-1,80, το 18,8% από 1,81 -1,90 και το 0,8% πάνω από 1,90. Σύμφωνα με αυτά, το 69,5% των αγοριών και το 81,7% των κοριτσιών είχαν φυσιολογικό βάρος, 23,7% των αγοριών και το 7% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα, το 3,4% των αγοριών και το 8,5% των κοριτσιών ελλιποβαρή και το 3,4% των αγοριών και το 2,8% των κοριτσιών παχύσαρκα.

Πίνακας 1: Βάρος

	Αγόρια		Κορίτσια	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
41-50			7	9,8
51-60	2	4,3	33	46,2
61-70	15	32,3	22	30,8
71-80	17	36,6	3	4,2
81-90	5	10,8	4	5,6
91-100	5	10,8		
>100	2	4,3		

Πίνακας 2: Ύψος

	Αγόρια		Κορίτσια	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
<1,60			14	25,2
1,61-1,70	5	10,8	44	61,6
1,71-1,80	23	49,5	12	16,8
1,81-1,90	17	36,6	2	2,8
>1,90	1	2,2		

Πίνακας 3: Κατάσταση βάρους για τα αγόρια

	Frequency	Percent	
Valid	Ελλιποβαρής	2	3,4
	Φυσιολογικός	41	69,5
	Υπέρβαρος	14	23,7
	Παχύσαρκος	2	3,4
	Total	59	100,0

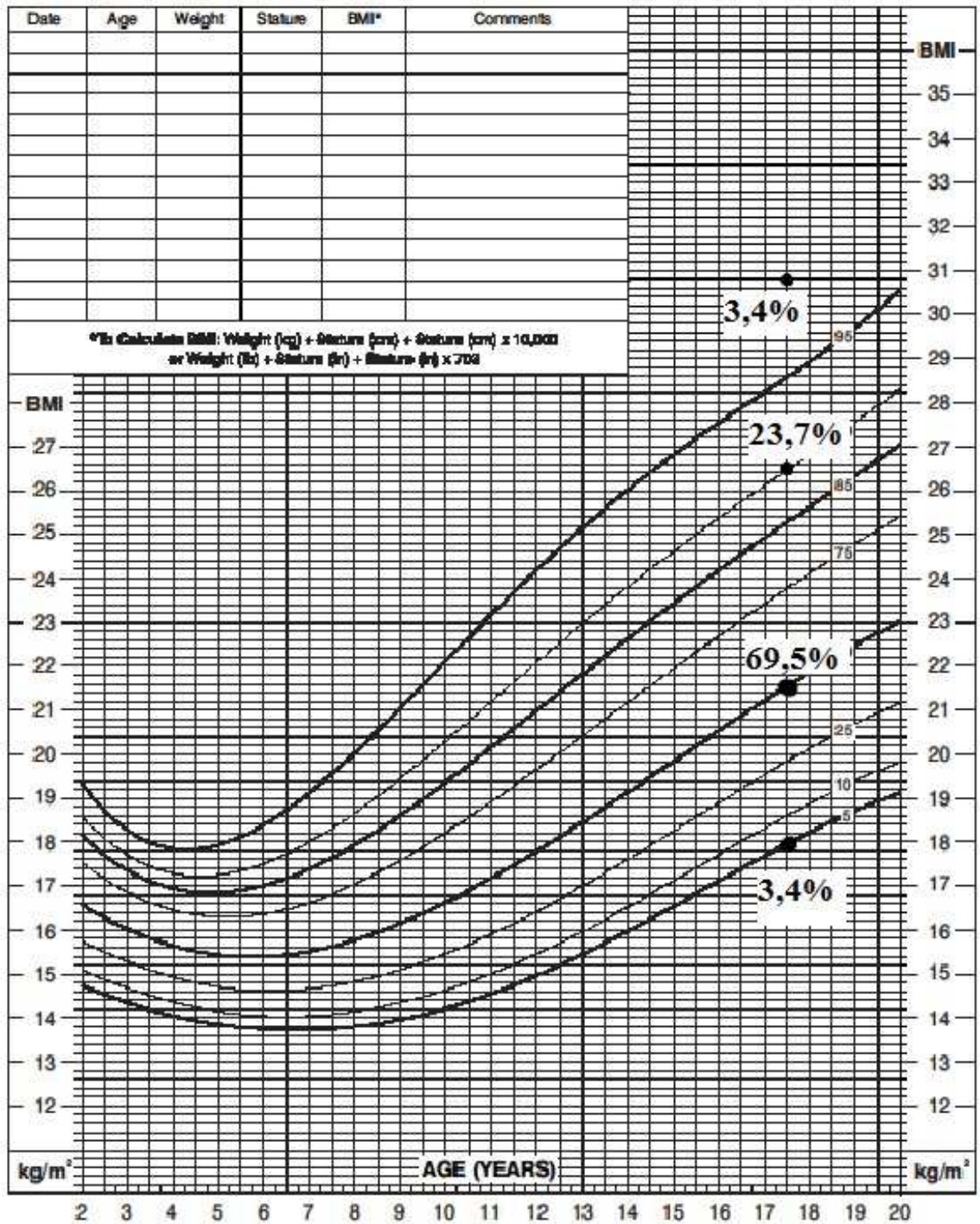
Πίνακας 4: Κατάσταση βάρους για τα κορίτσια

	Frequency	Percent	
Valid	Ελλιποβαρής	6	8,5
	Φυσιολογικός	58	81,7
	Υπέρβαρος	5	7,0
	Παχύσαρκος	2	2,8
	Total	71	100,0

2 to 20 years: Boys
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



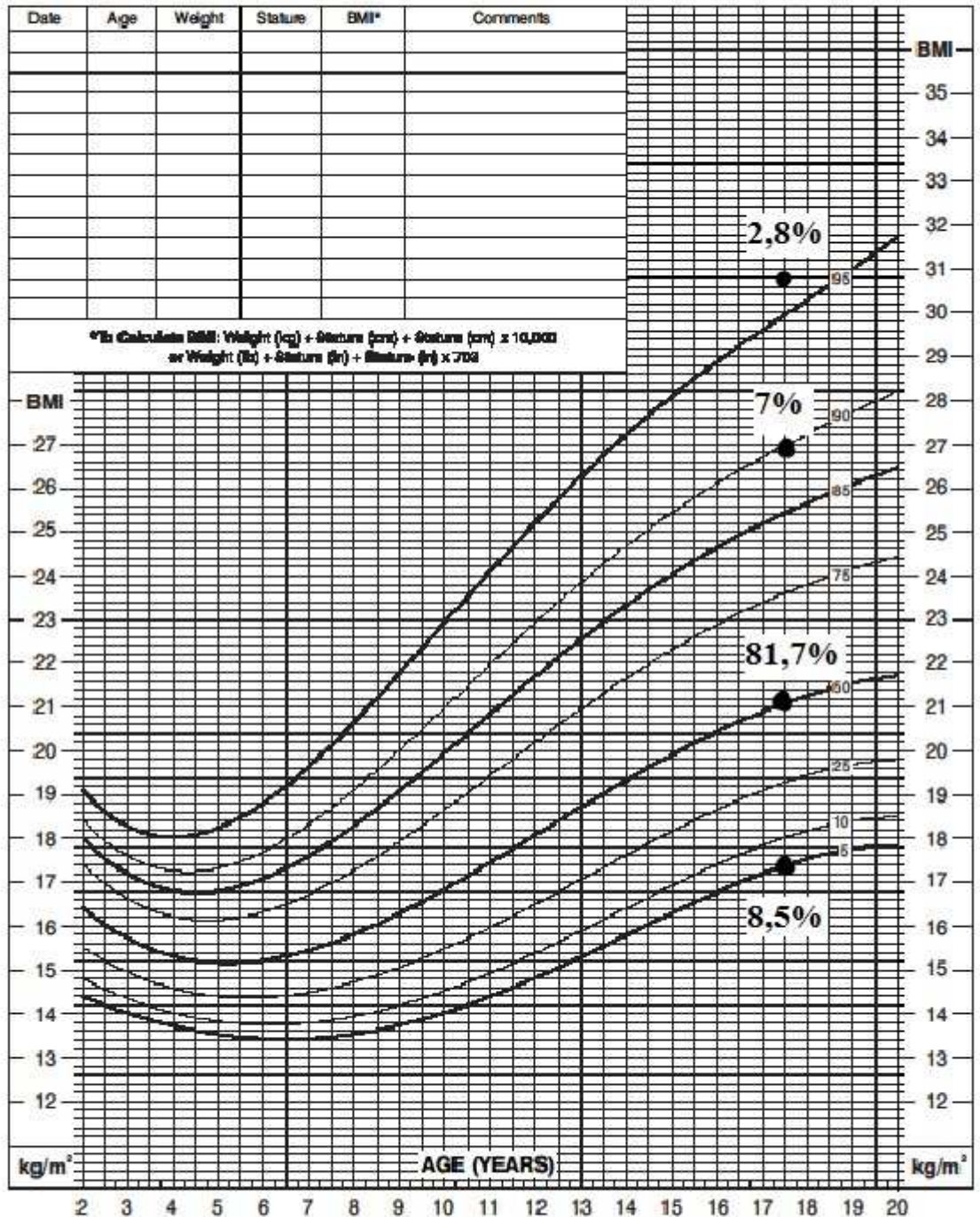
Published May 30, 2000 (modified 10/16/03).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



2 to 20 years: Girls
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 10/15/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE

Το 25,4% των ερωτηθέντων απάντησε πως ακόμα κι αν έχουν πάρει βάρος δεν τρώνε λιγότερο απ' ότι συνήθως, το 16,9% το κάνει σπάνια, το 33,8% μερικές φορές, το 16,9% συχνά και το 6,9% πολύ συχνά. Στη συνέχεια βλέπουμε πως το 38,5% τρώει όση ποσότητα θέλει και όχι λιγότερη, το 27,7% σπάνια προσπαθεί να καταναλώσει λιγότερη, το 19,2% μερικές φορές, το 10,8% συχνά και το 3,8% πολύ συχνά.

Πίνακας 5: Αν έχετε πάρει βάρος, τρώτε λιγότερο από ό, τι συνήθως; (1)

	Frequency	Percent
ποτέ	33	25,4
σπάνια	22	16,9
Valid μερικές φορές	44	33,8
συχνά	22	16,9
πολύ συχνά	9	6,9
Total	130	100,0

Πίνακας 6: Προσπαθείτε να καταναλώνετε λιγότερη τροφή κατά τα γεύματα σας από όσο θα θέλατε; (2)

	Frequency	Percent
ποτέ	50	38,5
σπάνια	36	27,7
Valid μερικές φορές	25	19,2
συχνά	14	10,8
πολύ συχνά	5	3,8
Total	130	100,0

Το 50,8% δεν αρνείται ποτέ φαγητό που τους προσφέρεται, το 24,6% αρνείται σπάνια ανησυχώντας για το βάρος τους, το 14,6% μερικές φορές, το 9,2% συχνά και το 0,8% πολύ συχνά αρνείται φαγητό γιατί ανησυχεί για το βάρος του. Περίπου οι μισοί ερωτηθέντες (45,4%) δεν παρακολουθούν ποτέ επακριβώς τι τρώνε, το 29,2% παρακολουθεί σπάνια, το 14,6% μερικές φορές, το 9,2% συχνά και το 1,5% πολύ συχνά.

Πίνακας 7: Πόσο συχνά αρνείστε φαγητό ή ποτό που σας προσφέρονται επειδή ανησυχείτε για το βάρος σας; (3)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	66	50,8
σπάνια	32	24,6
μερικές φορές	19	14,6
συχνά	12	9,2
πολύ συχνά	1	,8
Total	130	100,0

Πίνακας 8: Παρακολουθείτε επακριβώς οτιδήποτε καταναλώνετε; (4)

	Frequency	Percent
Valid Ποτέ	59	45,4
σπάνια	38	29,2
μερικές φορές	19	14,6
συχνά	12	9,2
πολύ συχνά	2	1,5
Total	130	100,0

Το 50% δεν τρώει ποτέ συνειδητά τρόφιμα κατάλληλα για αδυνάτισμα, το 24,6% τρώει σπάνια, το 15,4% μερικές φορές, το 8,5% συχνά και το 1,5% πολύ συχνά. Το 35,4% ποτέ δεν τρώνει λιγότερο για κάποιες μέρες, αν μια μέρα φάνει πάρα πολύ, ενώ το 20,8% το κάνει σπάνια. Το 22,3% μερικές φορές τρώει λιγότερο κάποιες μέρες, αν μια μέρα φάει πάρα πολύ, το 12,3% συχνά και το 9,2% πολύ συχνά.

Πίνακας 9: Τρώτε συνειδητά τρόφιμα που είναι κατάλληλα για αδυνάτισμα; (5)

	Frequency	Percent
Valid Ποτέ	65	50,0
Σπάνια	32	24,6
μερικές φορές	20	15,4
Συχνά	11	8,5
πολύ συχνά	2	1,5
Total	130	100,0

Πίνακας 10: Όταν έχετε φάει πάρα πολύ μια μέρα, τρώτε λιγότερο απ 'ότι συνήθως τις επόμενες ημέρες; (6)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	46	35,4
σπάνια	27	20,8
μερικές φορές	29	22,3
συχνά	16	12,3
πολύ συχνά	12	9,2
Total	130	100,0

Το 38,5% ποτέ δεν τρώνε λιγότερο για να μην παχύνει, το 24,6% το κάνει σπάνια, το 19,2% μερικές φορές, το 13,1% συχνά και άλλο ένα 4,6% πολύ συχνά. Ακόμα, το 46,9% δεν κάνει ποτέ προσπάθεια να μην τρώει μεταξύ των γευμάτων επειδή παρακολουθούν το βάρος τους, το 20% κάνουν προσπάθεια σπάνια, το 15,4% μερικές φορές, το 11,5% συχνά και ένα 6,2% πολύ συχνά.

Πίνακας 11: Μήπως σκόπιμα τρώτε λιγότερο, ώστε να μην παχύνετε; (7)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	50	38,5
σπάνια	32	24,6
μερικές φορές	25	19,2
συχνά	17	13,1
πολύ συχνά	6	4,6
Total	130	100,0

Πίνακας 12: Πόσο συχνά κάνετε προσπάθεια να μην τρώτε μεταξύ των γευμάτων επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας; (8)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	61	46,9
σπάνια	26	20,0
μερικές φορές	20	15,4
συχνά	15	11,5
πολύ συχνά	8	6,2
Total	130	100,0

Το 43,1% ποτέ δεν μένουν νηστικοί το βράδυ επειδή προσέχουν το βάρος τους, το 20,8% το κάνουν σπάνια, το 16,2% μερικές φορές, το 12,3% συχνά και το 7,7% πολύ συχνά. Ωστόσο, το 40,8% δεν έχουν ποτέ αναλογιστεί το βάρος τους αναλόγως με το τι τρώνε, το 24,6% το αναλογίζονται σπάνια, το 23,1% μερικές φορές, το 7,7% συχνά και το 3,8% πολύ συχνά.

Πίνακας 13: Πόσο συχνά δεν τρώτε το βράδυ επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας; (9)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	56	43,1
σπάνια	27	20,8
μερικές φορές	21	16,2
συχνά	16	12,3
πολύ συχνά	10	7,7
Total	130	100,0

Πίνακας 14: Έχετε λάβει υπόψη το βάρος σας αναλόγως με το τι τρώτε; (10)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	53	40,8
σπάνια	32	24,6
μερικές φορές	30	23,1
συχνά	10	7,7
πολύ συχνά	5	3,8
Total	130	100,0

Σε κατάσταση εκνευρισμού, το 36,9% ποτέ δεν νιώθουν επιθυμία να καταναλώσουν περισσότερο φαγητό, το 30% σπάνια, το 13,1% μερικές φορές, το 10% συχνά και άλλο ένα 10% πολύ συχνά επιθυμούν να καταναλώσουν περισσότερο φαγητό όντες εκνευρισμένοι. Αντίστοιχα, όταν δεν έχουν τίποτα να κάνουν, το 20% ποτέ δεν επιθυμούν να καταναλώσουν περισσότερο φαγητό, το 25,4% έχουν αυτή την επιθυμία σπάνια, το 26,2% μερικές φορές, το 16,9% συχνά και το 11,5% πολύ συχνά.

Πίνακας 15: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε εκνευρισμένος/η; (11)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	48	36,9
σπάνια	39	30,0
μερικές φορές	17	13,1

συχνά	13	10,0
πολύ συχνά	13	10,0
Total	130	100,0

Πίνακας 16: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν δεν έχετε τίποτα να κάνετε? (12)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	26	20,0
σπάνια	33	25,4
μερικές φορές	34	26,2
συχνά	22	16,9
πολύ συχνά	15	11,5
Total	130	100,0

Σε περιπτώσεις κατάθλιψης ή αποθάρρυνσης, το 41,5% ποτέ δεν επιθυμούν να καταναλώσουν φαγητό, το 21,5% έχουν αυτή την επιθυμία σπάνια, το 17,7% μερικές φορές, το 11,5% συχνά και το 7,7% πολύ συχνά. Ακόμα, σε καταστάσεις μοναξιάς (Πίνακας 16) και απογοήτευσης (Πίνακας 17), τα ποσοστά είναι αντίστοιχα.

Πίνακας 17: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν νιώθετε κατάθλιψη ή είστε αποθαρρυνμένος/η? (13)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	54	41,5
σπάνια	28	21,5
μερικές φορές	23	17,7
συχνά	15	11,5
πολύ συχνά	10	7,7
Total	130	100,0

Πίνακας 18: Έχετε την επιθυμία να καταναλώστε τροφή όταν αισθάνεστε μοναξιά; (14)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	64	49,2
σπάνια	25	19,2
μερικές φορές	18	13,8
συχνά	15	11,5

πολύ συχνά	8	6,2
Total	130	100,0

Πίνακας 19: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν κάποιος σας έχει απογοητεύσει; (15)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	70	53,8
σπάνια	24	18,5
μερικές φορές	12	9,2
συχνά	13	10,0
πολύ συχνά	11	8,5
Total	130	100,0

Παρατηρείται πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (59,2%) ποτέ δεν επιθυμούν να καταναλώσουν φαγητό όταν πρέπει να πάρουν μια σημαντική απόφαση, το 19,2% το κάνουν σπάνια, το 13,1% μερικές φορές, το 3,8% συχνά και το 4,6% πολύ συχνά. Παρόμοια είναι η κατάσταση και σε περιπτώσεις που πλησιάζει να συμβεί κάτι δυσάρεστο, σε περιπτώσεις άγχους, ανησυχίας ή έντασης, όταν τα πράγματα έχουν πάει στραβά, όταν είναι φοβισμένοι, απογοητευμένοι, αναστατωμένοι ή βαριούνται (Πίνακας 18-25).

Πίνακας 20: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν πρέπει να πάρετε μια σημαντική απόφαση; (16)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	77	59,2
σπάνια	25	19,2
μερικές φορές	17	13,1
συχνά	5	3,8
πολύ συχνά	6	4,6
Total	130	100,0

Πίνακας 21: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν αισθάνεστε να πλησιάζει να συμβεί κάτι δυσάρεστο; (17)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	84	64,6
σπάνια	26	20,0
μερικές φορές	12	9,2

συχνά	7	5,4
πολύ συχνά	1	,8
Total	130	100,0

Πίνακας 22: Μήπως έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε αγχωμένος/η, ανήσυχος/η ή σε ένταση; (18)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	60	46,2
σπάνια	38	29,2
μερικές φορές	10	7,7
συχνά	10	7,7
πολύ συχνά	12	9,2
Total	130	100,0

Πίνακας 23: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν τα πράγματα είναι εναντίον σας ή όταν έχουν πάει στραβά; (19)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	71	54,6
σπάνια	36	27,7
μερικές φορές	15	11,5
συχνά	5	3,8
πολύ συχνά	3	2,3
Total	130	100,0

Πίνακας 24: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε φοβισμένος/η; (20)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	92	70,8
σπάνια	22	16,9
μερικές φορές	10	7,7
συχνά	3	2,3
πολύ συχνά	3	2,3
Total	130	100,0

Πίνακας 25: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε απογοητευμένος/η; (21)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	73	56,2
σπάνια	28	21,5
μερικές φορές	16	12,3
συχνά	9	6,9
πολύ συχνά	4	3,1
Total	130	100,0

Πίνακας 26: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε συναισθηματικά αναστατωμένος; (22)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	69	53,1
σπάνια	29	22,3
μερικές φορές	16	12,3
συχνά	9	6,9
πολύ συχνά	7	5,4
Total	130	100,0

Πίνακας 27: Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν βαριέστε ή είστε ανήσυχος/η? (23)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	49	37,7
σπάνια	26	20,0
μερικές φορές	24	18,5
συχνά	18	13,8
πολύ συχνά	13	10,0
Total	130	100,0

Όταν το φαγητό έχει ωραία γεύση, μυρωδιά ή δείχνει ωραίο οι περισσότεροι (σε ποσοστό άνω του 60%) λένε πως θέλουν να καταναλώσουν περισσότερο μερικές φορές, συχνά ή πολύ συχνά.

Πίνακας 28: Αν το φαγητό έχει ωραία γεύση, τρώτε περισσότερο απ' ότι συνήθως; (24)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	2	1,5
σπάνια	27	20,8

μερικές φορές	35	26,9
συχνά	28	21,5
πολύ συχνά	38	29,2
Total	130	100,0

Πίνακας 29: Αν το φαγητό μυρίζει και δείχνει ωραίο τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο; (25)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	13	10,0
σπάνια	38	29,2
μερικές φορές	32	24,6
συχνά	25	19,2
πολύ συχνά	22	16,9
Total	130	100,0

Πίνακας 30: Όταν δείτε ή μυρίσετε κάτι νόστιμο, έχετε την επιθυμία να το καταναλώσετε; (26)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	8	6,2
σπάνια	22	16,9
μερικές φορές	36	27,7
συχνά	42	32,3
πολύ συχνά	22	16,9
Total	130	100,0

Οι περισσότεροι (36,2%) μερικές φορές όταν έχουν κάτι νόστιμο τρώνε αμέσως, το 23,1% το κάνει αυτό συχνά, το 16,9% πολύ συχνά, ενώ το 10,8% ποτέ και το 13,1% σπάνια. Το 18,5% ποτέ δεν επιθυμούν να αγοράσουν κάτι νόστιμο περνώντας μπροστά από ένα φούρνο, ενώ το 30,8% νιώθει αυτή την επιθυμία σπάνια, το 23,1% μερικές φορές, το 16,2% συχνά και το 11,5% πολύ συχνά. Περνώντας μπροστά από ένα σνακ μπαρ ή καφέ, το 20,8% δεν νιώθει ποτέ την επιθυμία να αγοράσει κάτι νόστιμο, το 32,3% τη νιώθει σπάνια, το 29,2% μερικές φορές, το 10,8% συχνά και το 6,2% πολύ συχνά.

Πίνακας 31: Όταν έχετε κάτι νόστιμο για να φάτε, τρώτε αμέσως ή μπορείτε να κρατηθείτε; (27)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	14	10,8
σπάνια	17	13,1
μερικές φορές	47	36,2
συχνά	30	23,1
πολύ συχνά	22	16,9
Total	130	100,0

Πίνακας 32: Αν περάσετε μπροστά από ένα φούρνο, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο; (28)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	24	18,5
σπάνια	40	30,8
μερικές φορές	30	23,1
συχνά	21	16,2
πολύ συχνά	15	11,5
Total	130	100,0

Πίνακας 33: Αν περάσετε μπροστά από ένα σνακ μπαρ ή ένα καφέ, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο; (29)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	27	20,8
σπάνια	42	32,3
μερικές φορές	38	29,2
συχνά	14	10,8
πολύ συχνά	8	6,2
Total	129	99,2
Missing System	1	,8
Total	130	100,0

Αν δούμε άλλους να τρώνε, το 29,2% θέλουν κι αυτοί να καταναλώσουν φαγητό σπάνια, το 31,5% μερικές φορές, το 17,7% θέλουν συχνά, το 7,7% πολύ συχνά, ενώ το 13,8% δε νιώθει ποτέ αυτή την επιθυμία. Επίσης, το 16,9% δεν

μπορούν ποτέ να αντισταθούν σε νόστιμα φαγητά, το 26,2% μπορούν σπάνια, το 25,4% μερικές φορές, το 22,3% συχνά και το 9,2% πολύ συχνά αντιστέκονται.

Πίνακας 34: Αν δείτε άλλους να τρώνε, έχετε κι εσείς την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή; (30)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	18	13,8
σπάνια	38	29,2
μερικές φορές	41	31,5
συχνά	23	17,7
πολύ συχνά	10	7,7
Total	130	100,0

Πίνακας 35: Μπορείτε να αντισταθείτε στα νόστιμα φαγητά; (31)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	22	16,9
σπάνια	34	26,2
μερικές φορές	33	25,4
συχνά	29	22,3
πολύ συχνά	12	9,2
Total	130	100,0

Η πλειοψηφία (43,8%) ποτέ δεν τρώνε περισσότερο από ότι συνήθως όταν βλέπουν άλλους να τρώνε, το 28,5% το κάνουν σπάνια, το 16,9% μερικές φορές, το 4,6% συχνά και το 6,2% πολύ συχνά. Τέλος, το 20,8% πολύ συχνά τσιμπολογούν όταν ετοιμάζουν ένα γεύμα, το 20% το κάνουν συχνά, το 29,2% μερικές φορές, το 19,2% σπάνια και το 10,8% ποτέ δεν τσιμπολογούν όταν ετοιμάζουν ένα γεύμα.

Πίνακας 36: Τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο, όταν βλέπετε άλλους να τρώνε; (32)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	57	43,8
σπάνια	37	28,5
μερικές φορές	22	16,9
συχνά	6	4,6
πολύ συχνά	8	6,2

Total	130	100,0
-------	-----	-------

Πίνακας 37: Όταν ετοιμάζετε ένα γεύμα μπαίνετε σε πειρασμό να τσιμπολογήσετε κάτι; (33)

	Frequency	Percent
Valid ποτέ	14	10,8
σπάνια	25	19,2
μερικές φορές	38	29,2
συχνά	26	20,0
πολύ συχνά	27	20,8
Total	130	100,0

Οι ερωτήσεις του DEBQ χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες, με βάση τις οποίες καθορίζεται η διατροφική συμπεριφορά του κάθε παιδιού. Οι ερωτήσεις 1-10 διαμορφώνουν την κατηγορία «Περιορισμένο φαγητό», οι 11-23 την κατηγορία «Συναισθηματικό φαγητό» και οι ερωτήσεις 24-33 την κατηγορία «εξωτερικό φαγητό». Σε όποια από τις τρεις υποκατηγορίες, ο κάθε συμμετέχων συγκεντρώσει το μεγαλύτερο σκορ, είναι αυτή στην οποία ανήκει. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε πως το 66,5% ανήκει στην κατηγορία του εξωτερικού φαγητού, δηλαδή τρώνε γιατί «ζηλεύουν» αυτά που βλέπουν γύρω τους, το 21,5% τρώνε περιορισμένα, δηλαδή προσέχουν το βάρος τους, και το 11,5% τρώνε συναισθηματικά, δηλαδή ανάλογα με τη διάθεσή τους.

Πίνακας 38: Διατροφική συμπεριφορά

	Frequency	Percent
Valid Περιορισμένο φαγητό	28	21,5
Συναισθηματικό φαγητό	15	11,5
Εξωτερικό φαγητό	87	66,9
Total	130	100,0

Crosstabulation (Διασταυρώσεις)

Φύλο

Διασταυρώνοντας το φύλο με τις απαντήσεις σχετικά με το φαγητό και τις διατροφικές συνήθειες, μπορεί να διαπιστωθεί κατά πόσο το φύλο σχετίζεται με τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στο φαγητό.

Βλέπουμε πως ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson) είναι 0,173, κάτι που υποδεικνύει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της διατροφικής συμπεριφοράς. Επίσης, το επίπεδο σημαντικότητας (Sig.) είναι μικρότερο από 0,05 (0,049), κάτι που δείχνει σημαντική συσχέτιση των κοριτσιών.

Πίνακας 39: Συσχέτιση φύλου με διατροφική συμπεριφορά

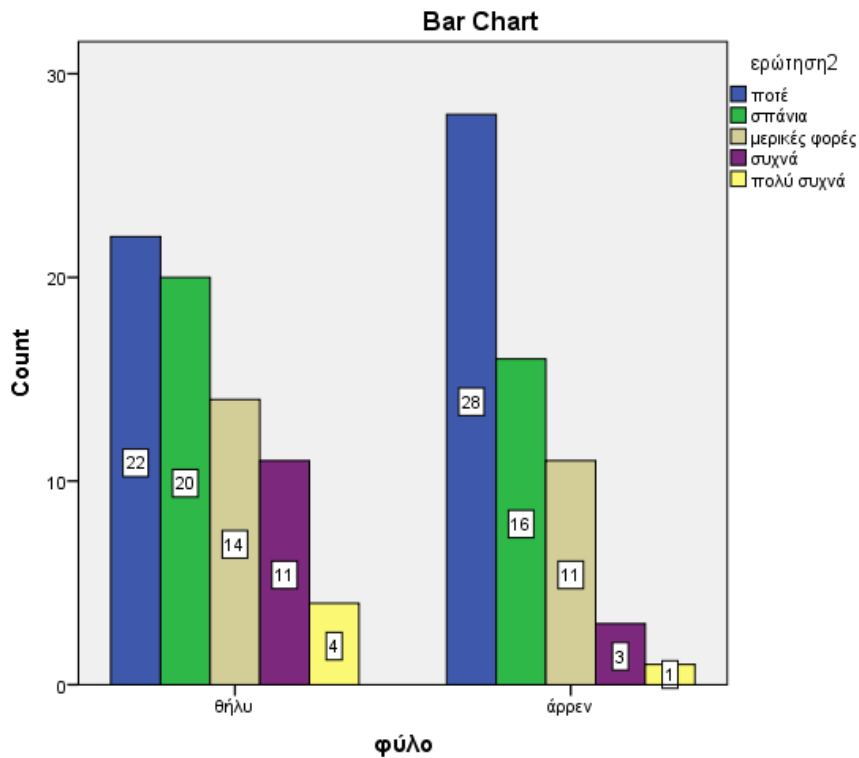
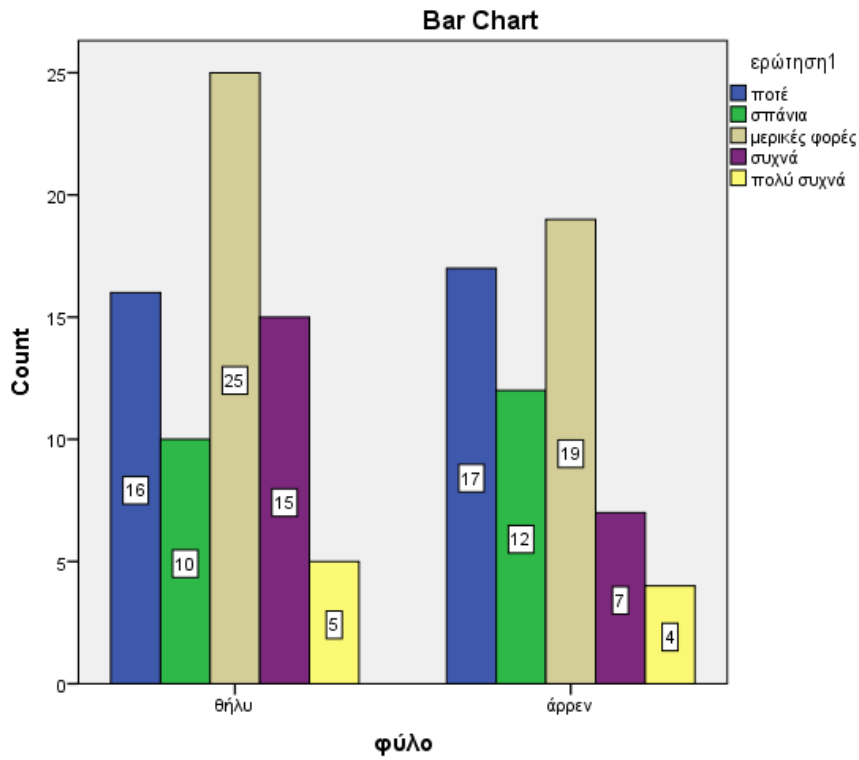
		Διατροφική συμπεριφορά
Φύλο	PearsonCorrelation	,173*
	Sig. (2-tailed)	,049
	N	130

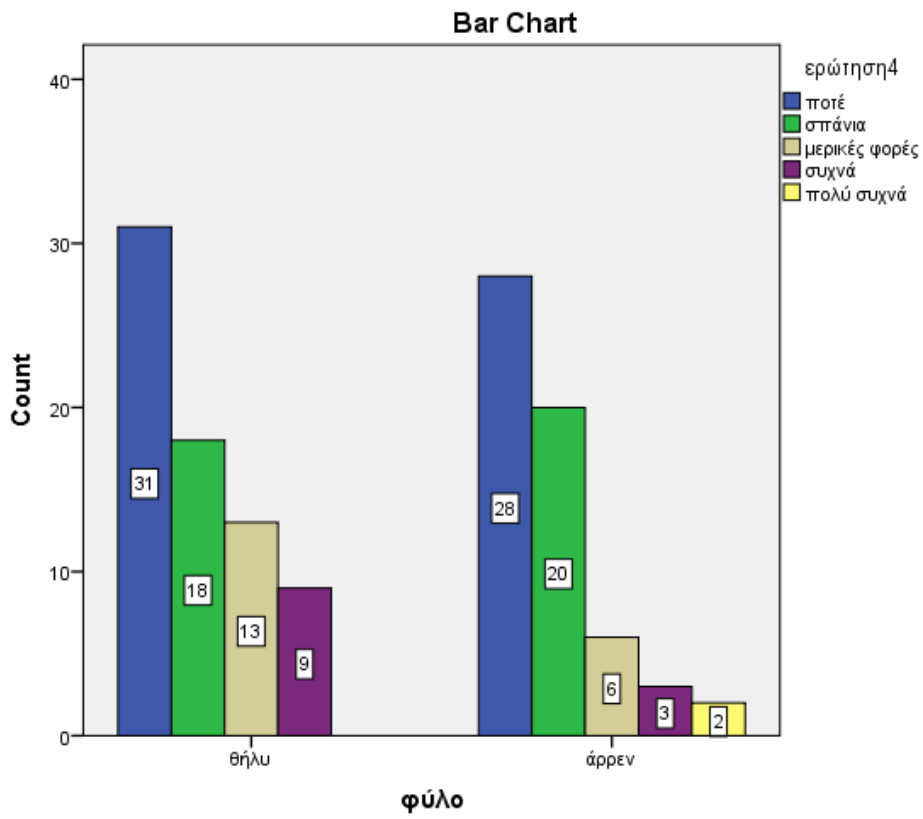
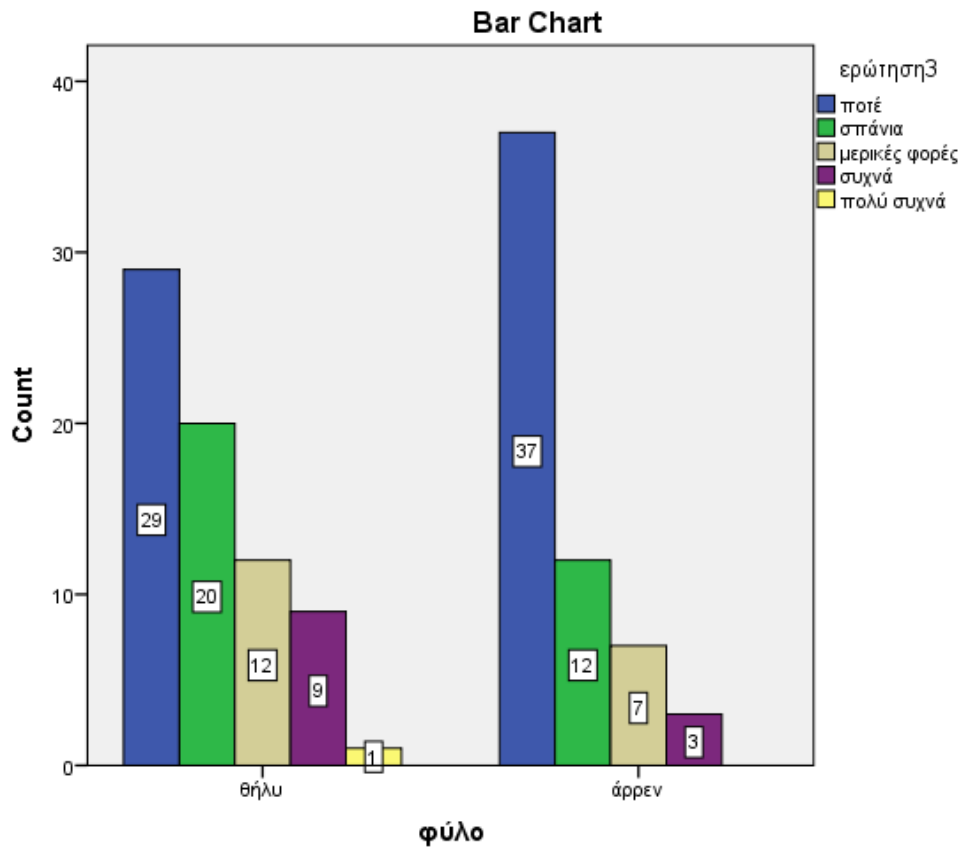
Οι ερωτήσεις 1-10 αναφέρονται στις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων και το κατά πόσο προσπαθούν να ελέγξουν τις ποσότητες που καταναλώνουν ώστε να προσέχουν το βάρος τους. Βλέπουμε πως εδώ το φύλο δεν παίζει μεγάλο ρόλο καθώς και τα δύο φύλα, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν ελέγχουν ποτέ τις ποσότητες που καταναλώνουν και ελάχιστοι το κάνουν πολύ συχνά.

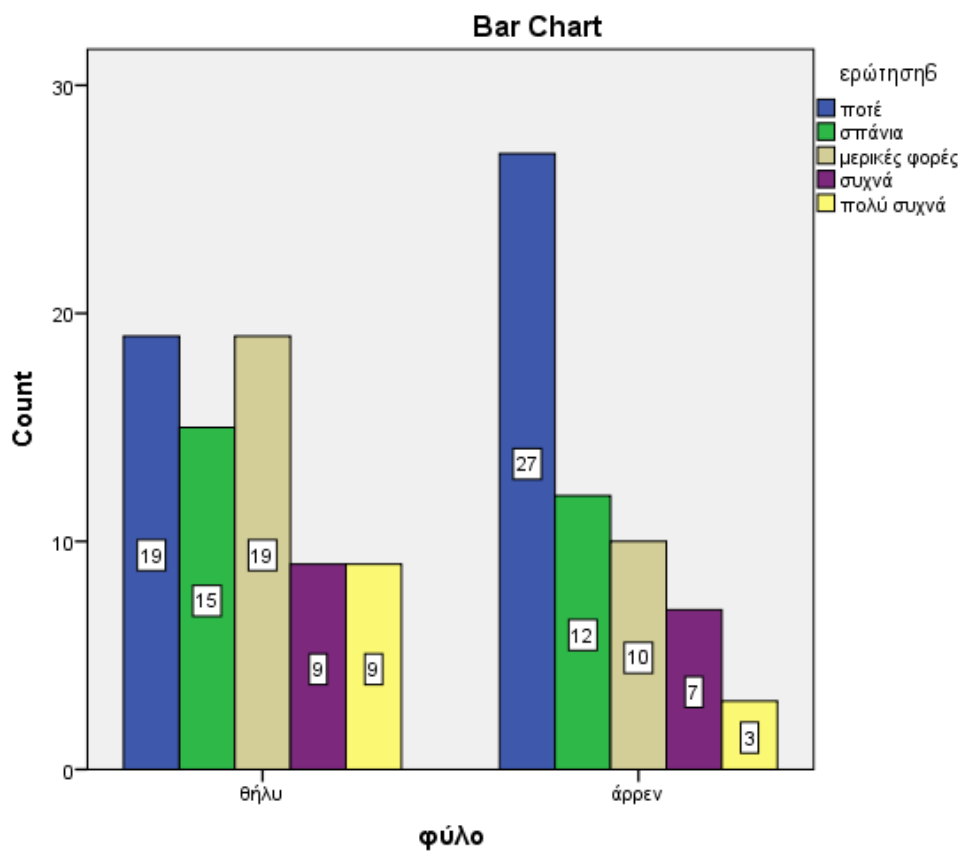
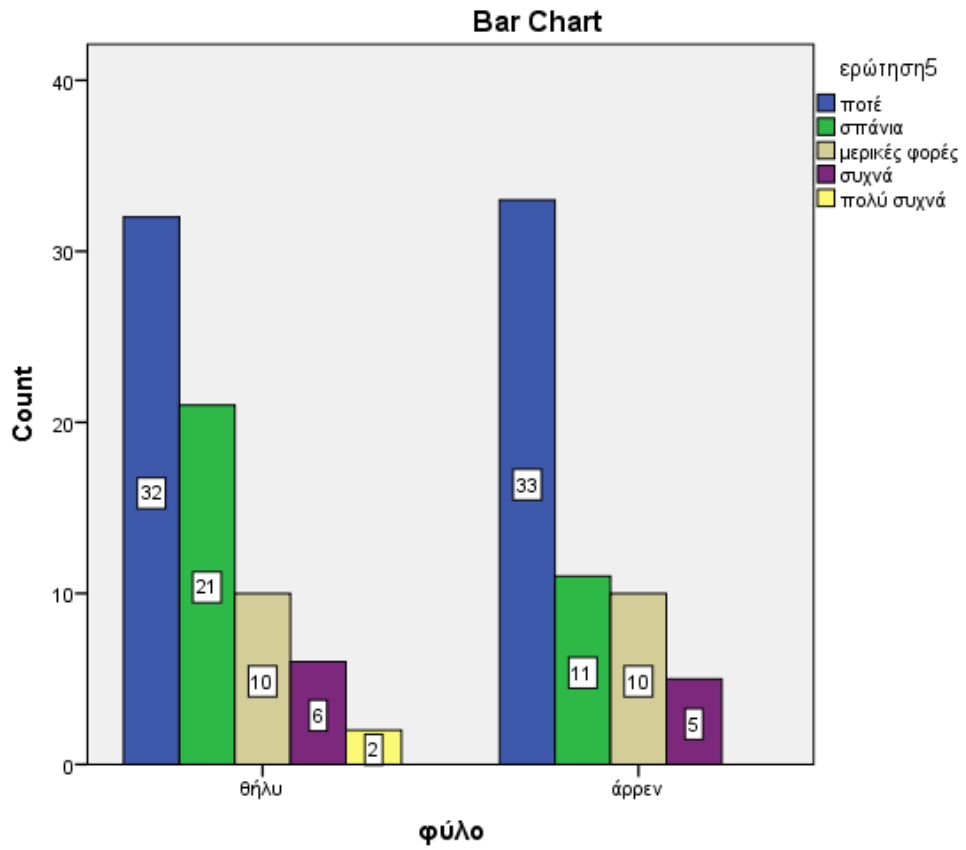
Οι ερωτήσεις 11-23 αφορούν την κατανάλωση φαγητού σε περιπτώσεις άγχους, έντασης, ανησυχίας, φόβου εκνευρισμού και γενικότερα σε καταστάσεις συναισθηματικής φόρτισης. Εδώ παρατηρείται πως τα αγόρια δεν επηρεάζονται τόσο πολύ από τη συναισθηματική τους κατάσταση στην κατανάλωση φαγητού, ενώ τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης φαγητού σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις. Αυτό μας δείχνει πως τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπείς στη συναισθηματική διατροφή.

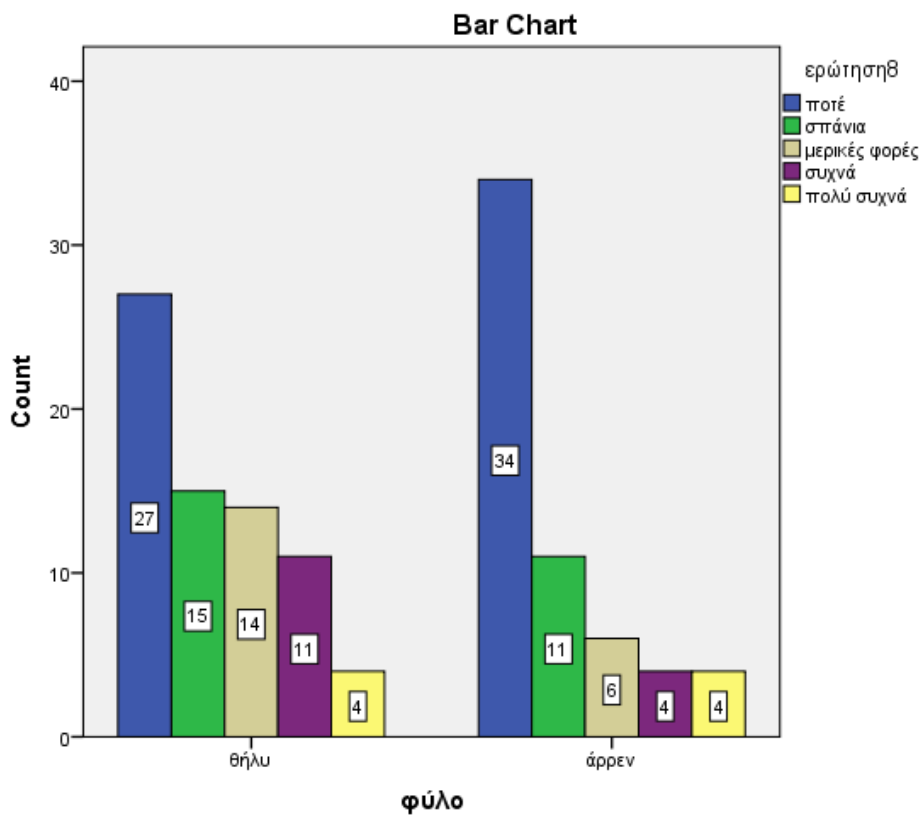
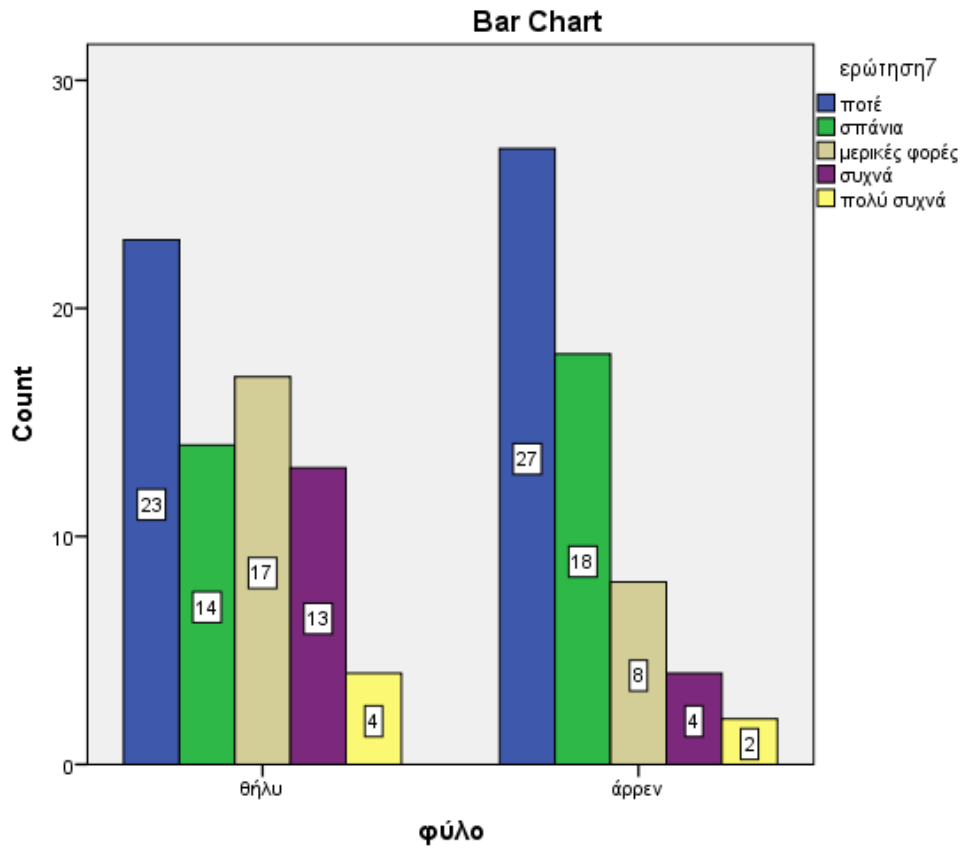
Τέλος, οι ερωτήσεις 24-33 αφορούν την κατανάλωση φαγητού σε περιπτώσεις που το φαγητό είναι νόστιμο, έχει ωραία μυρωδιά ή όψη και σε περιπτώσεις που κάποιος άλλος καταναλώνει φαγητό στον ίδιο χώρο με τους ερωτηθέντες. Εδώ, παρόλο που και τα αγόρια δείχνουν να είναι πιο επιρρεπή στην κατανάλωση φαγητού

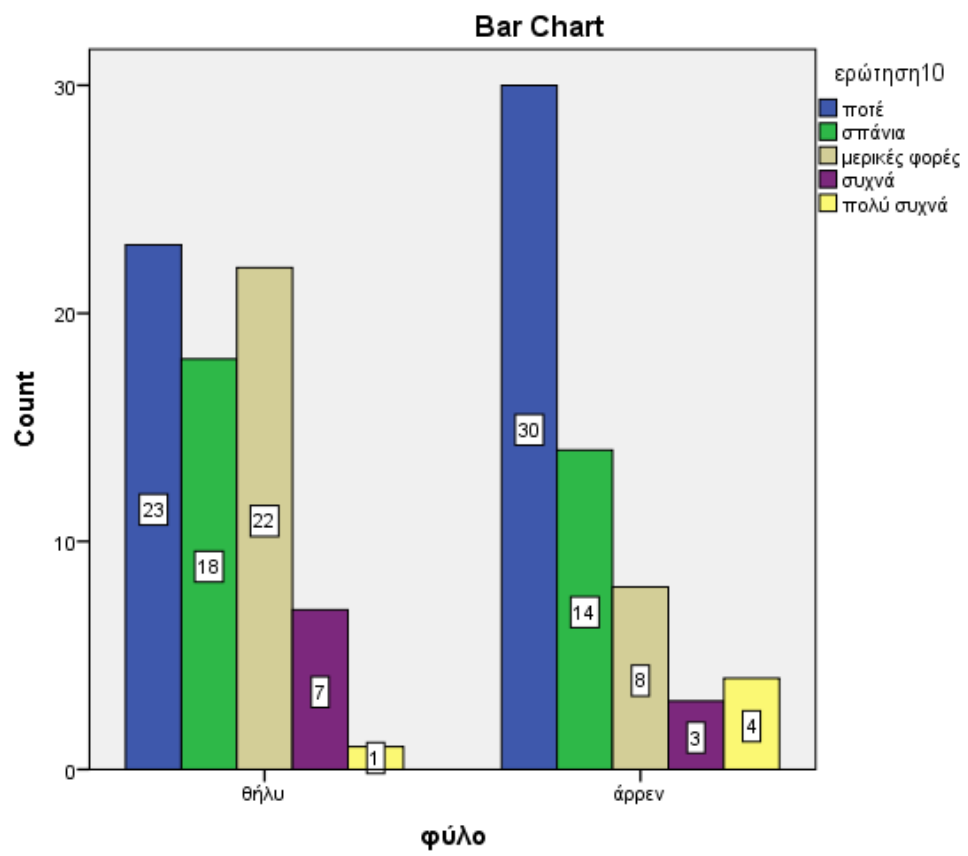
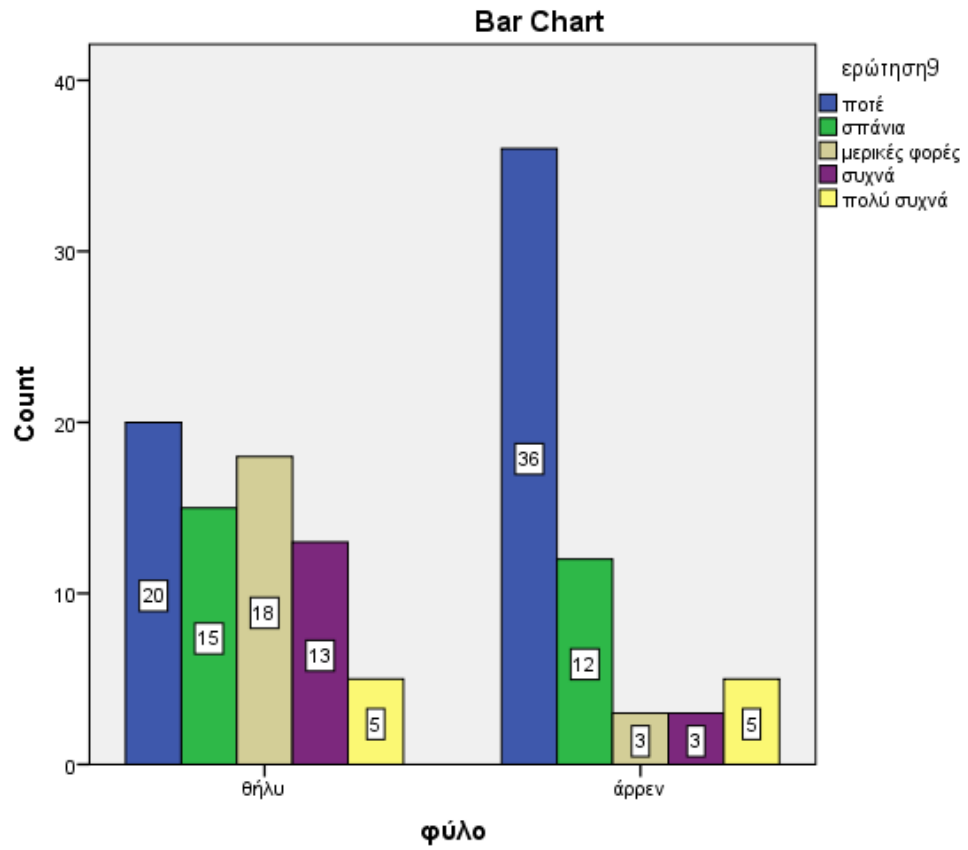
λόγω «λιχουδιάς», τα κορίτσια σημειώνουν και πάλι υψηλότερα ποσοστά. Είναι δηλαδή πιο πιθανό να καταναλώσουν φαγητό ακόμα και αν δεν πεινάνε, επειδή τους άρεσε η γεύση, η μυρωδιά, η όψη του ή είδαν κάποιον άλλον να τρώει.

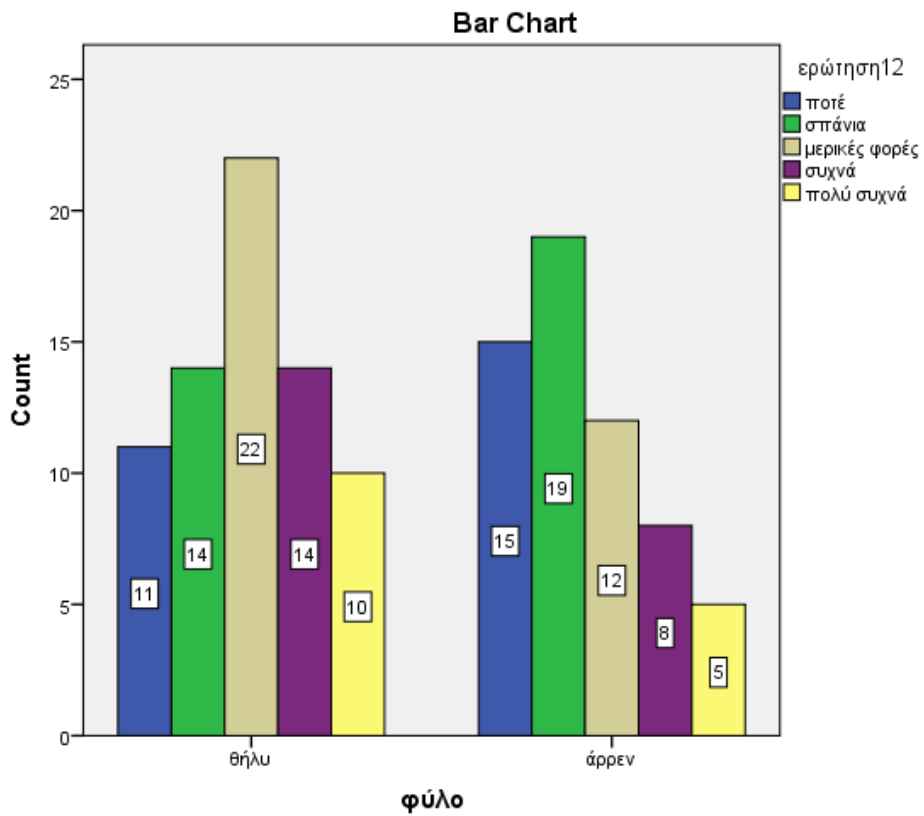
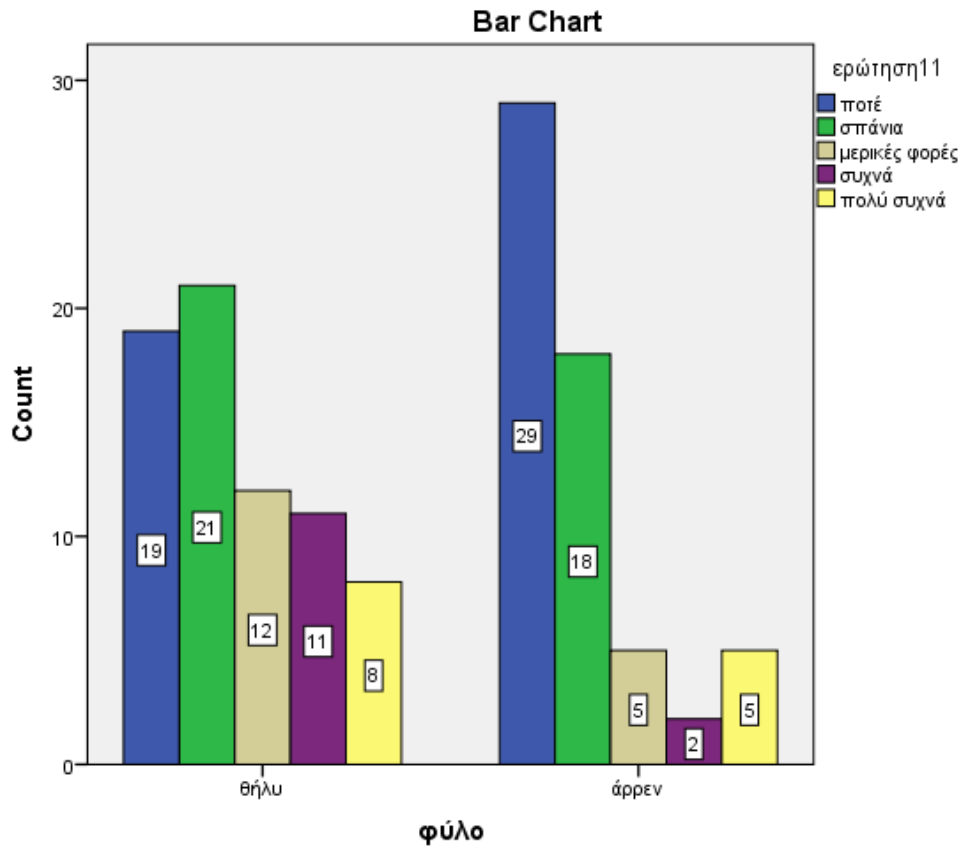


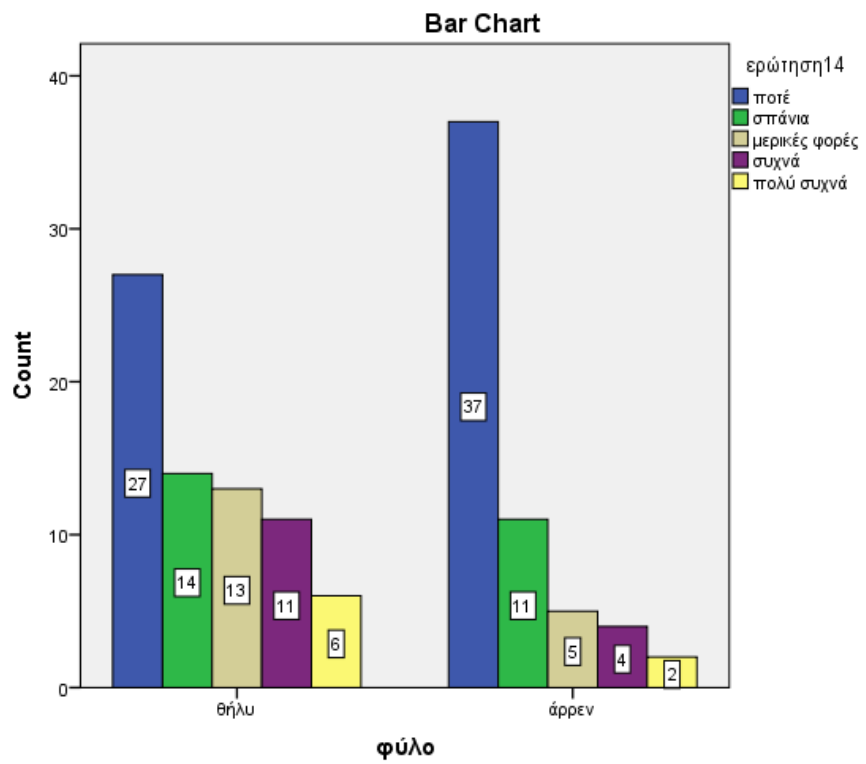
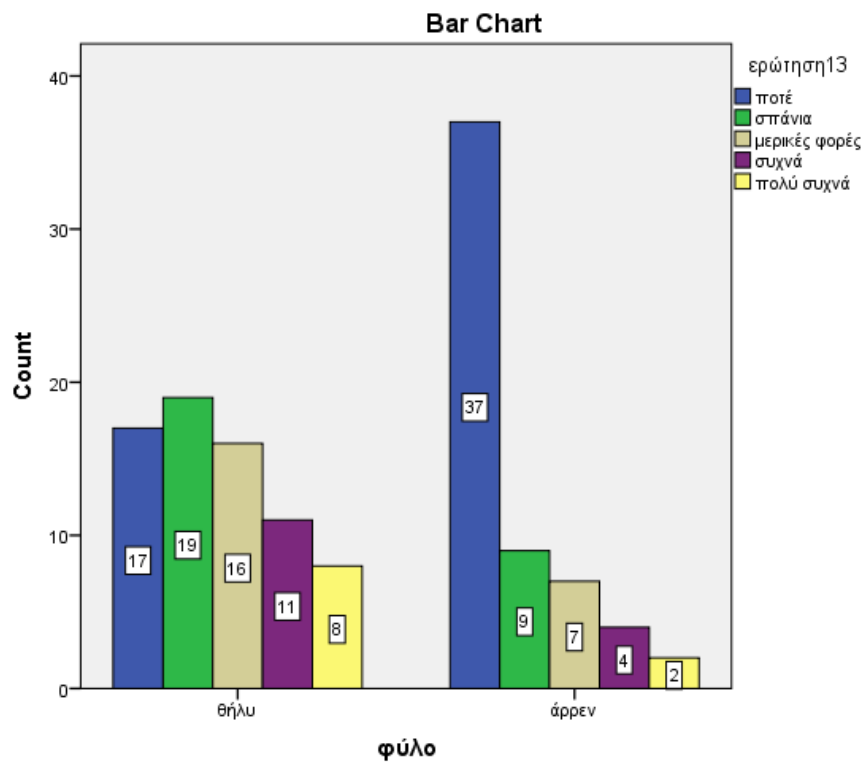


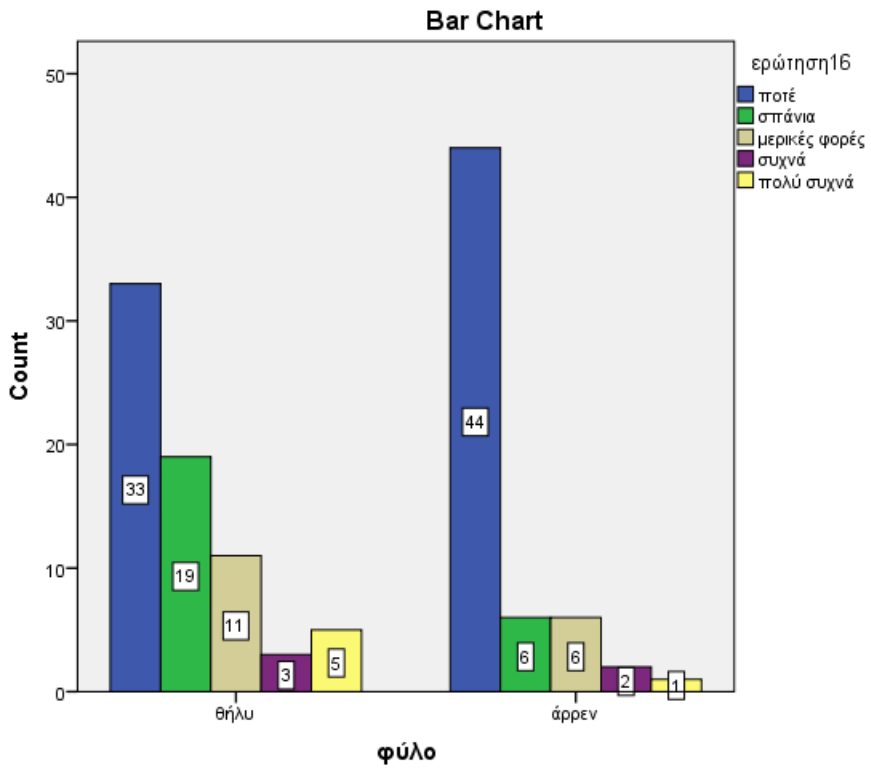
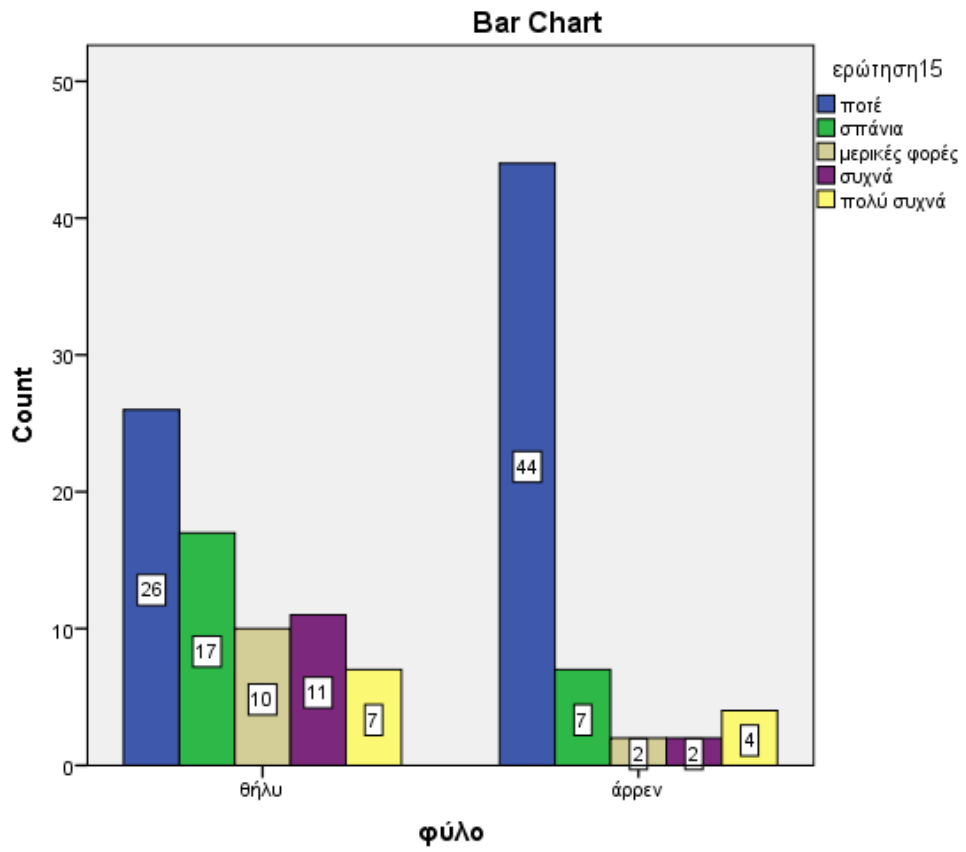


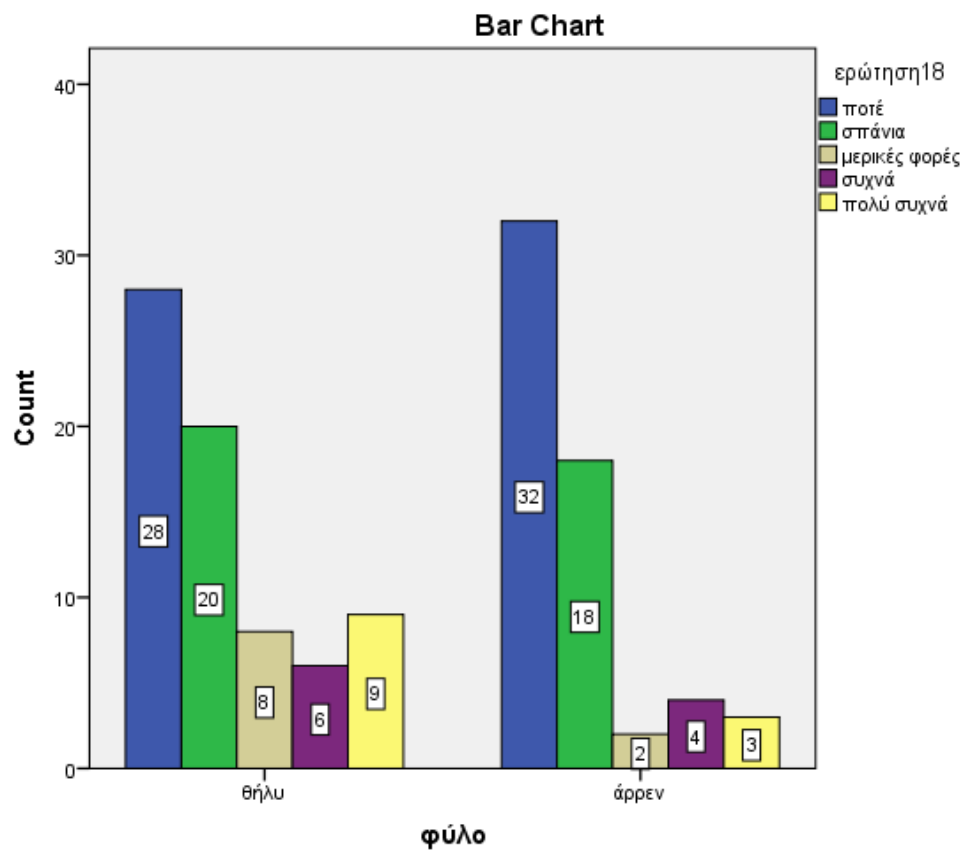
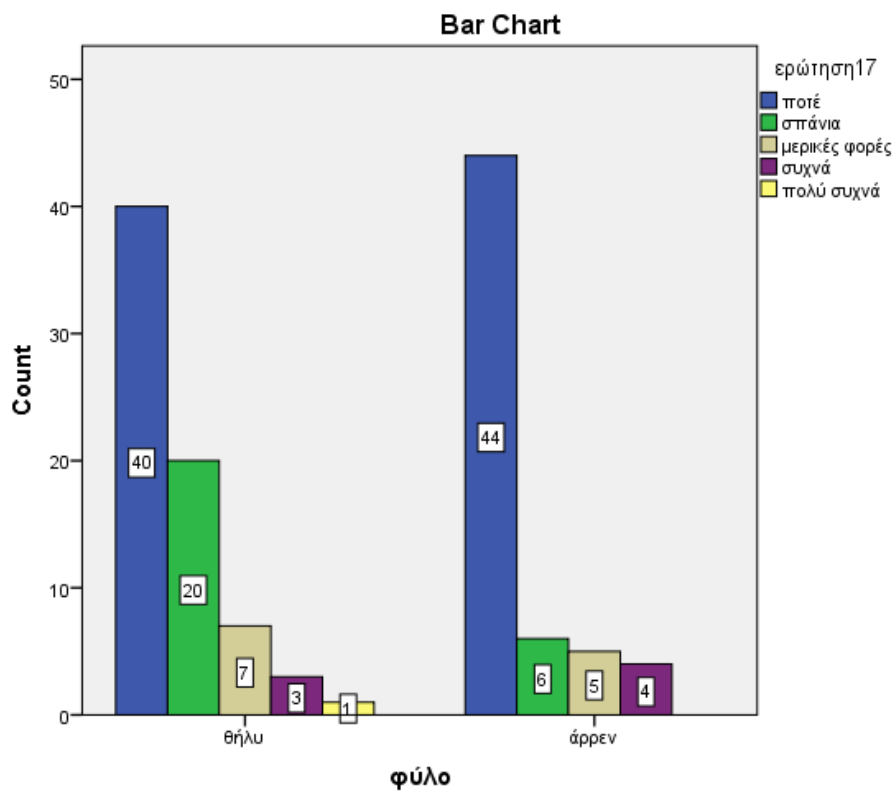


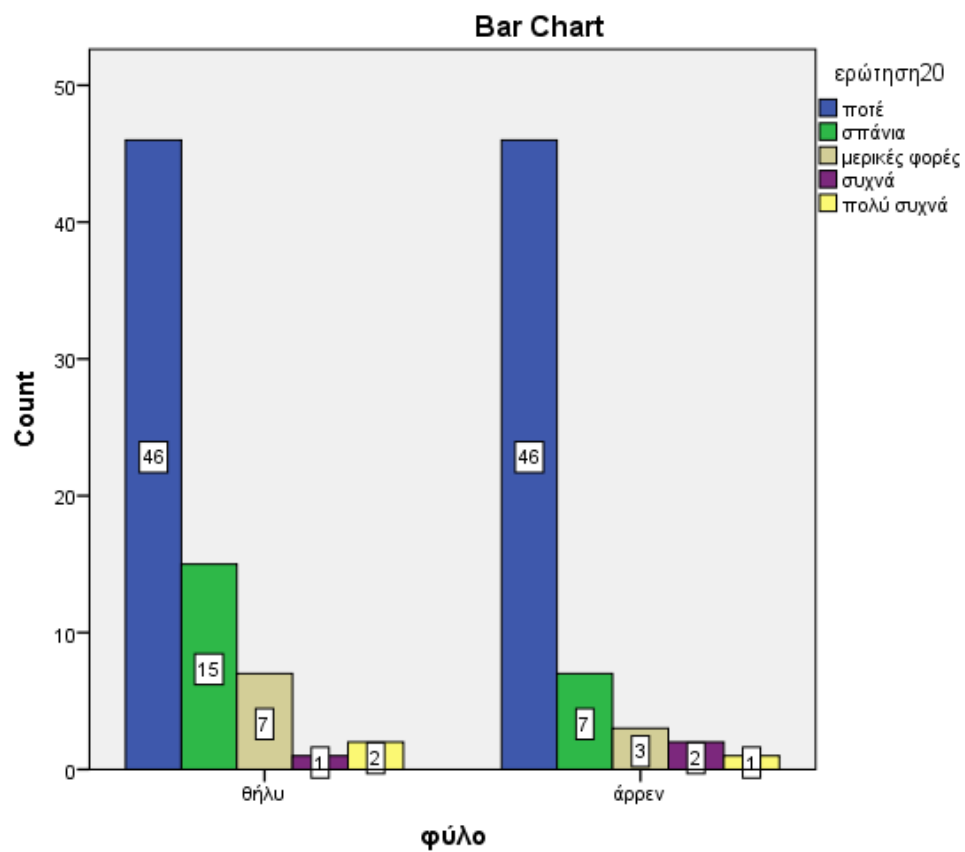
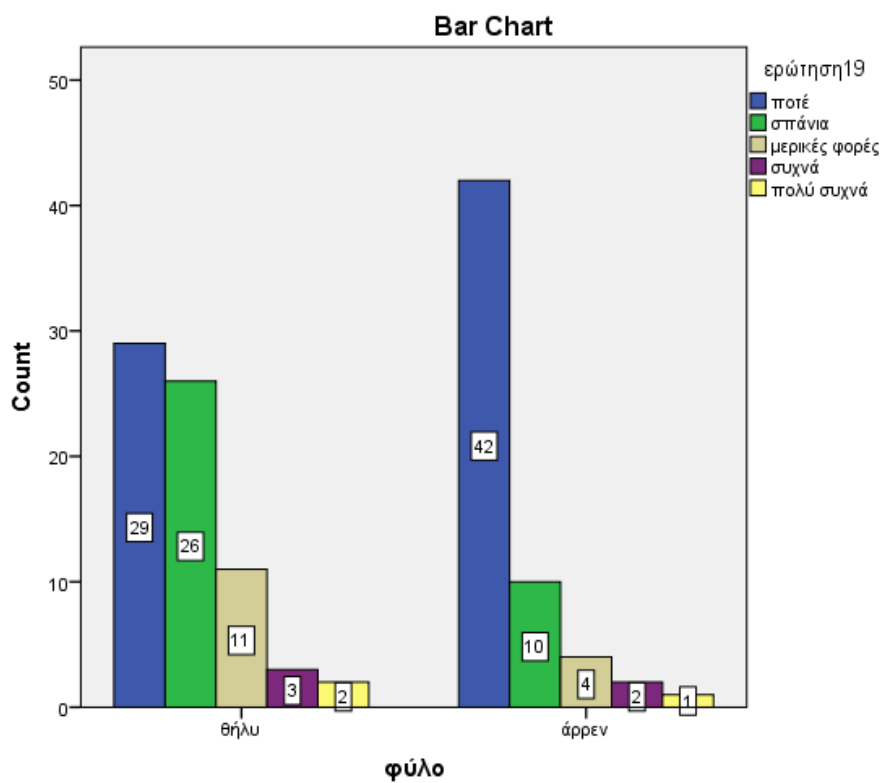


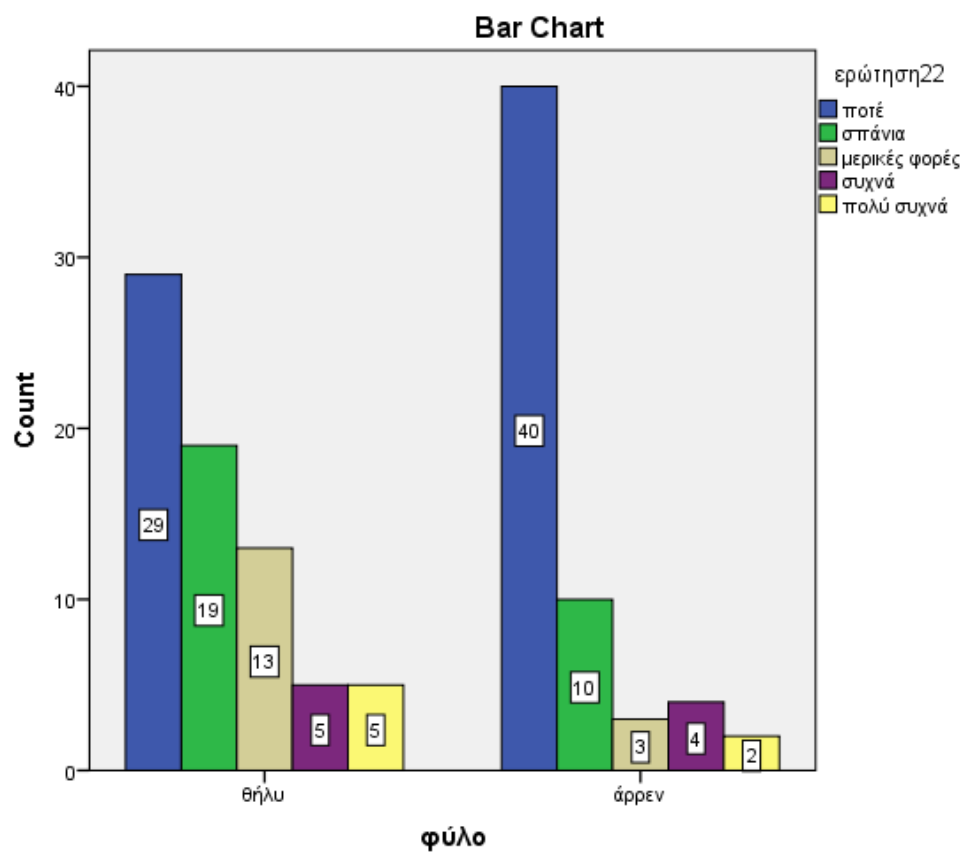
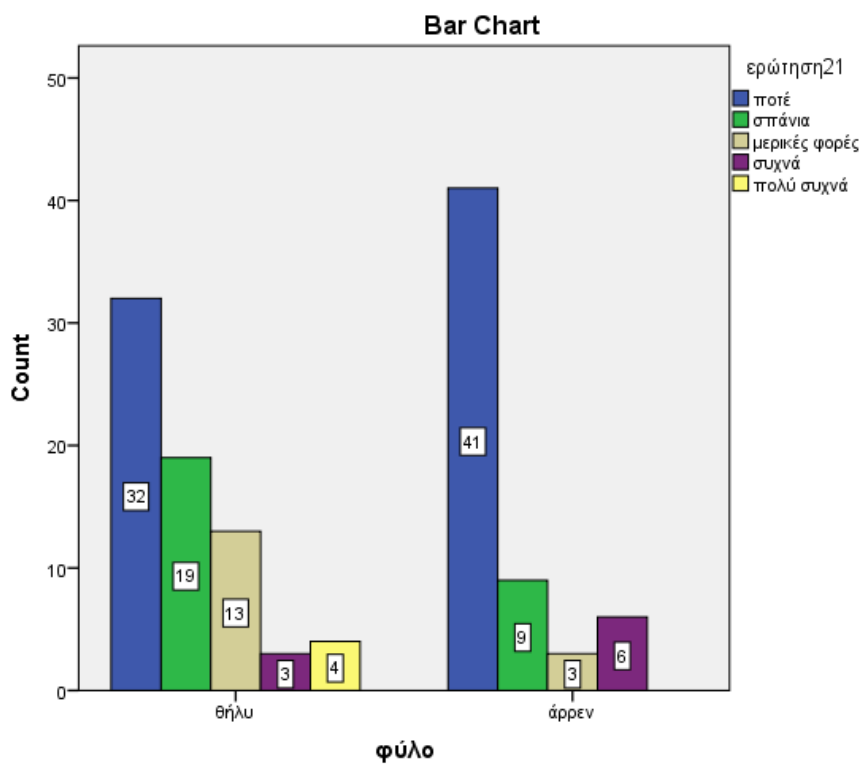


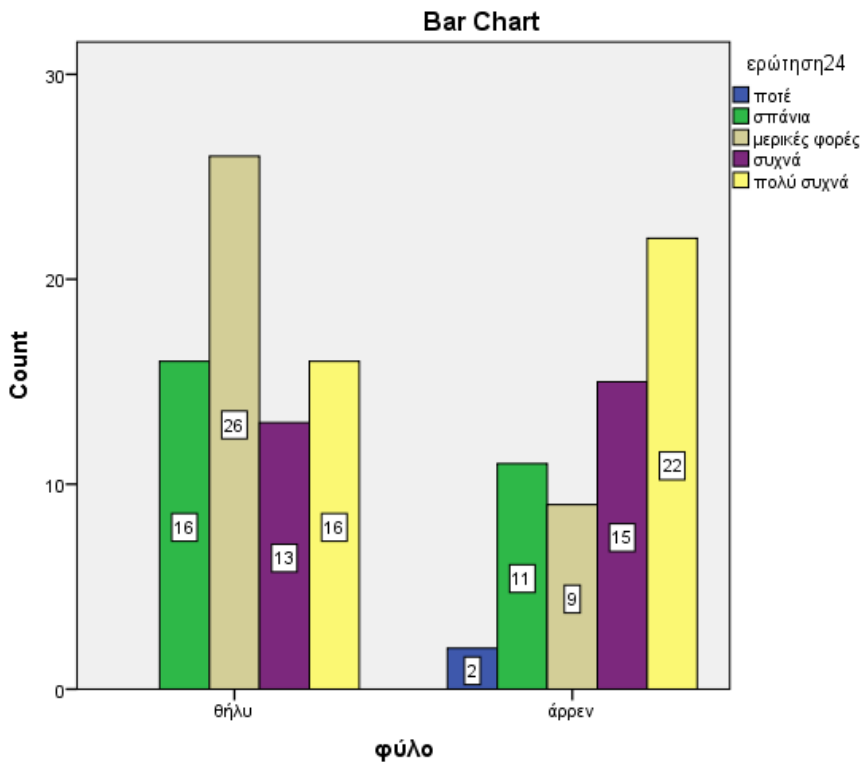
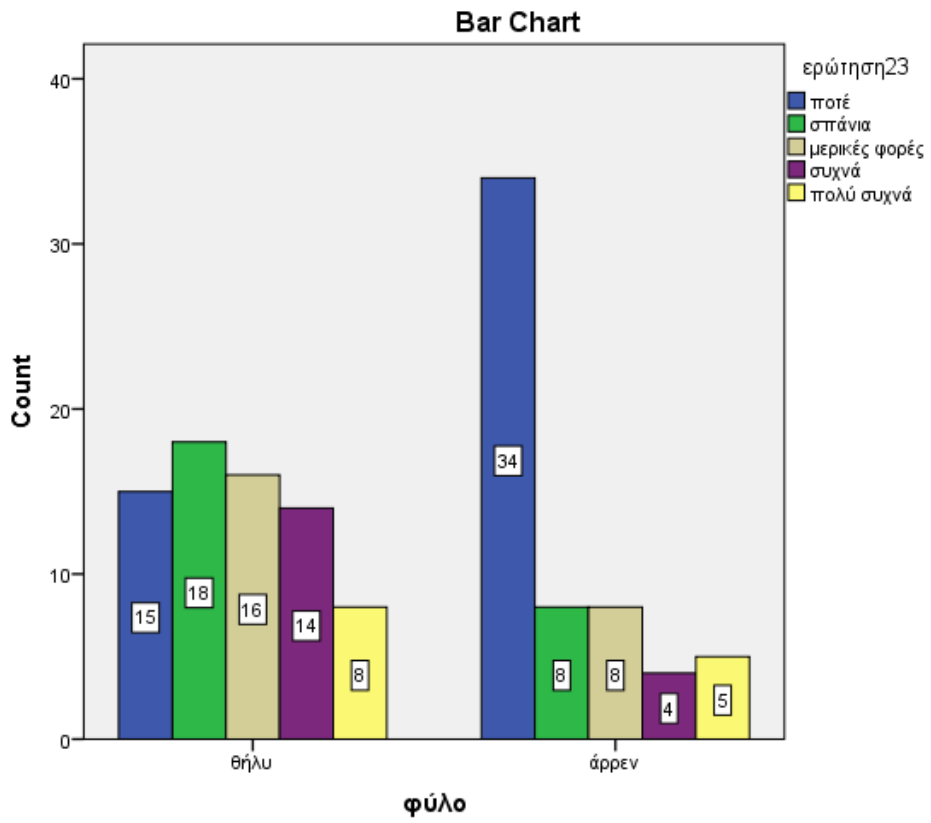


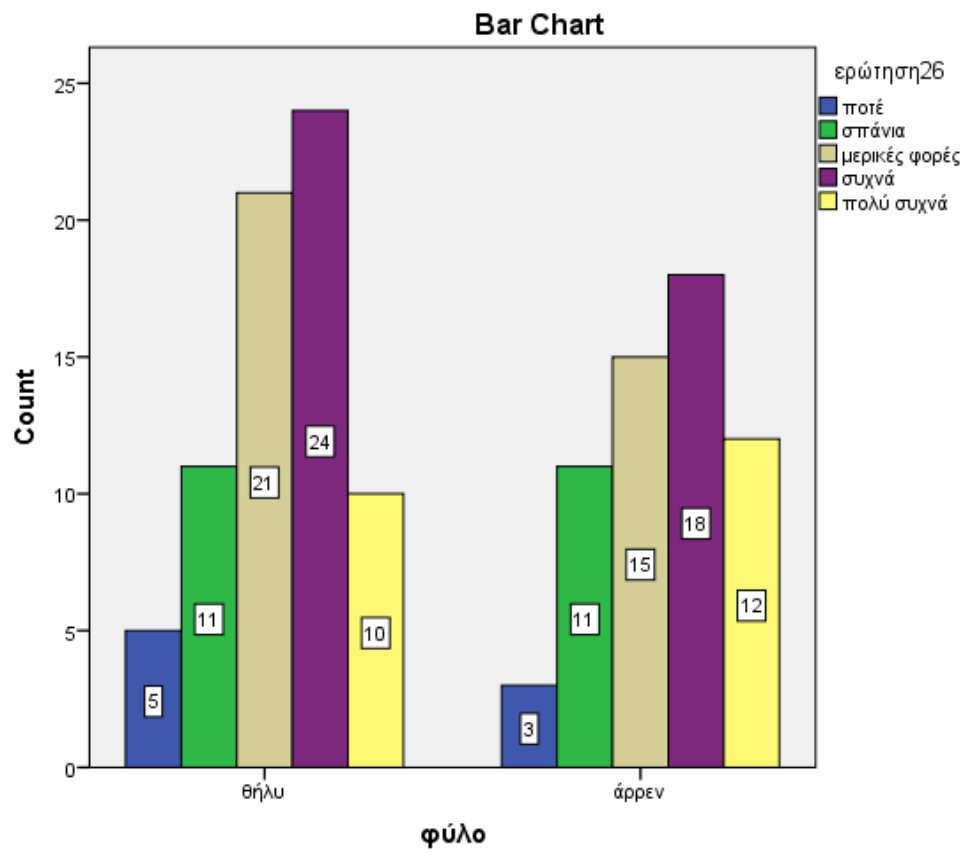
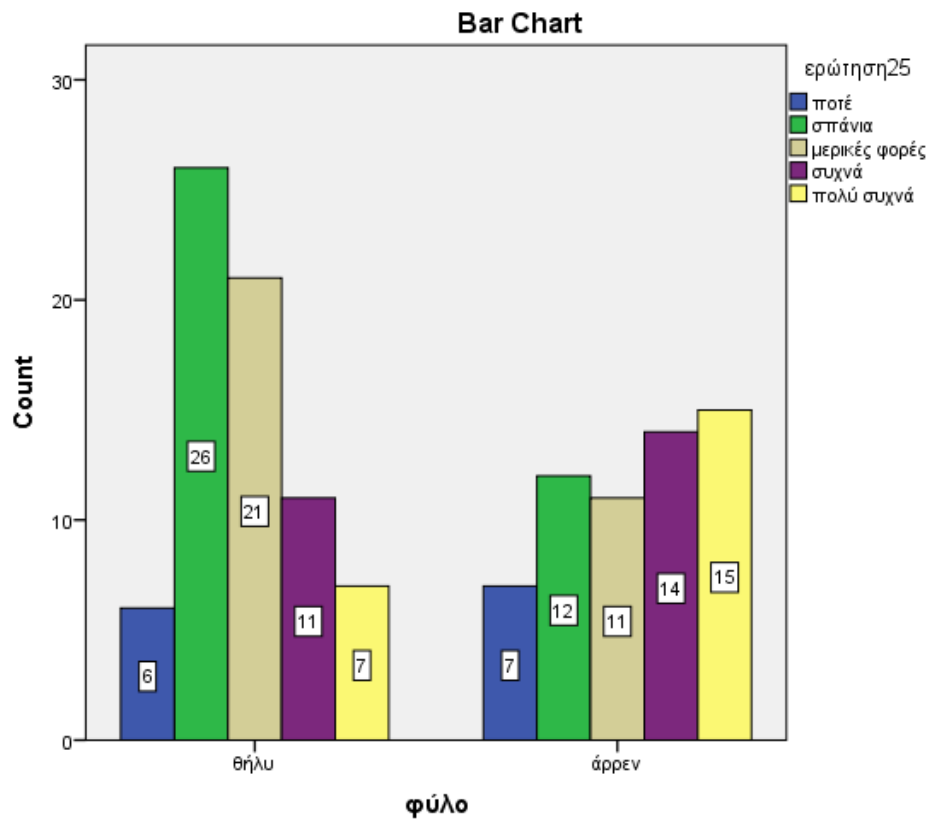


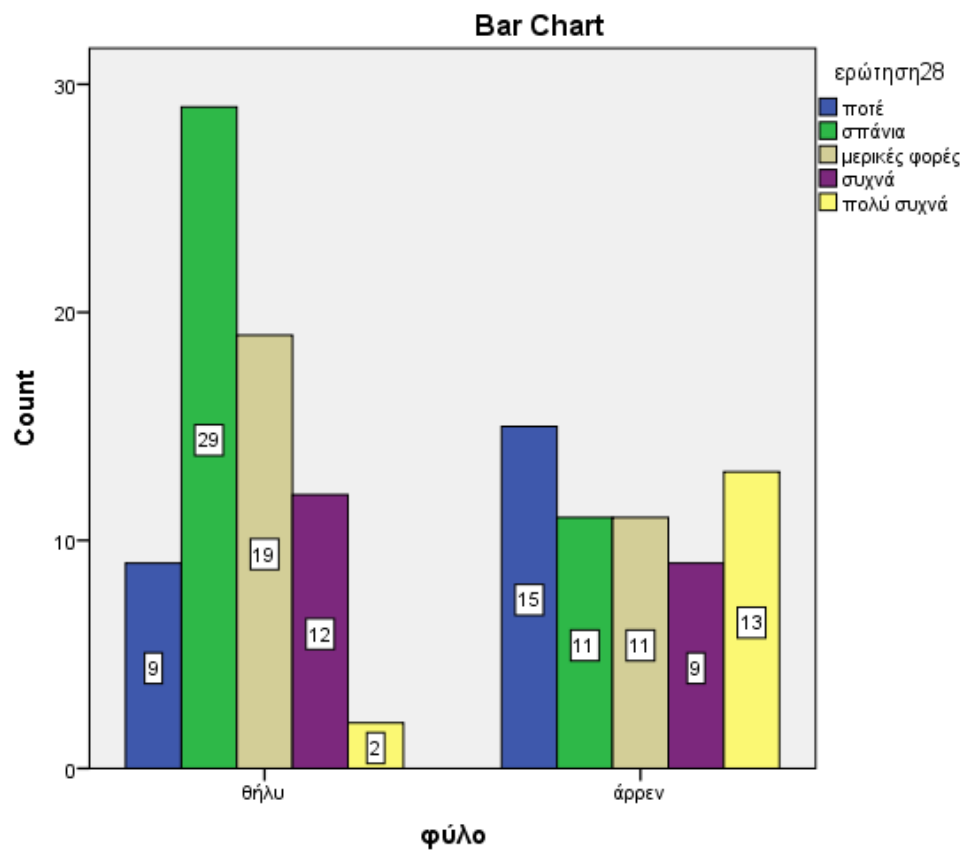
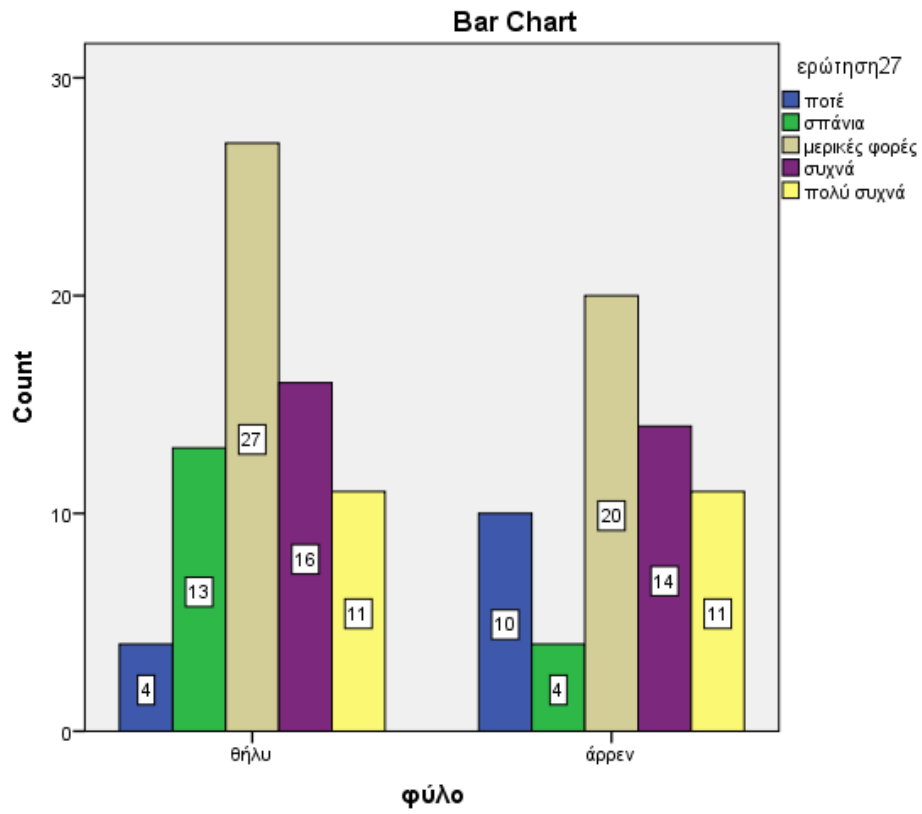


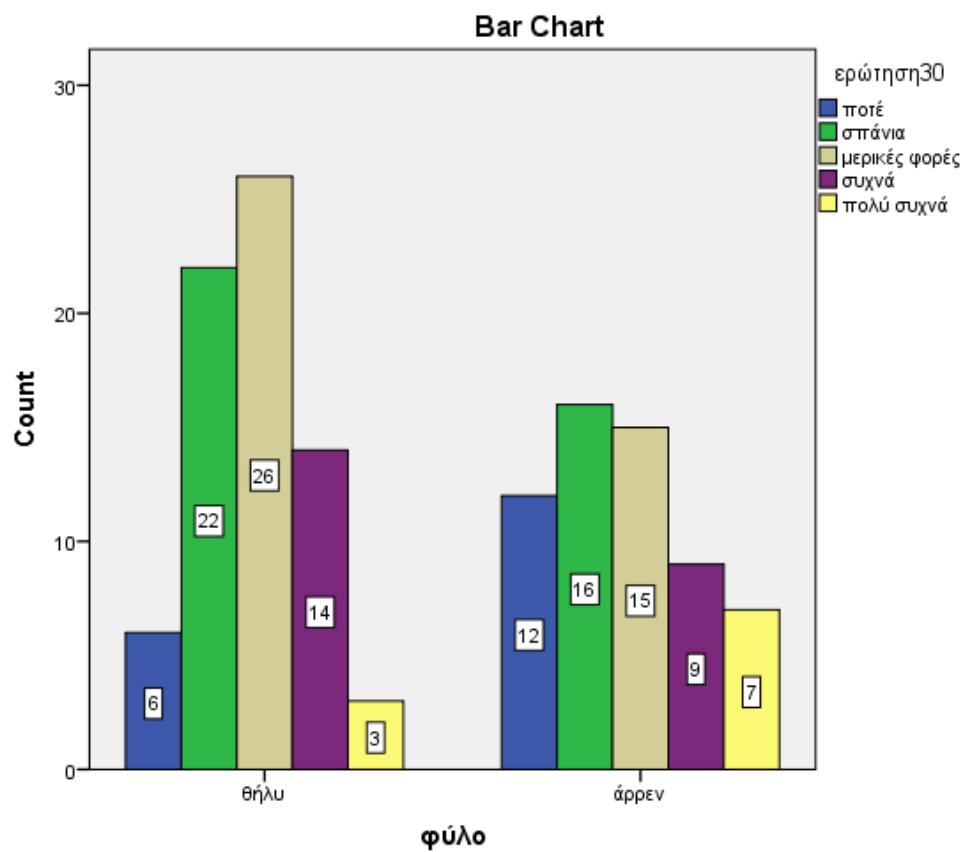
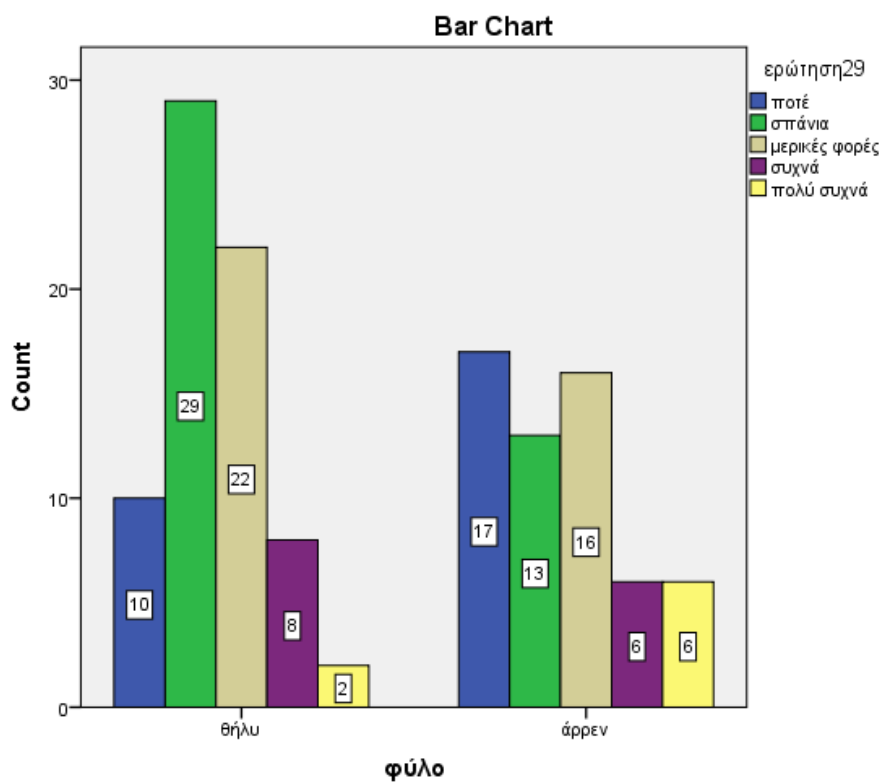


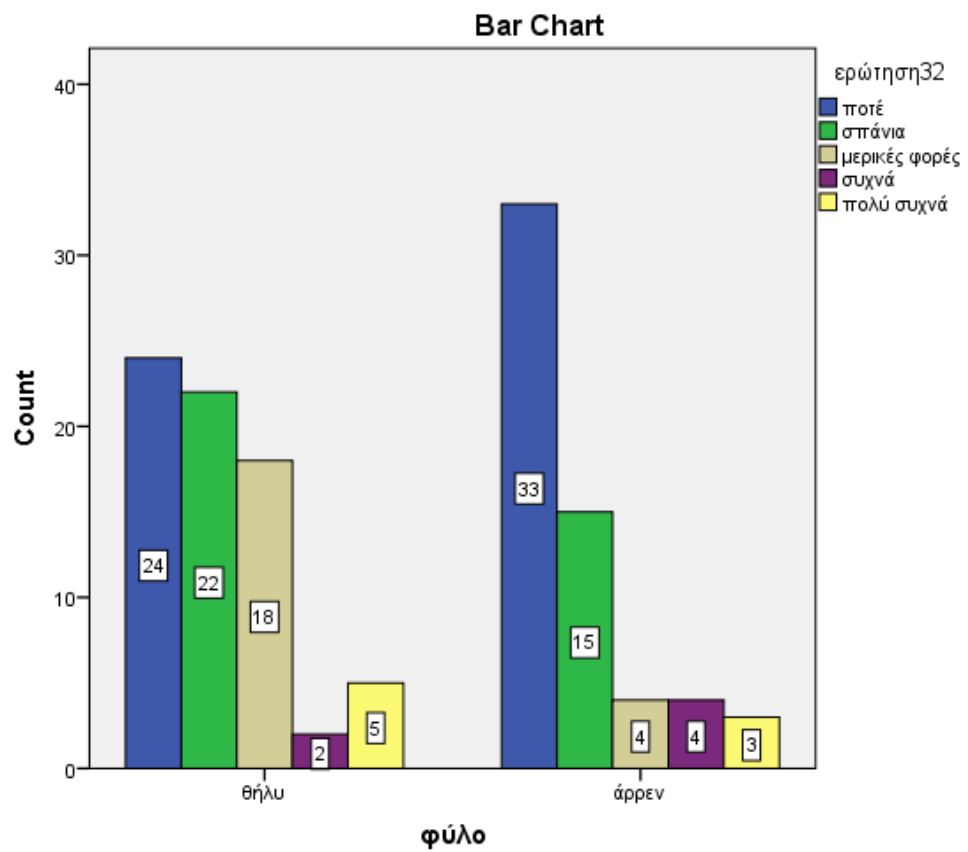
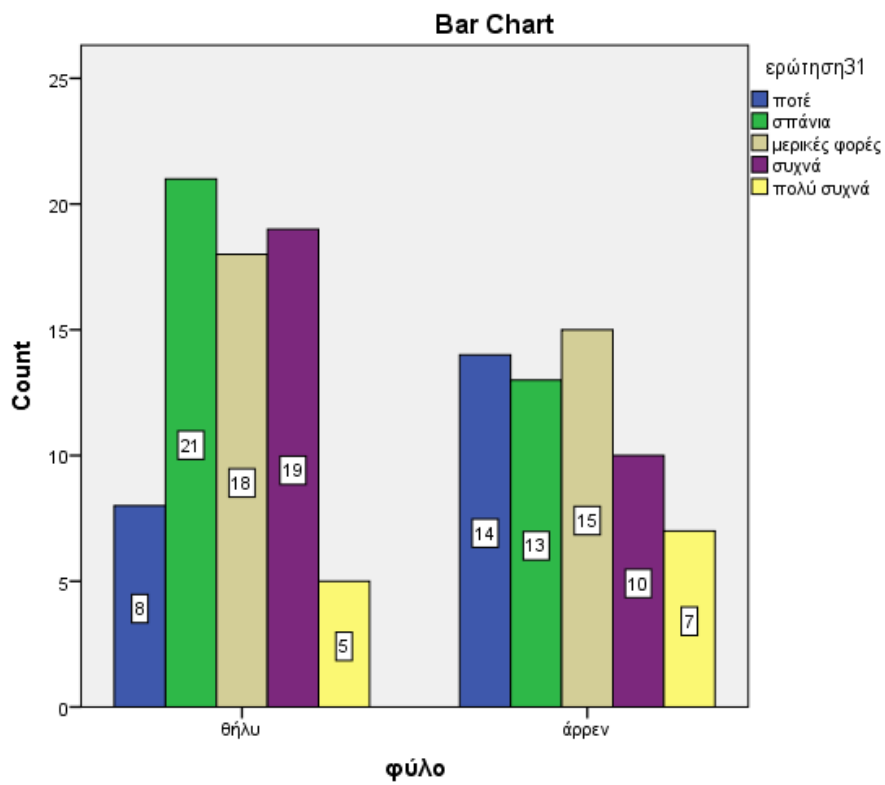


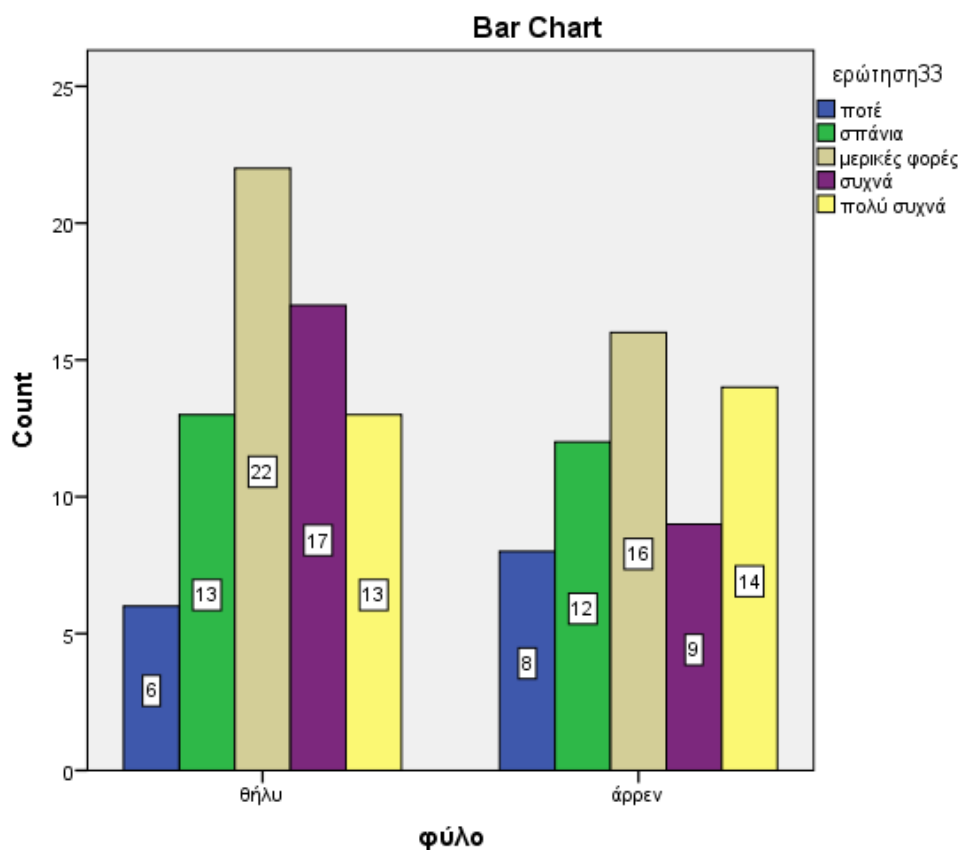












Βάρος

Συσχετίζοντας το βάρος με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, μπορούμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο συνδέεται η συναισθηματική διατροφή και γενικά οι συνήθειες των ερωτηθέντων με το βάρος τους.

Βλέπουμε πως ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson) είναι 0,006, και το επίπεδο σημαντικότητας (Sig.) είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,942) κάτι που υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ του βάρους και της διατροφικής συμπεριφοράς.

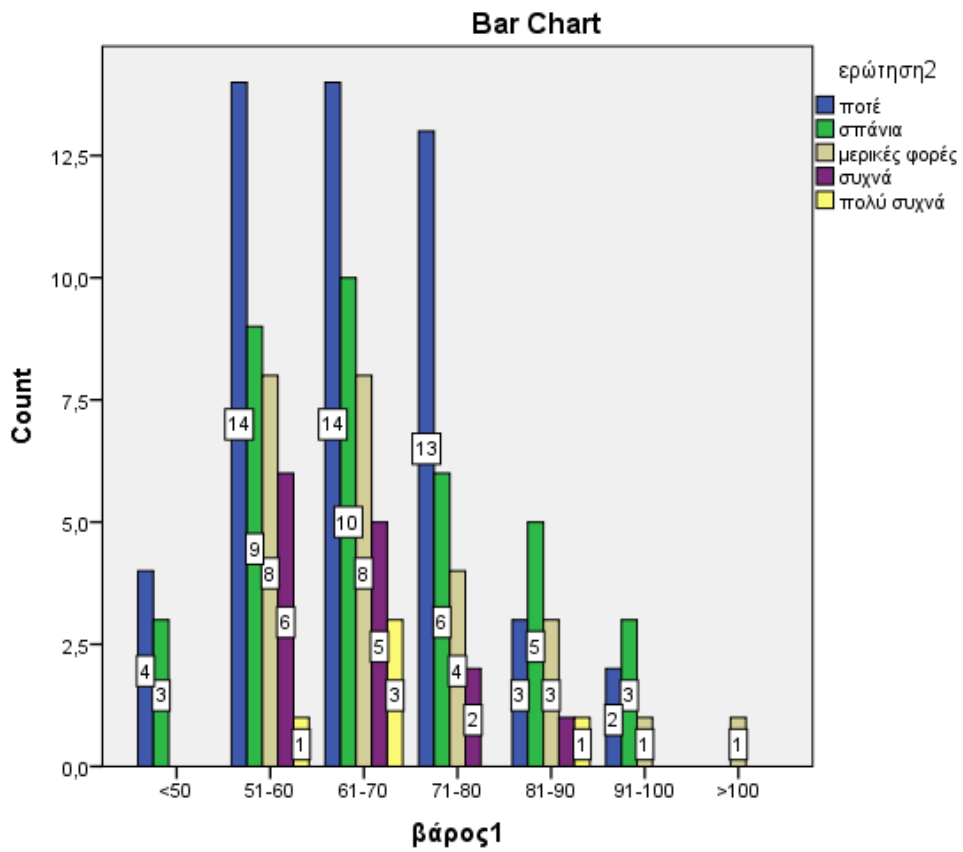
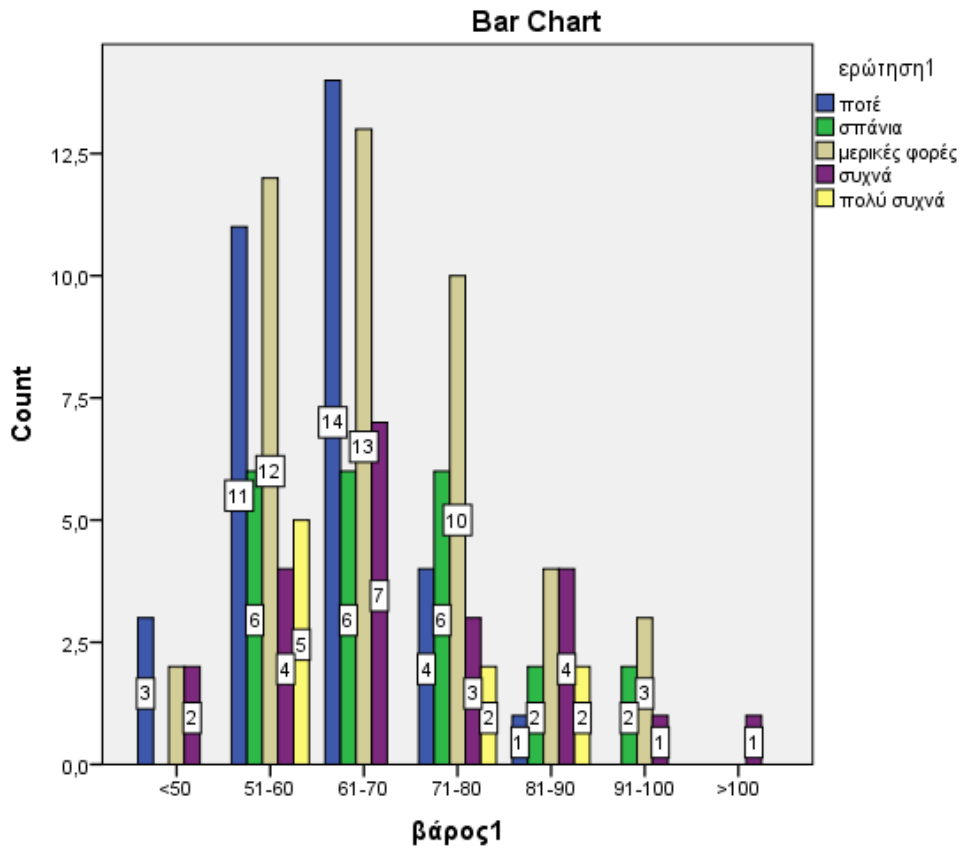
Πίνακας 41: Συσχέτιση βάρους με διατροφική συμπεριφορά

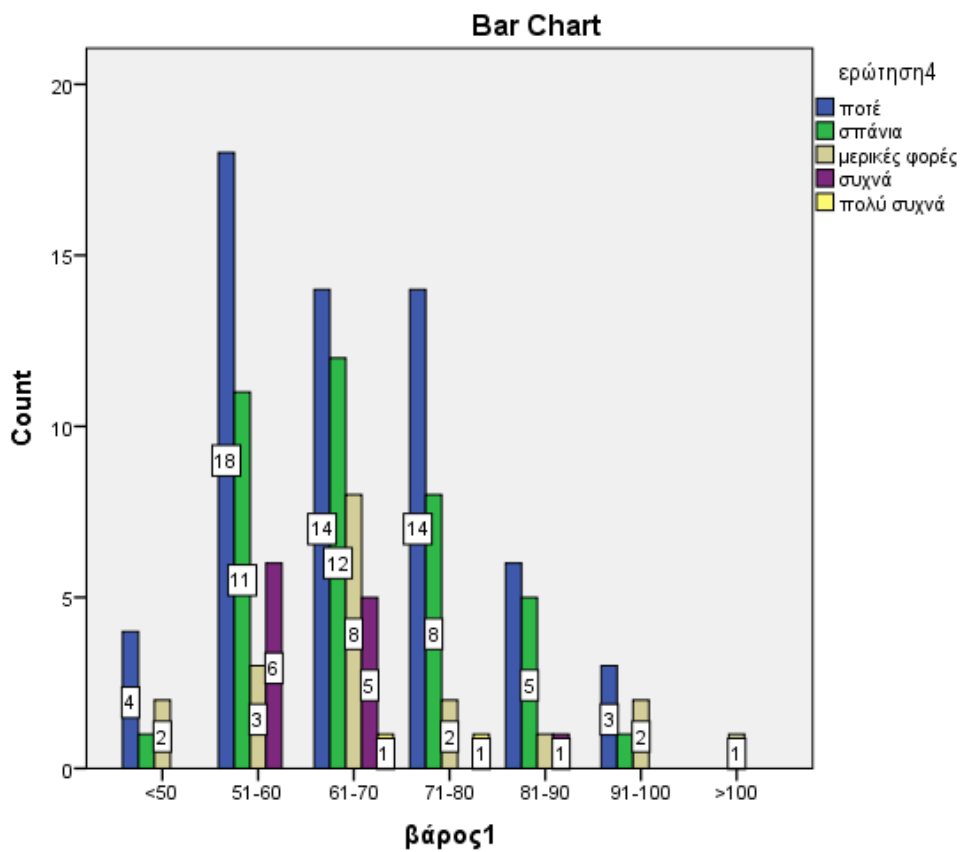
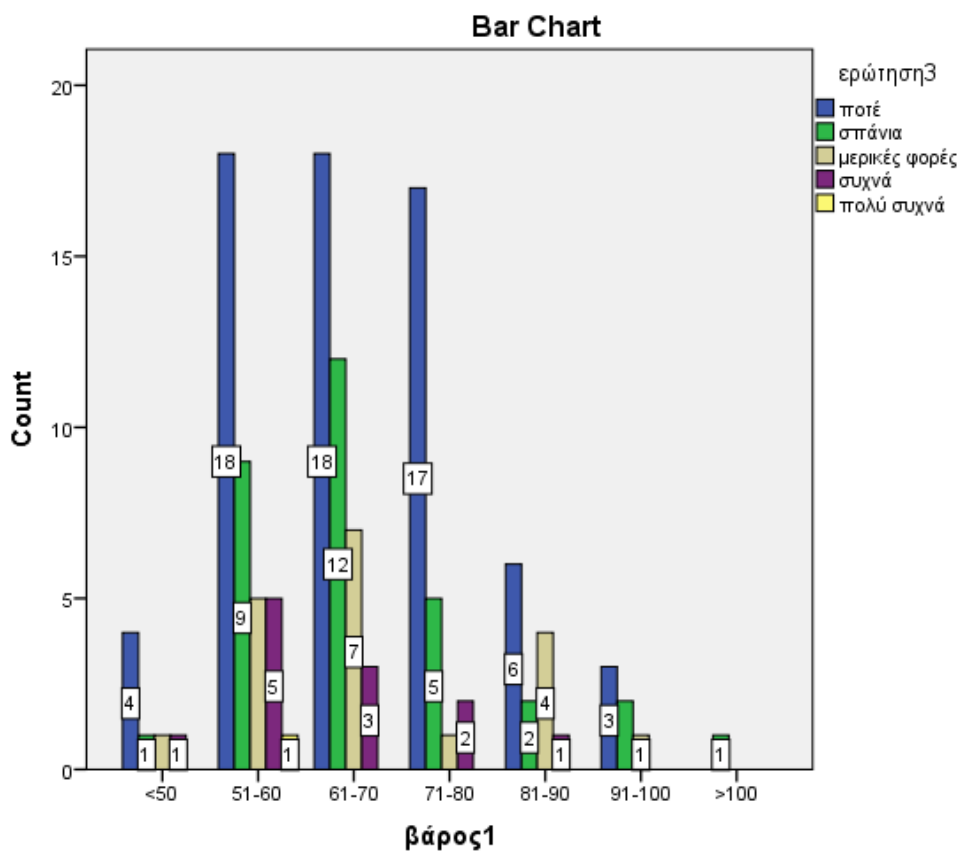
		Διατροφική συμπεριφορά
Βάρος	PearsonCorrelation	,006
	Sig. (2-tailed)	,942
	N	130

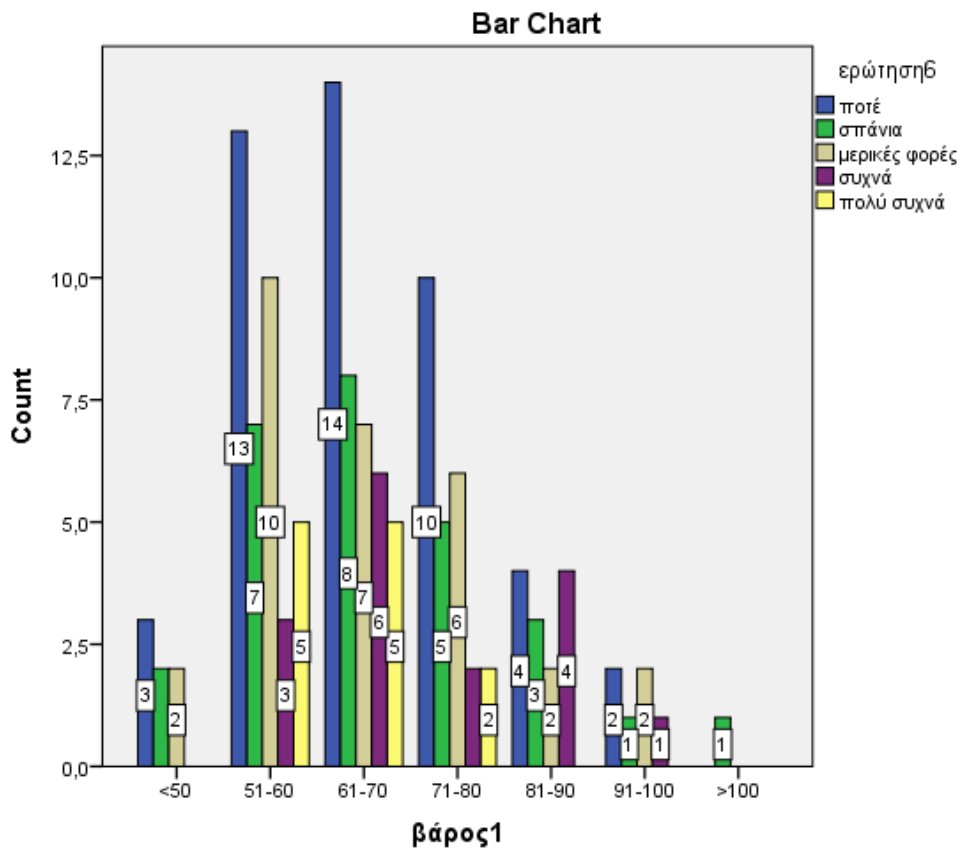
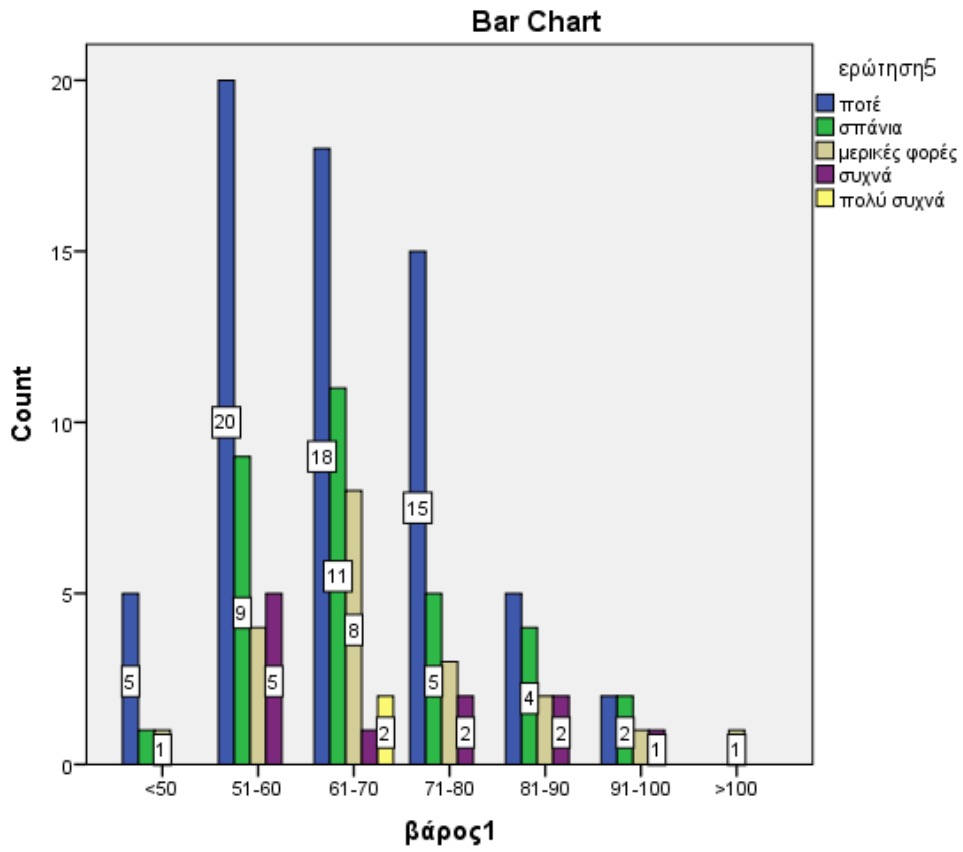
Οι ερωτήσεις 1-10 έχουν να κάνουν με τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων και το κατά πόσο προσπαθούν να ελέγξουν τις ποσότητες που καταναλώνουν ώστε να προσέχουν το βάρος τους. Βλέπουμε πως ανεξαρτήτως βάρους οι περισσότεροι ισχυρίζονται πως ποτέ δεν προσπαθούν να ελέγξουν τις ποσότητες φαγητού που λαμβάνουν.

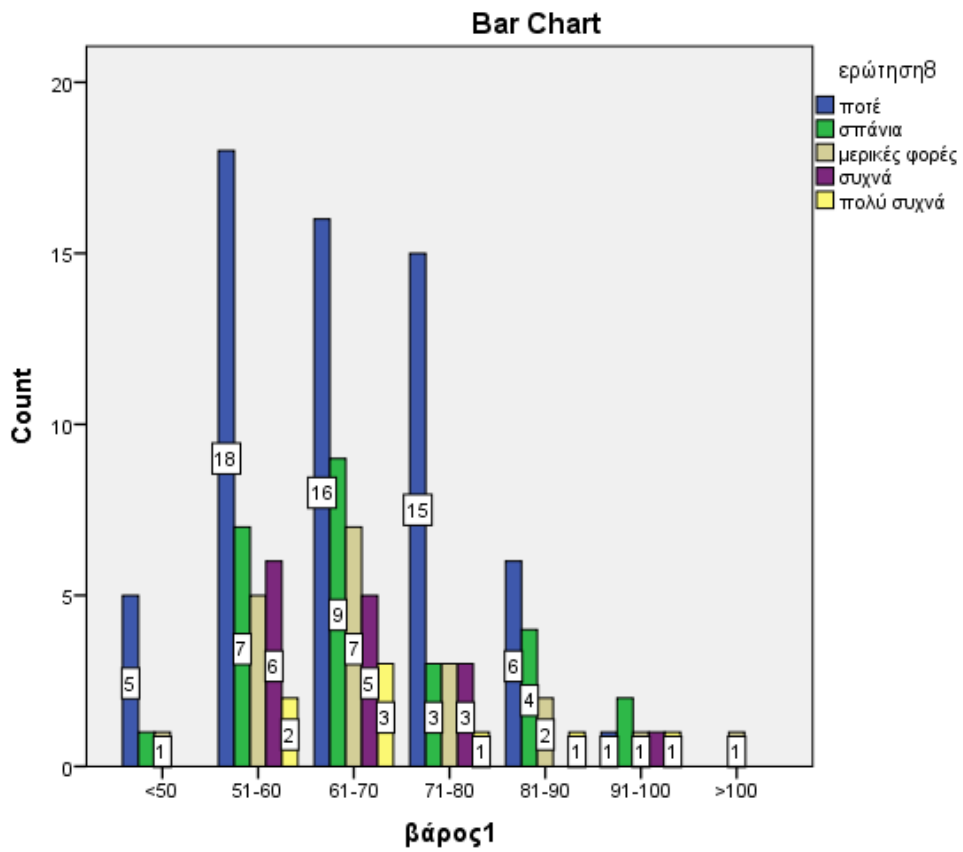
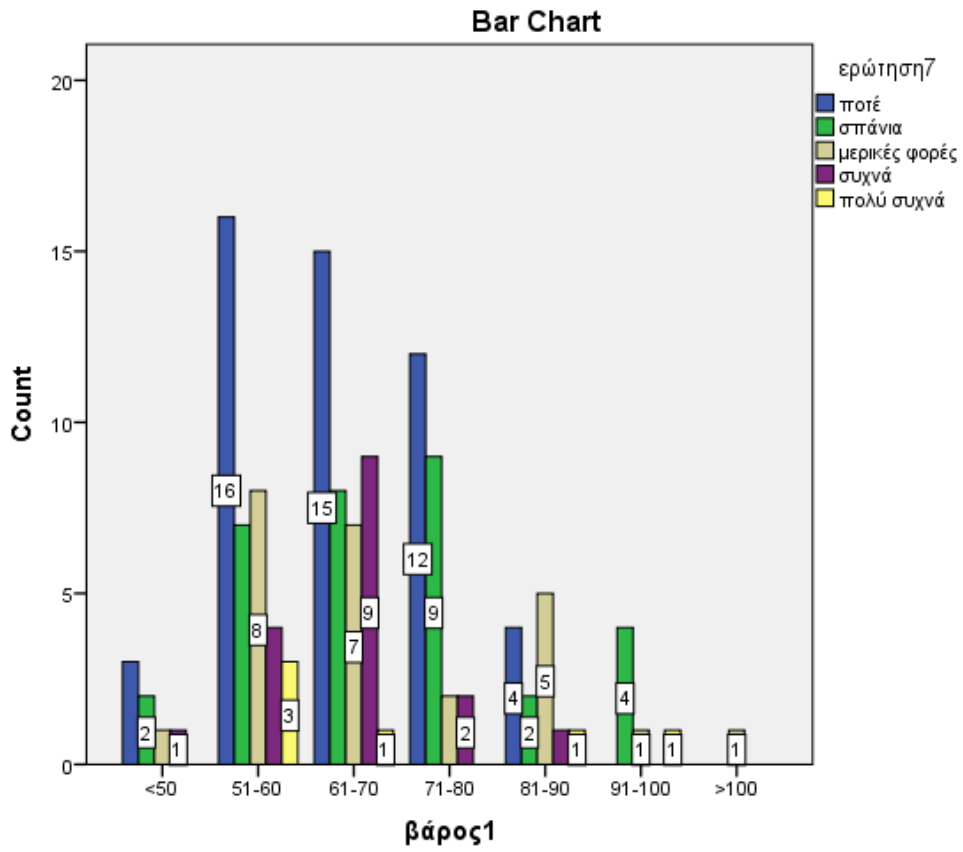
Οι ερωτήσεις 11-23 αφορούν την κατανάλωση φαγητού σε περιπτώσεις άγχους, έντασης, ανησυχίας, φόβου εκνευρισμού και γενικότερα σε καταστάσεις συναισθηματικής φόρτισης. Εδώ παρατηρείται επίσης πως το βάρος δε συσχετίζεται με τη συναισθηματική διατροφή, καθώς δεν φαίνεται συμμετέχοντες με μεγαλύτερο βάρος να έχουν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής διατροφής.

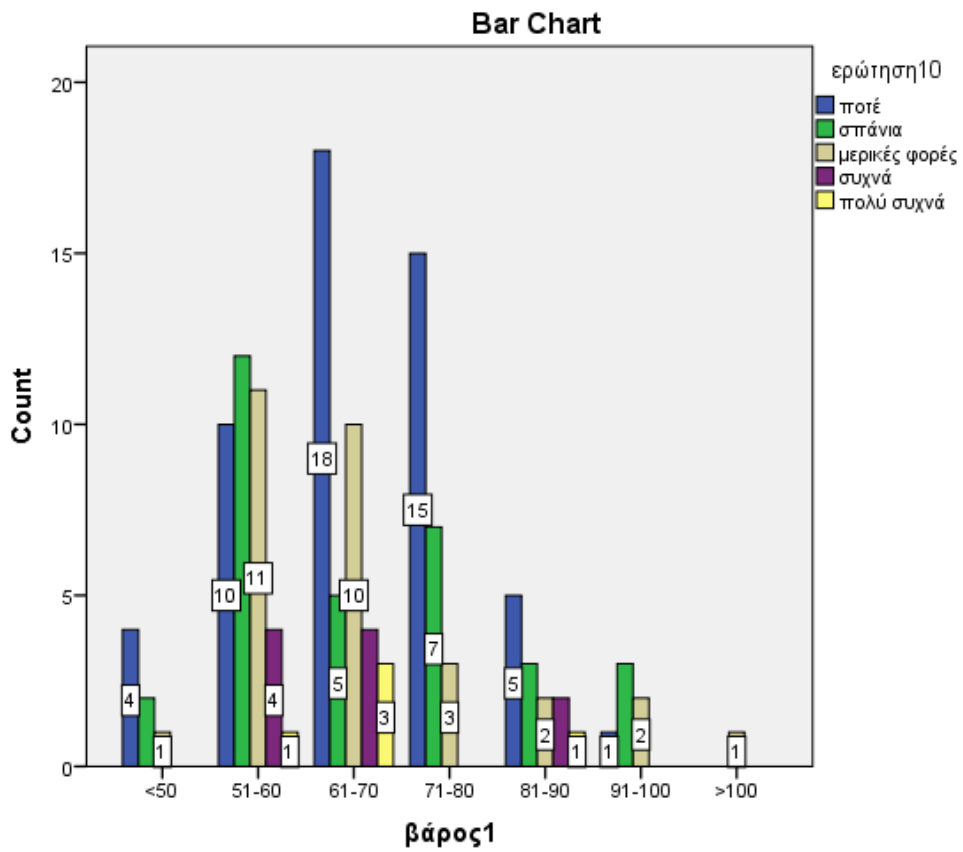
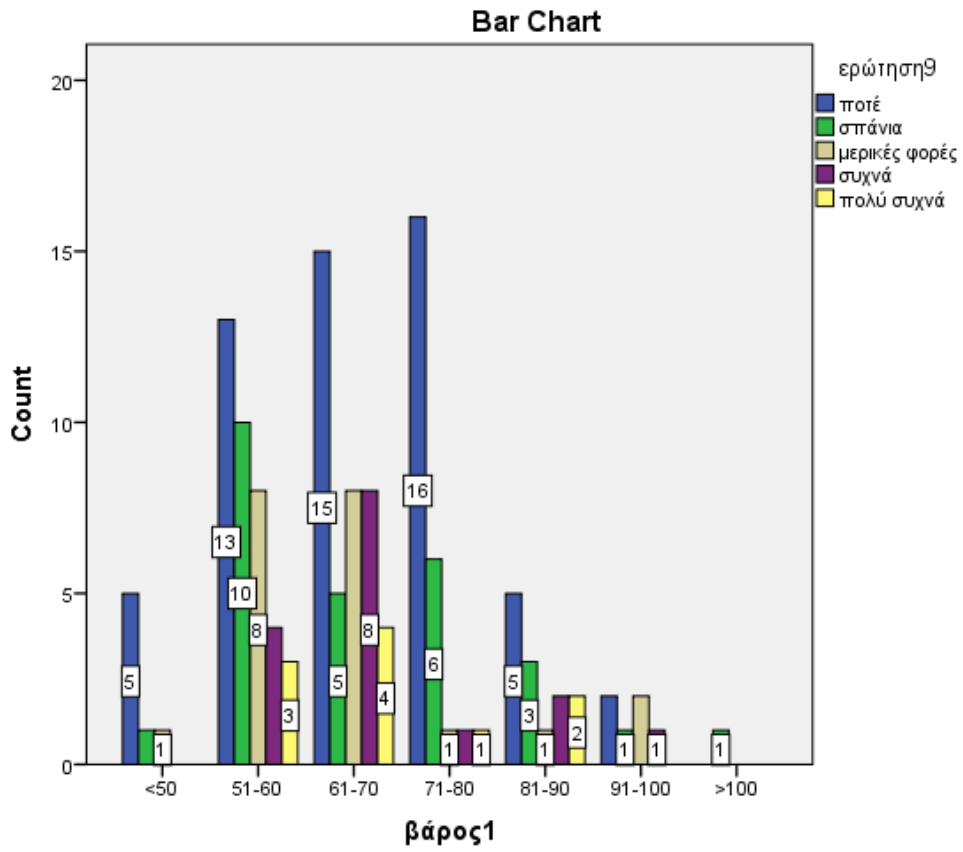
Τέλος, οι ερωτήσεις 24-33 αφορούν την κατανάλωση φαγητού σε περιπτώσεις που το φαγητό είναι νόστιμο, έχει ωραία μυρωδιά ή όψη και σε περιπτώσεις που κάποιος καταναλώνει φαγητό και προκαλεί έτσι την επιθυμία στους ερωτηθέντες για την κατανάλωση φαγητού. Εδώ θα μπορούσαμε να πούμε πως υπάρχει μια συσχέτιση, καθώς παρατηρείται πως όσο αυξάνεται το βάρος τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά κατανάλωσης φαγητού σε περιπτώσεις που το φαγητό μυρίζει ωραία, είναι νόστιμο, έχει ωραία όψη ή κάποιος άλλος τρώει μπροστά τους ερωτηθέντες και τους προκαλεί την επιθυμία κατανάλωσης τροφής.

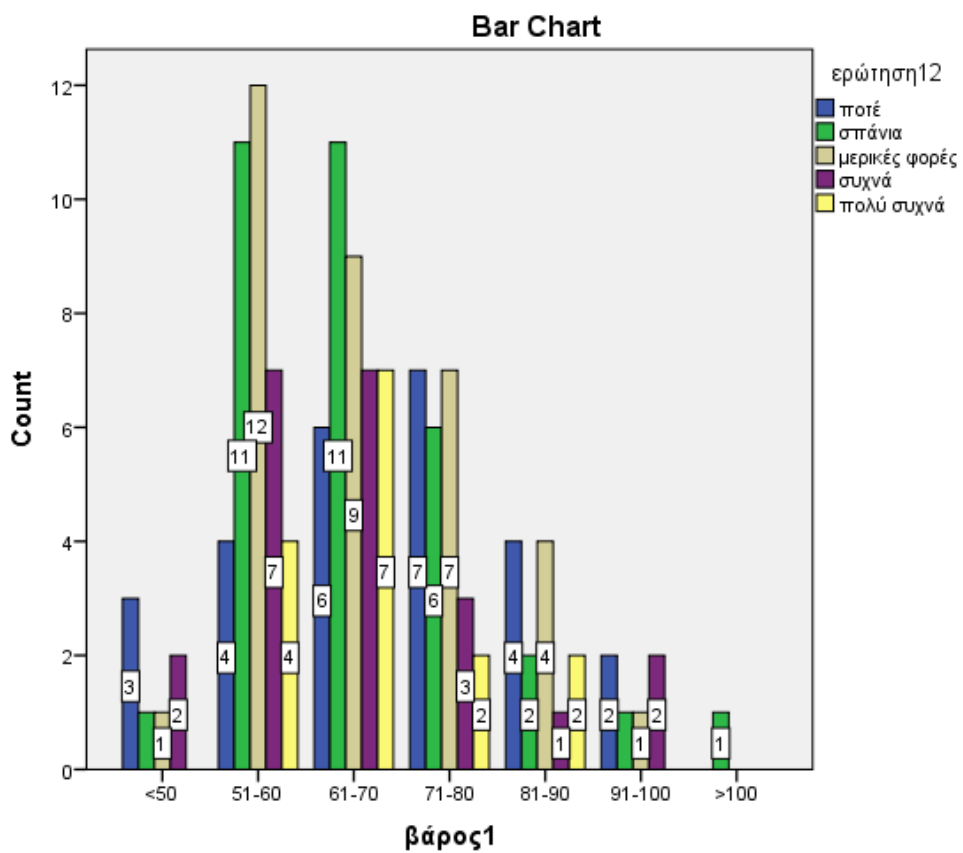
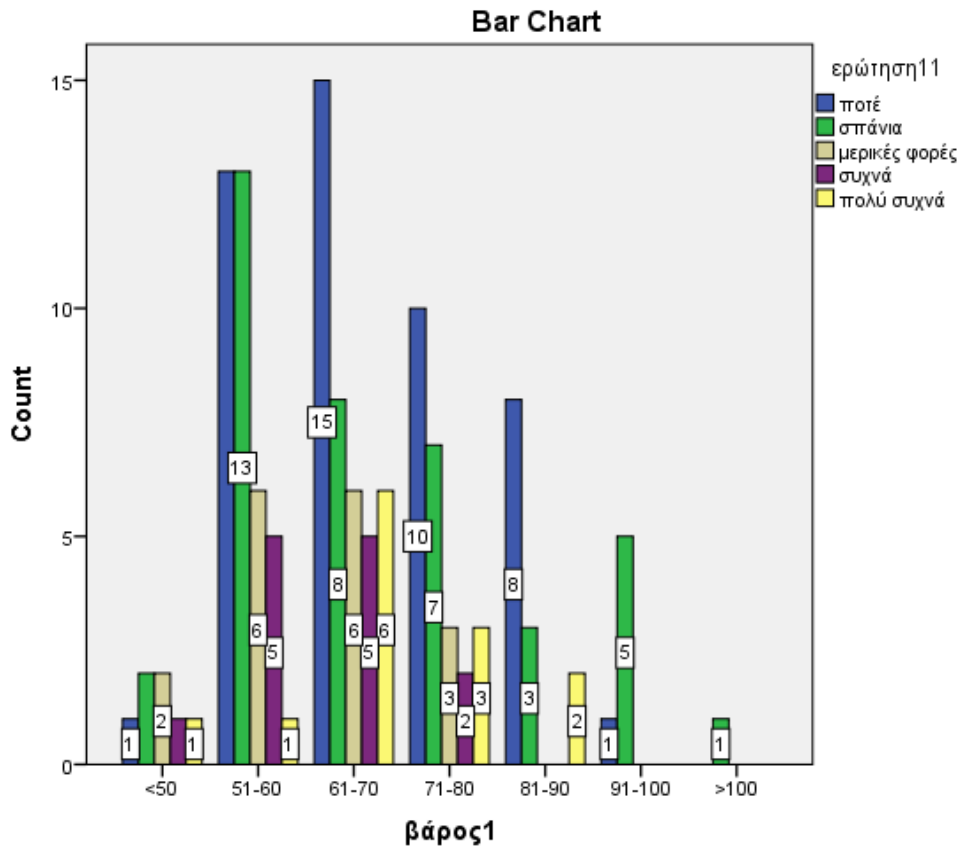


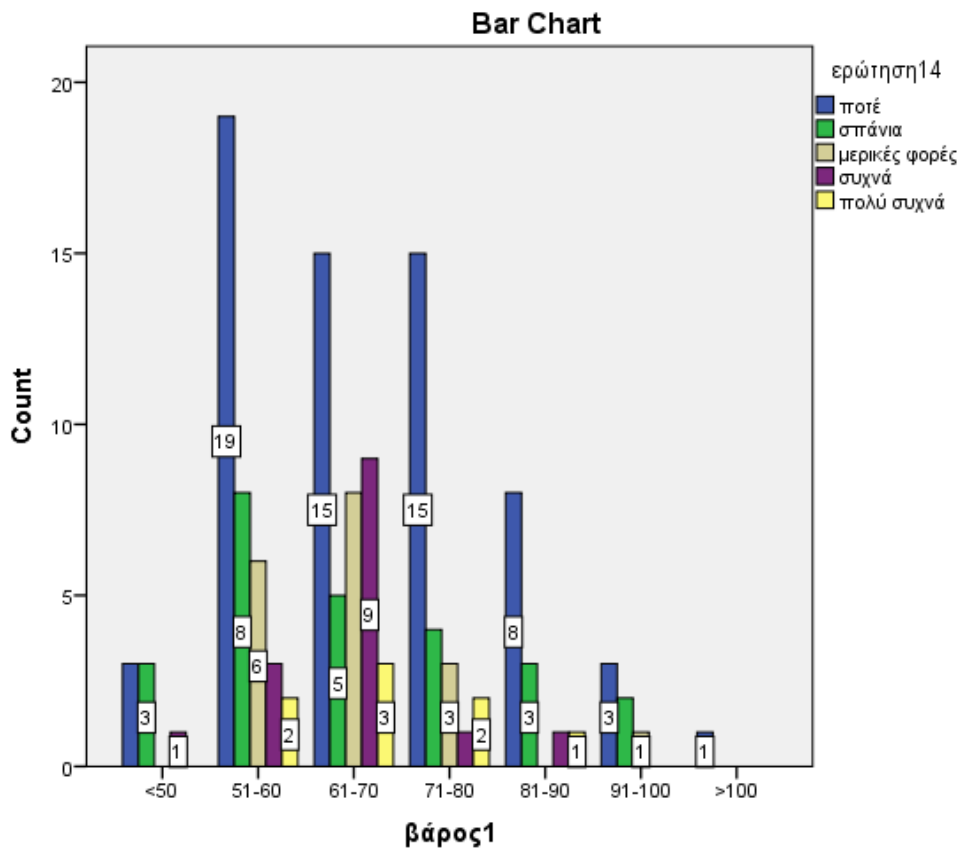
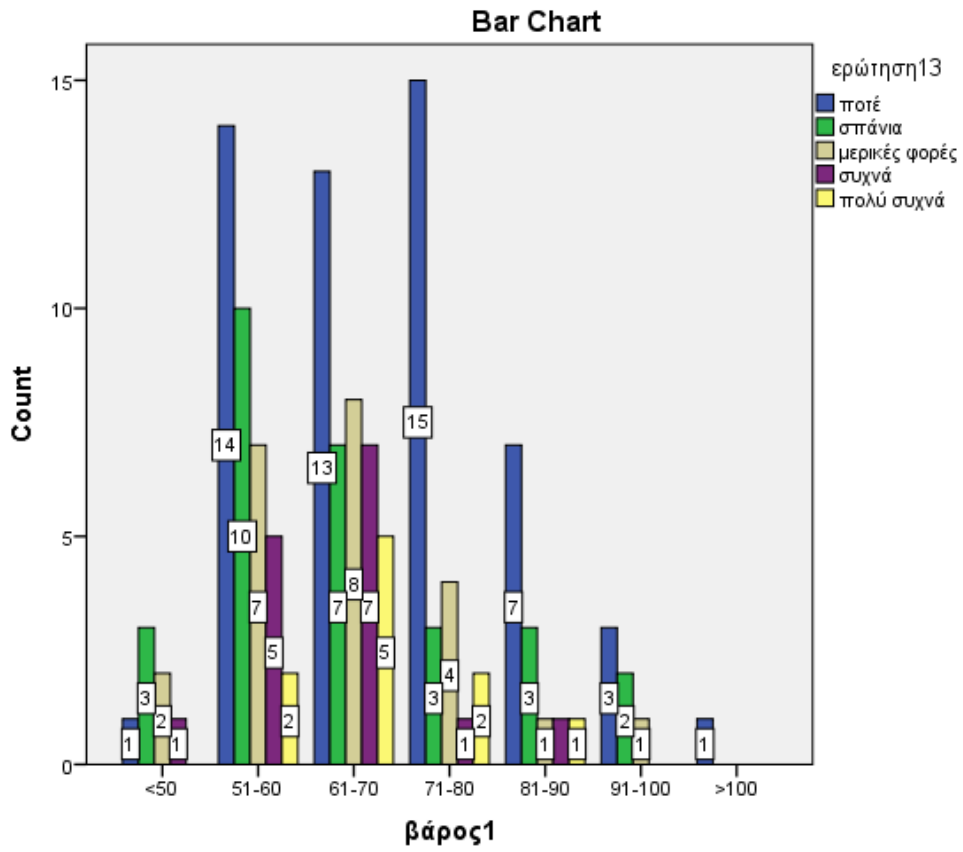


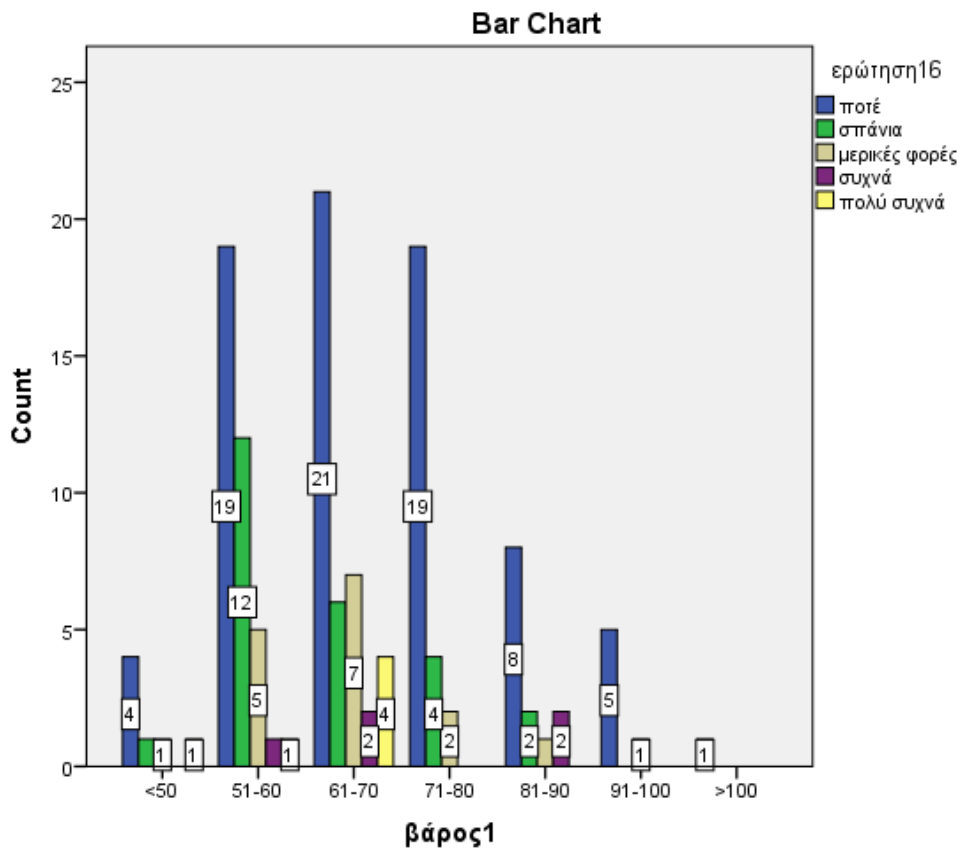
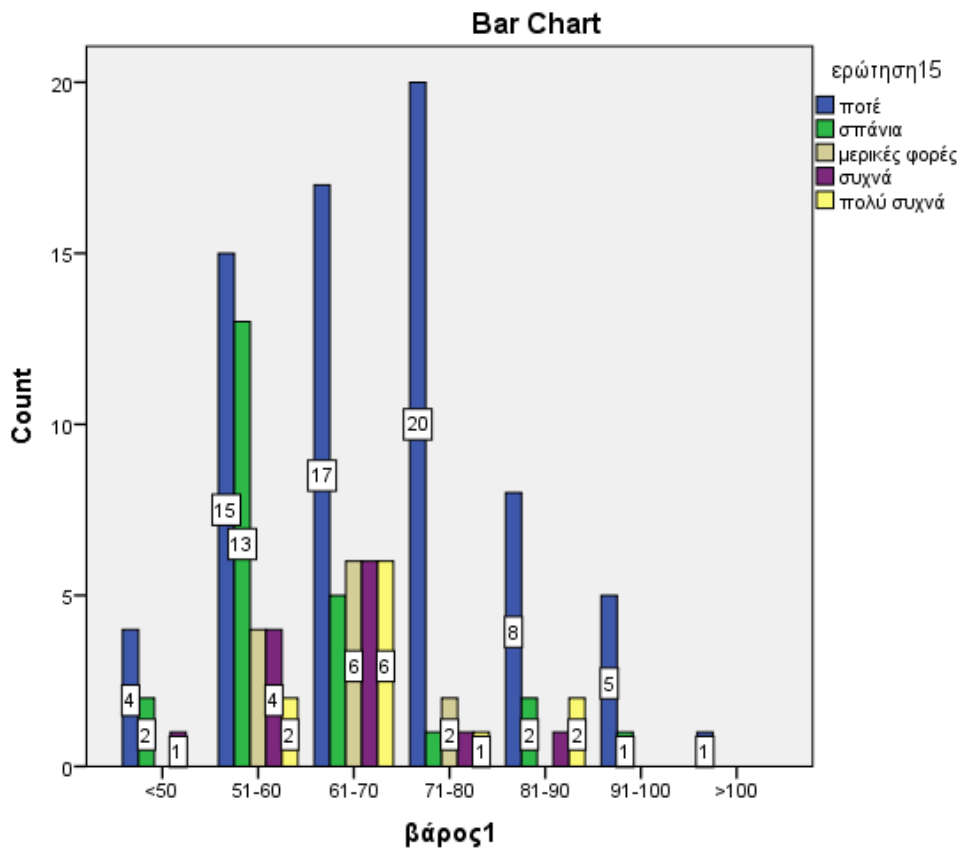


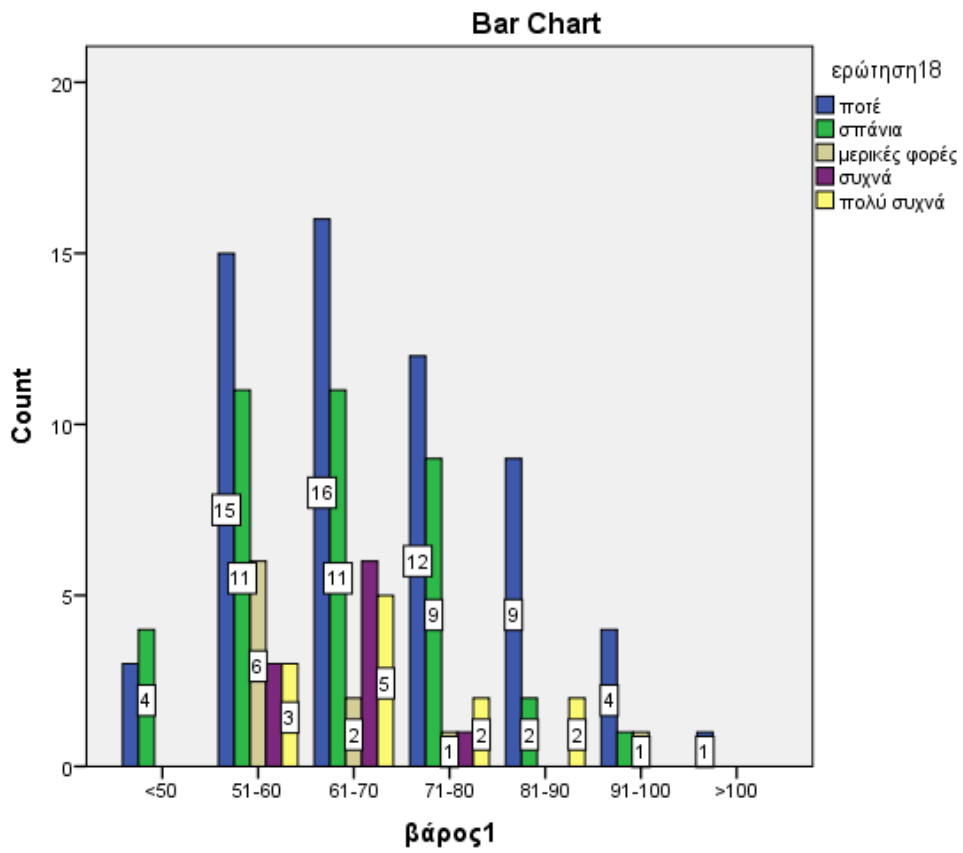
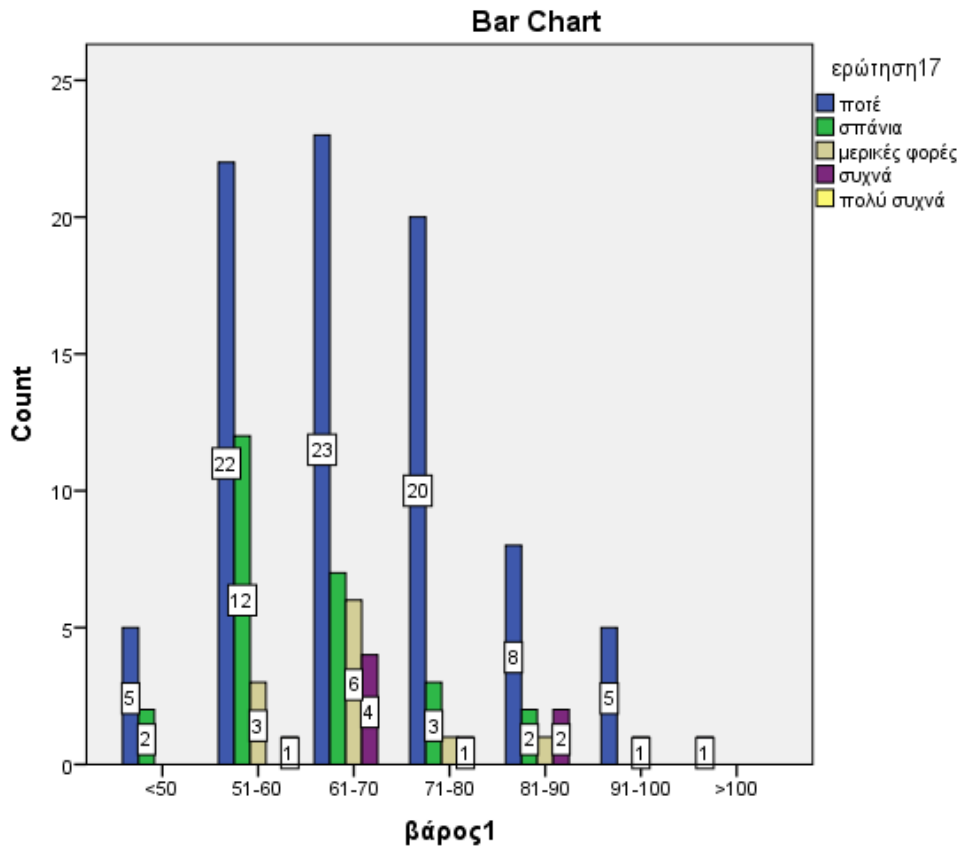


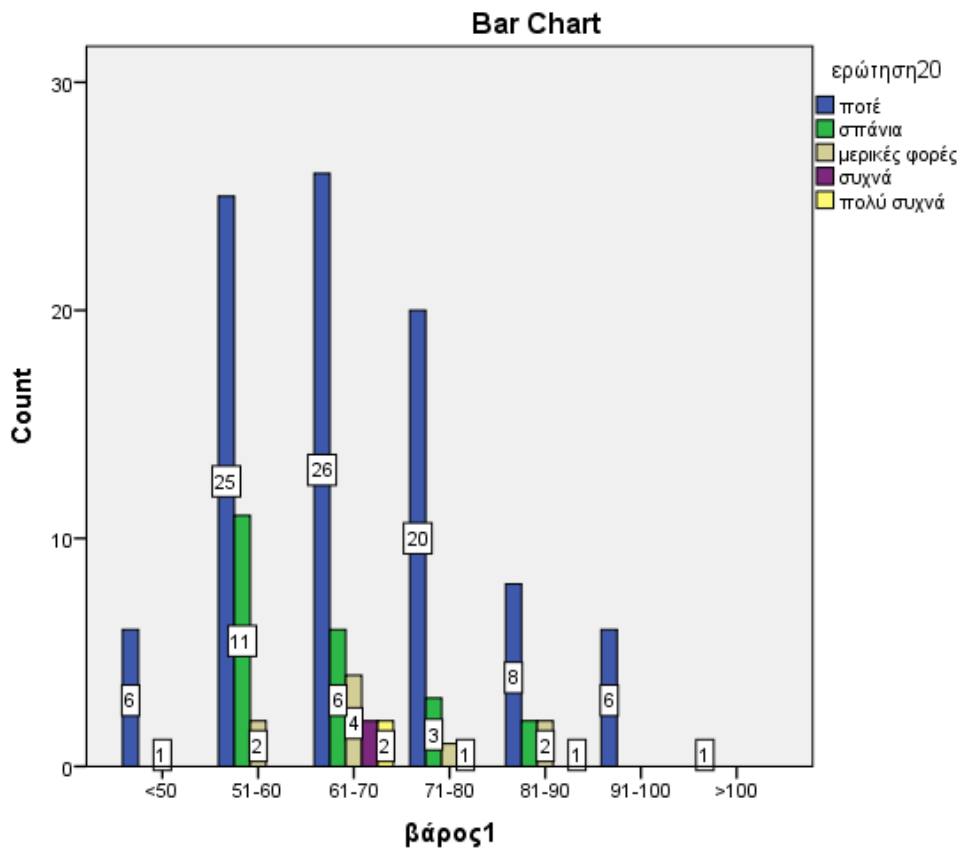
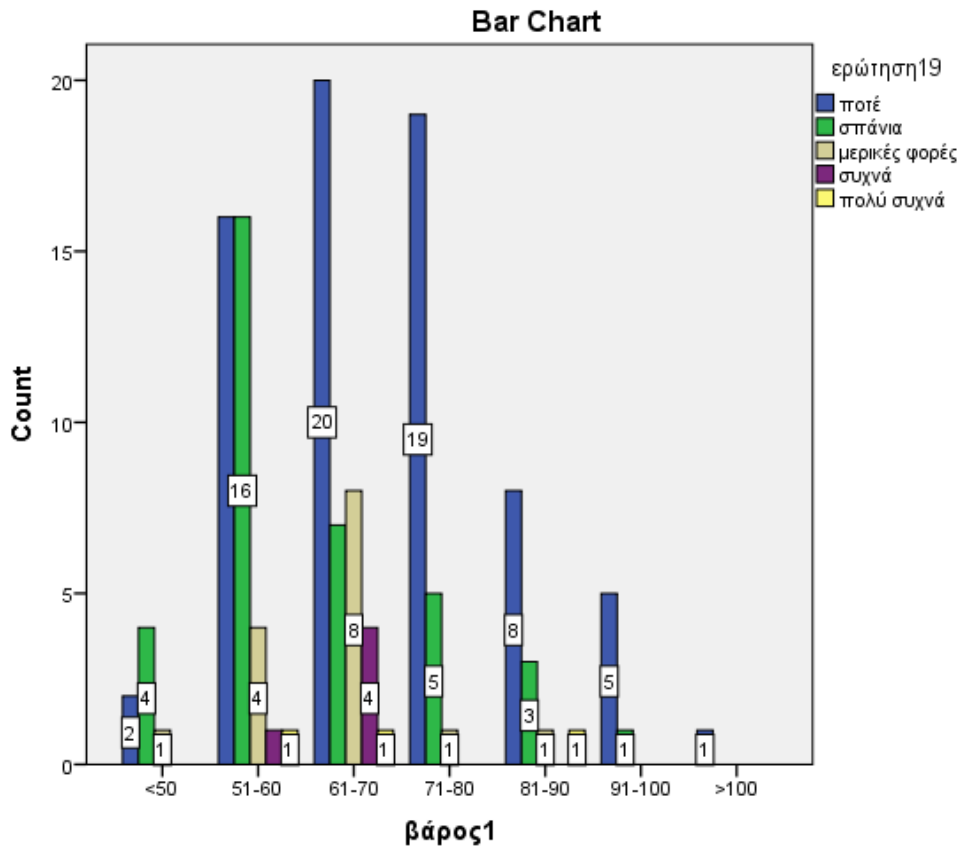


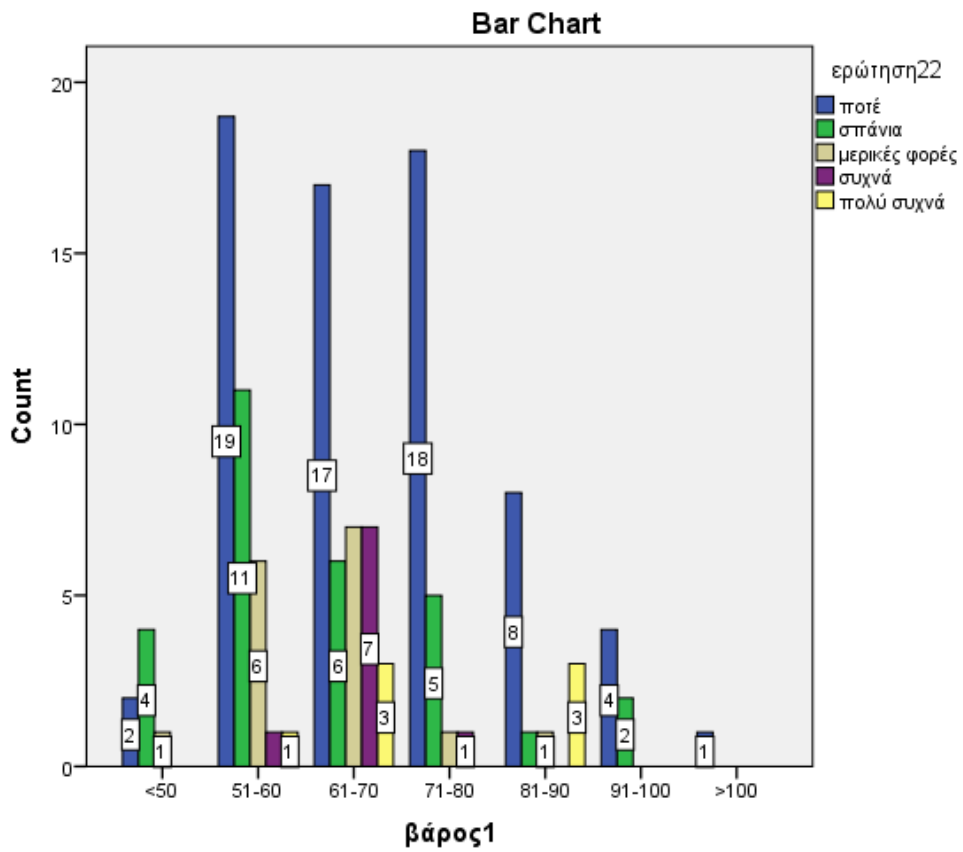
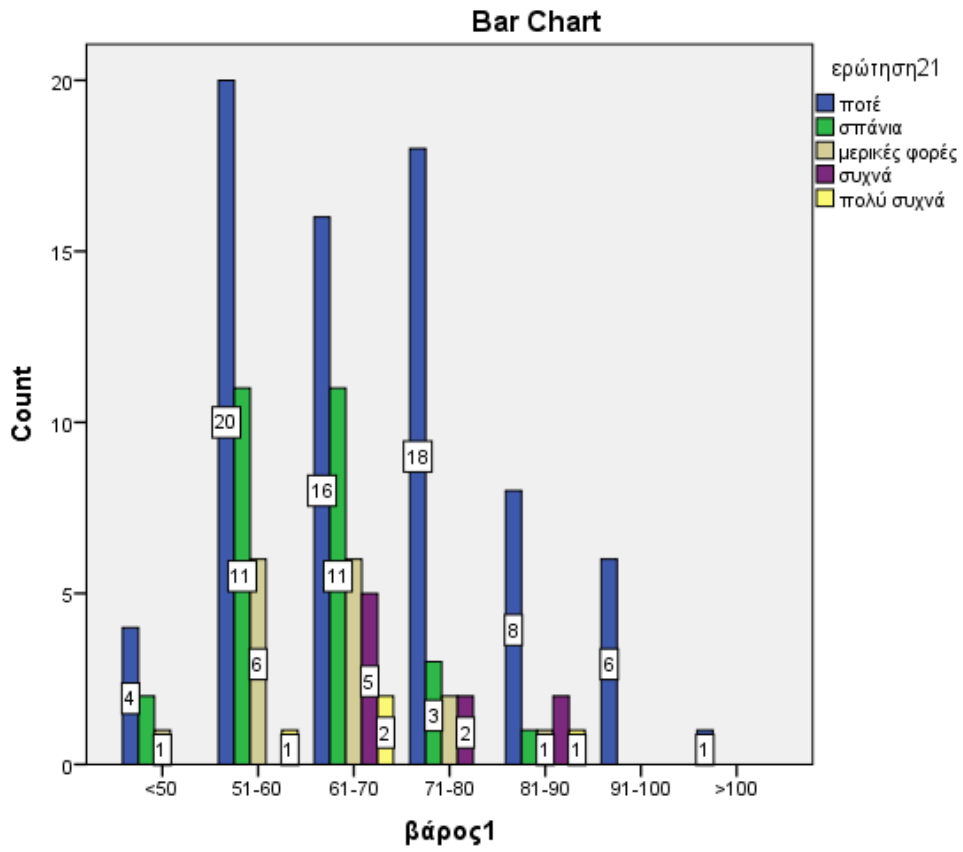


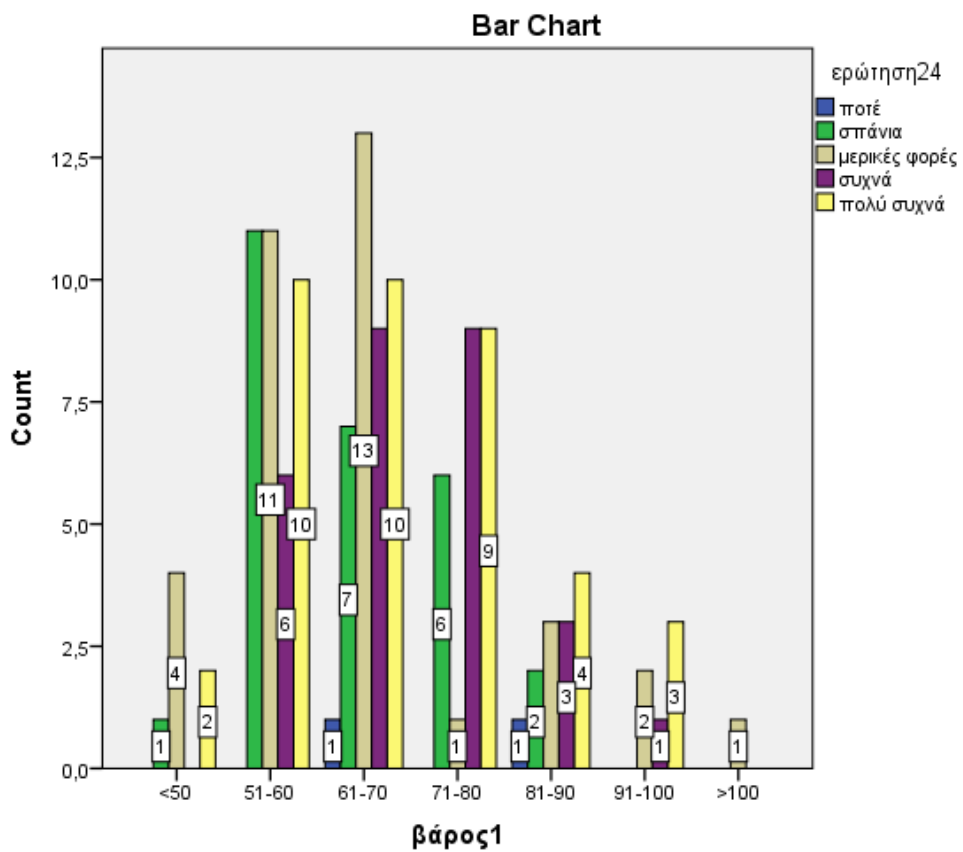
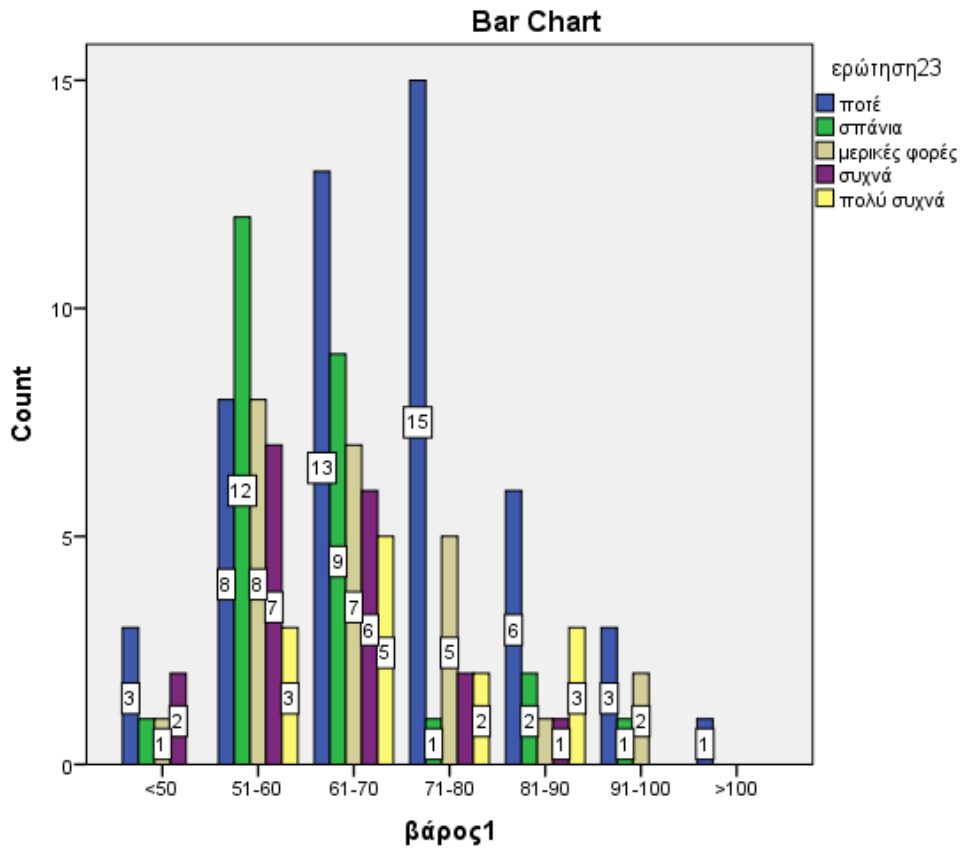


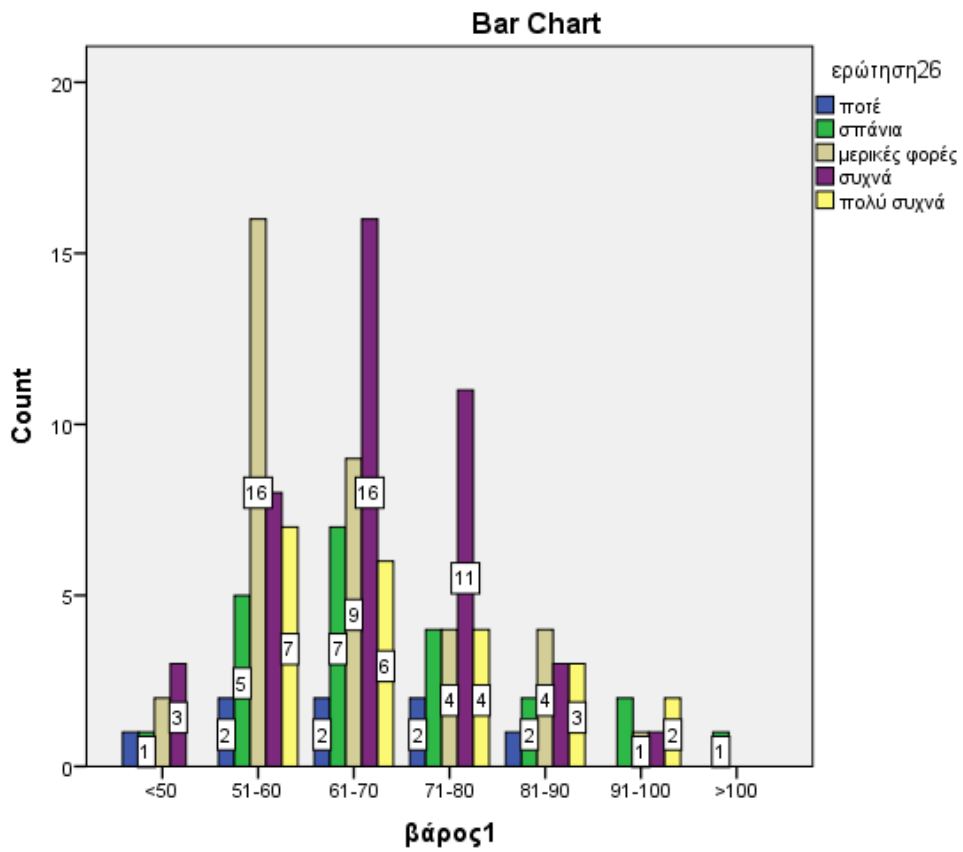
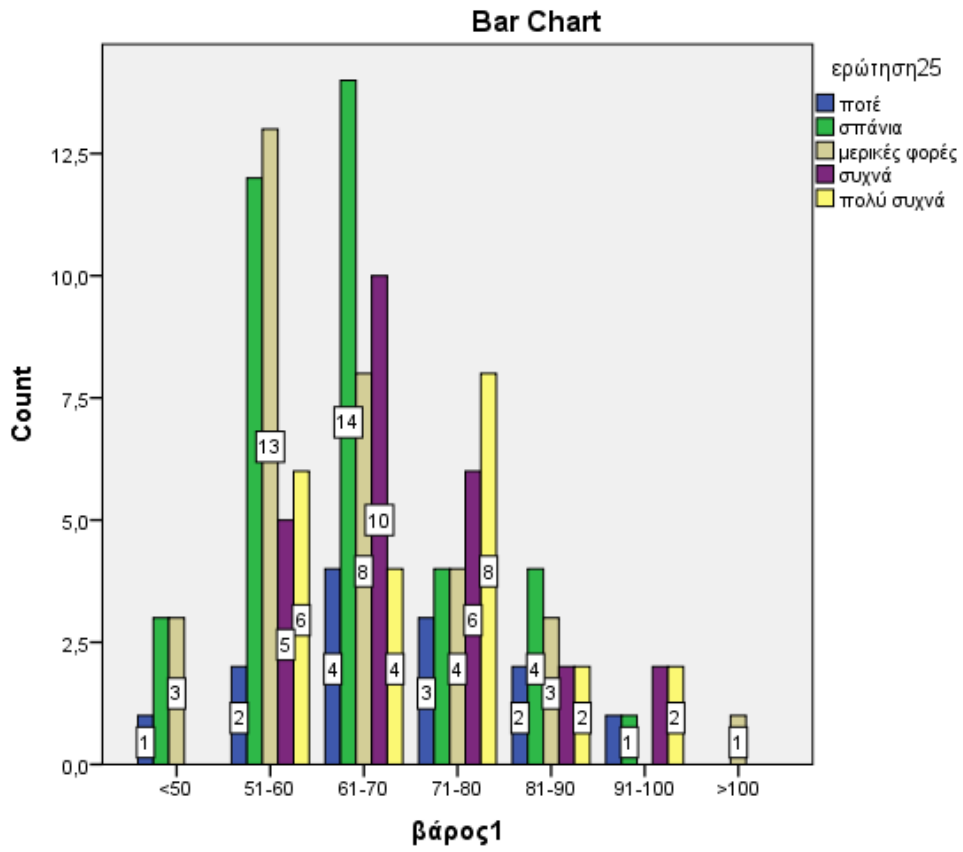


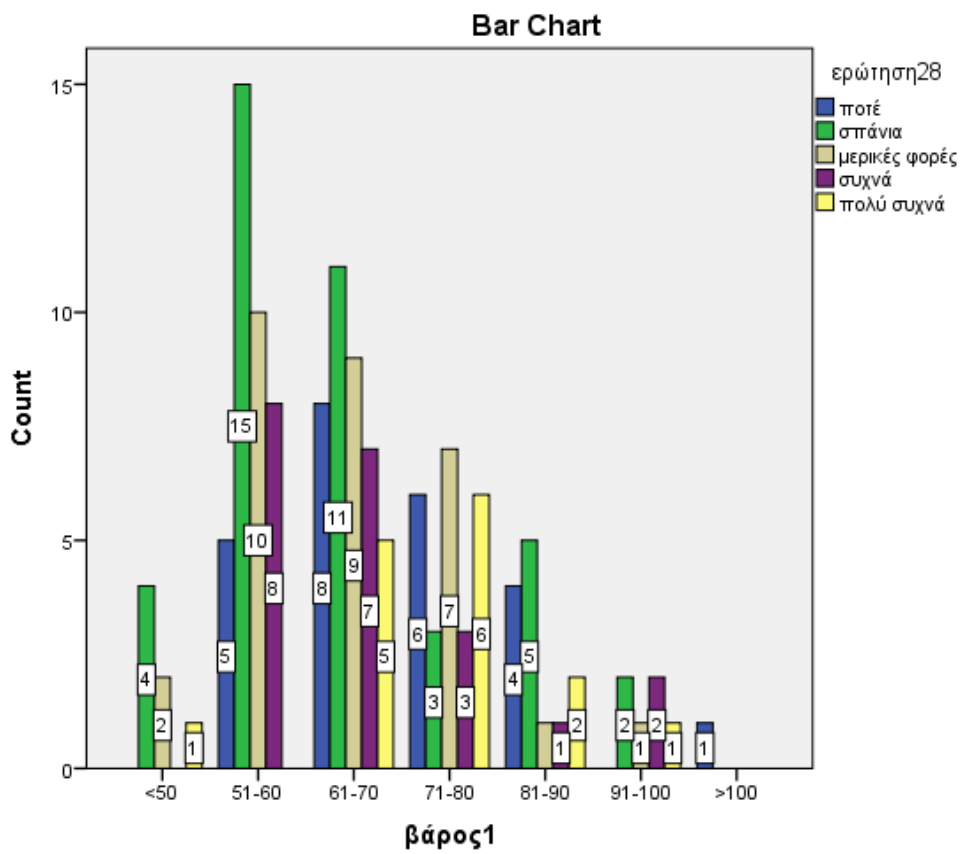
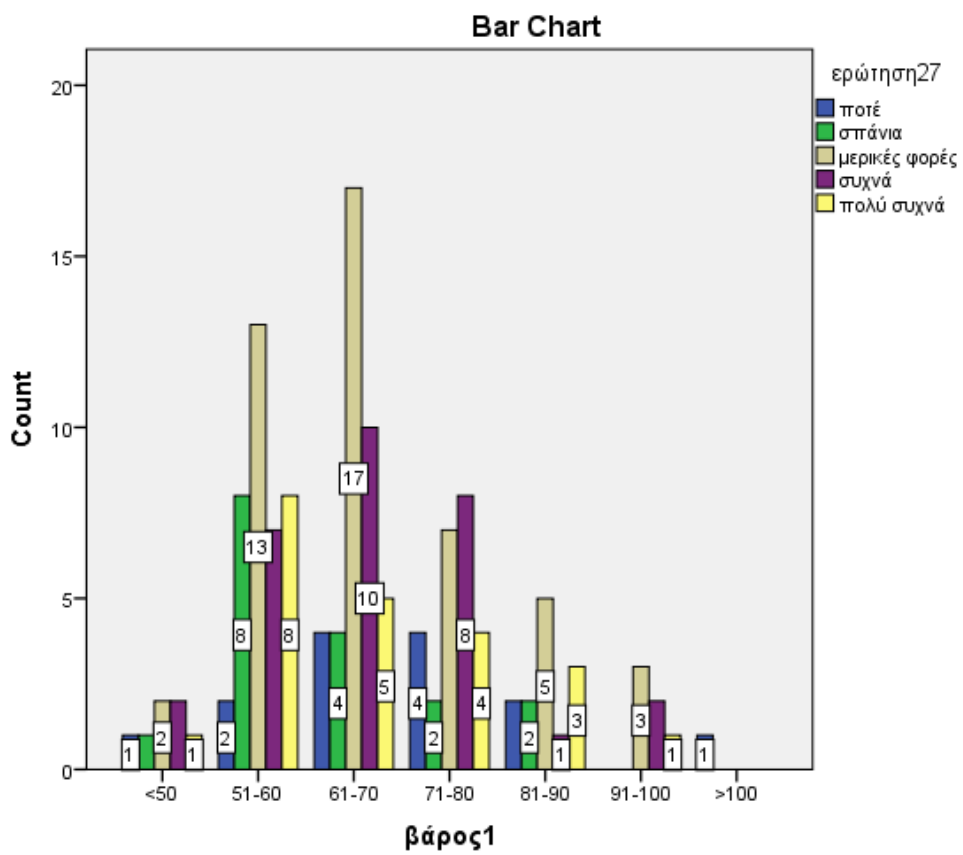


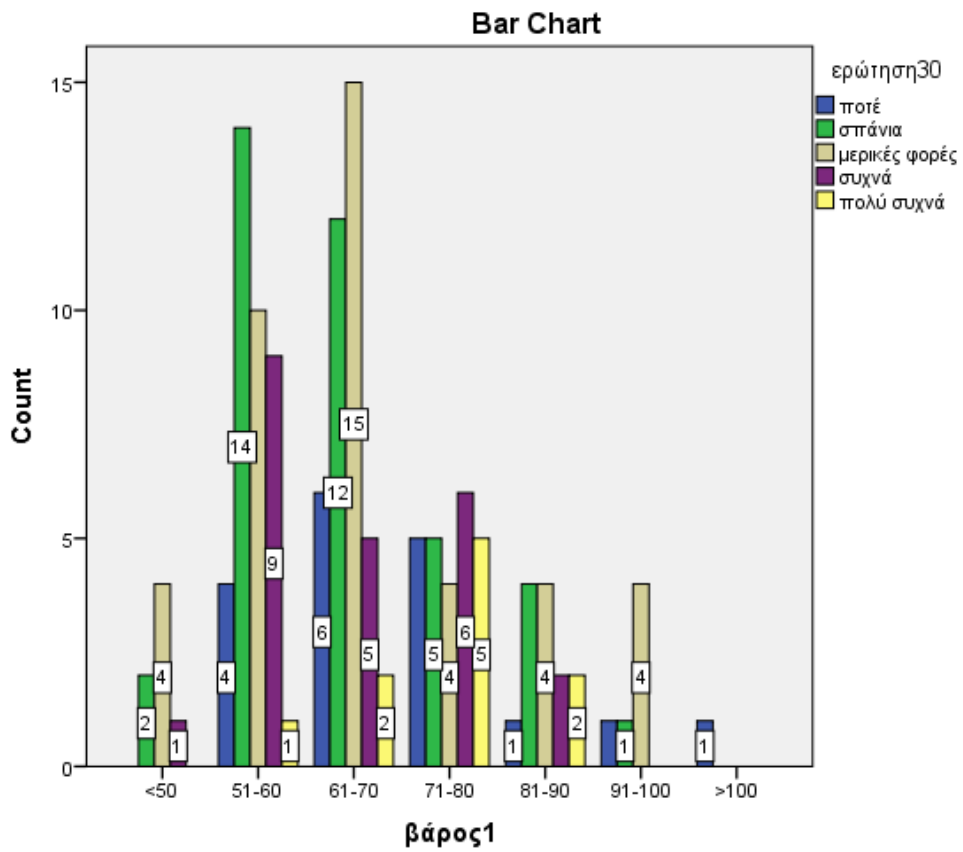
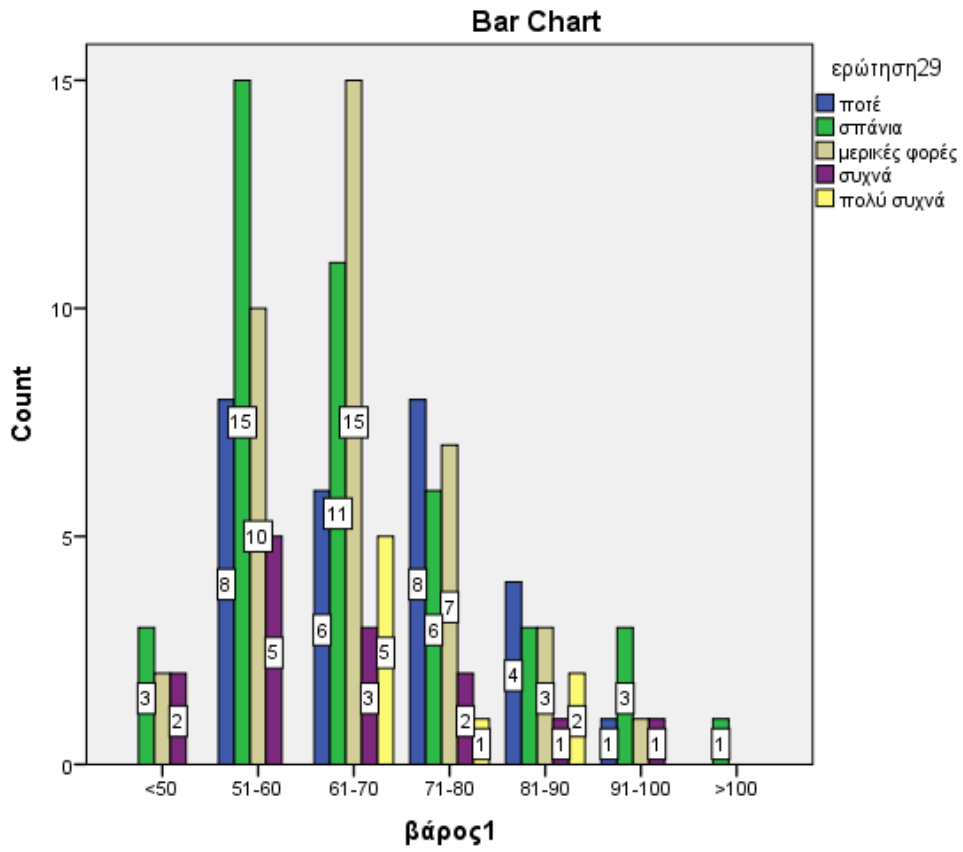


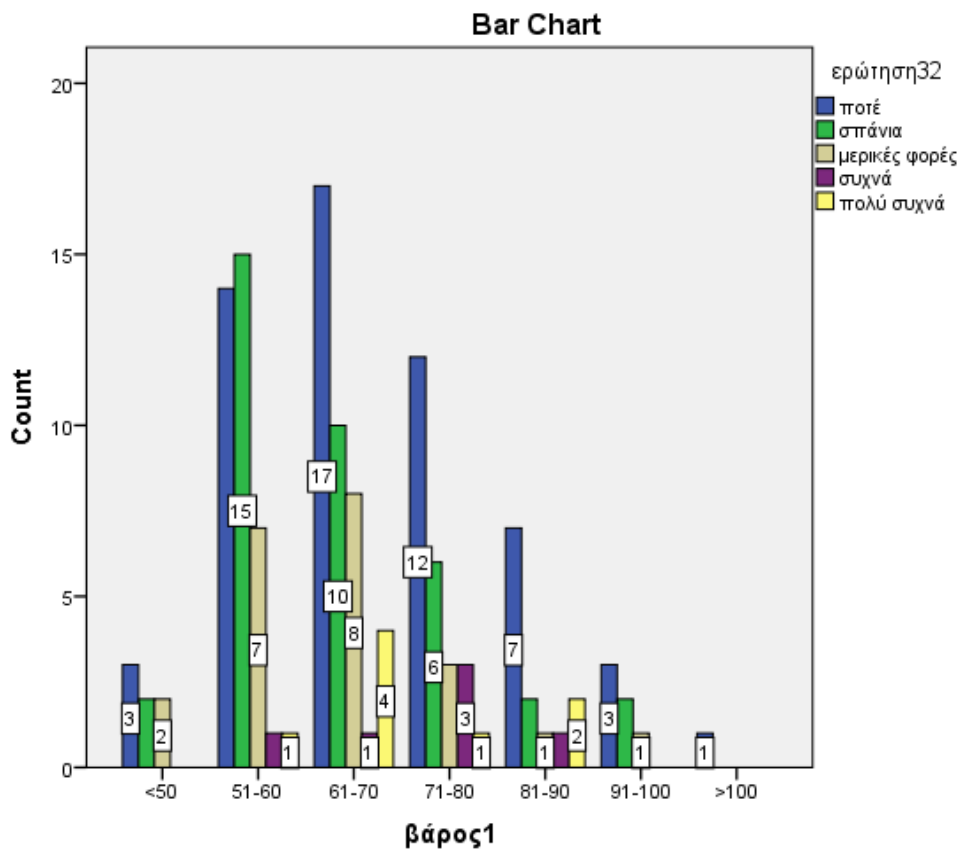
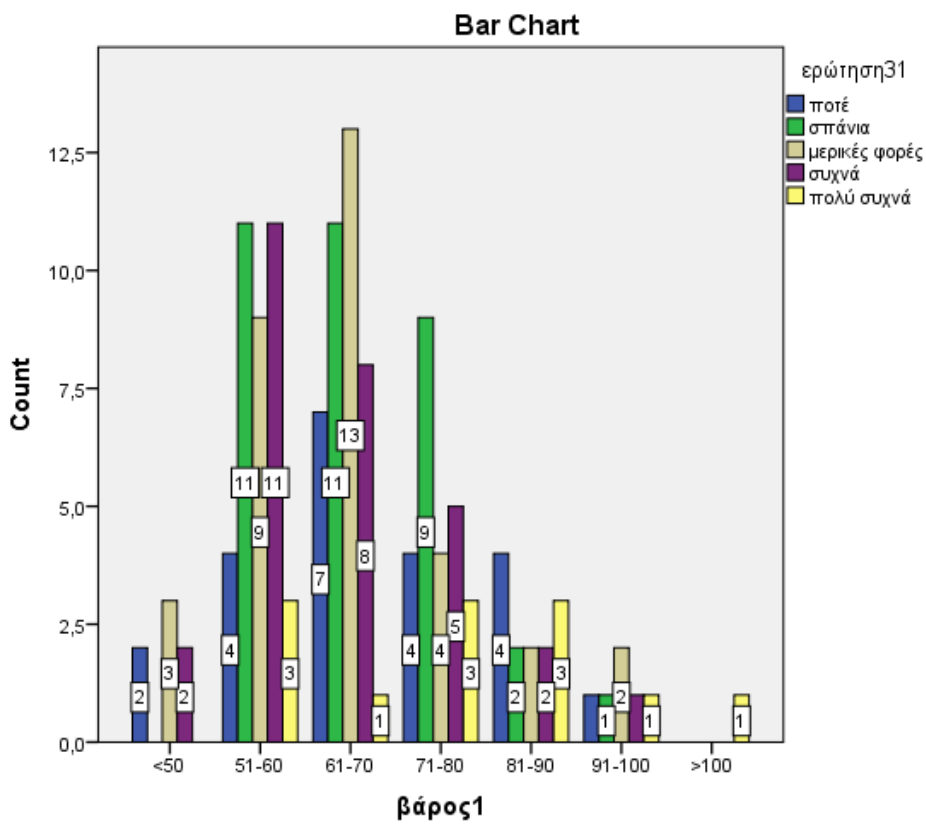


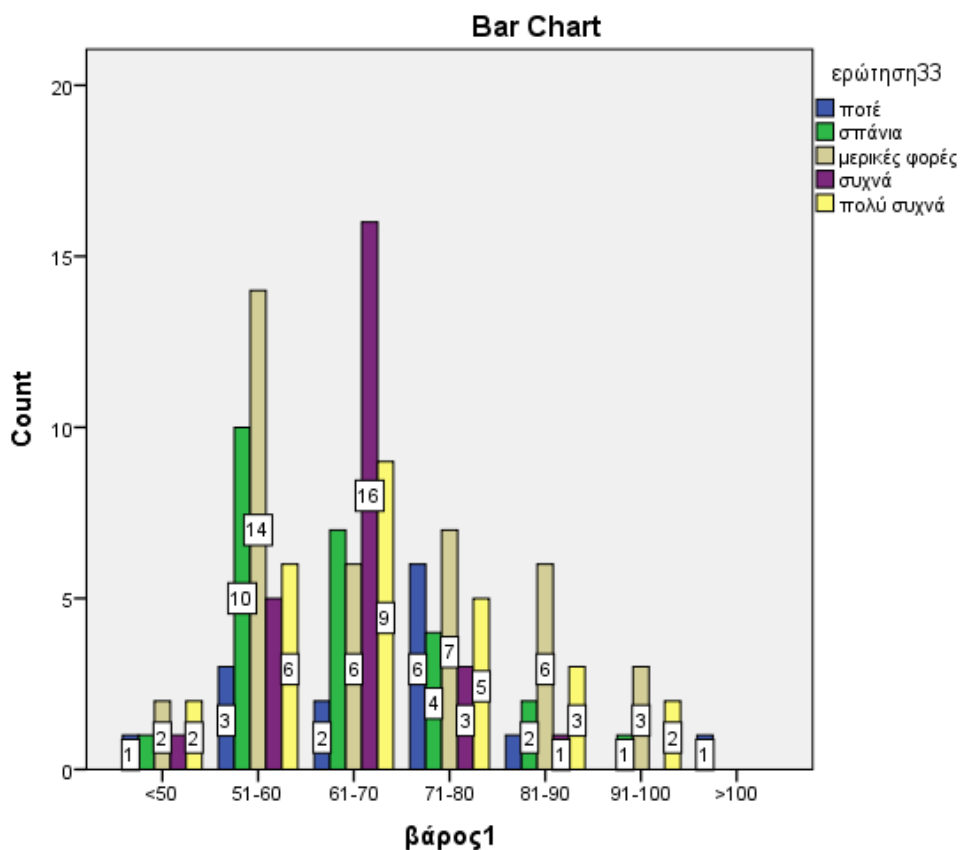












Καμπύλες ανάπτυξης

Τέλος συσχετίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος με τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων. Ο δείκτης μάζας σώματος μας δείχνει κατά πόσο το βάρος ενός ατόμου είναι φυσιολογικό, ανάλογα με το ύψος του. Στα παιδιά-εφήβους μέχρι την ηλικία των 20 ετών χρησιμοποιούμε τις καμπύλες ανάπτυξης,

Οι καμπύλες ανάπτυξης μέχρι την 5^η εκατοστιαία θέση μας δείχνουν έλλειψη βάρους, από την 5^η-85^η το βάρος είναι φυσιολογικό, από 85^η-90^η το βάρος είναι λίγο πάνω από το κανονικό (υπέρβαρο), από 90^η-95^η είναι αρκετά πάνω από το φυσιολογικό και οι καμπύλες από την 95^η και πάνω δείχνουν παχυσαρκία.

Βλέπουμε πως ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson) είναι -0,128, και το επίπεδο σημαντικότητας (Sig.) είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,148) κάτι που υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των καμπυλών ανάπτυξης και της διατροφικής συμπεριφοράς.

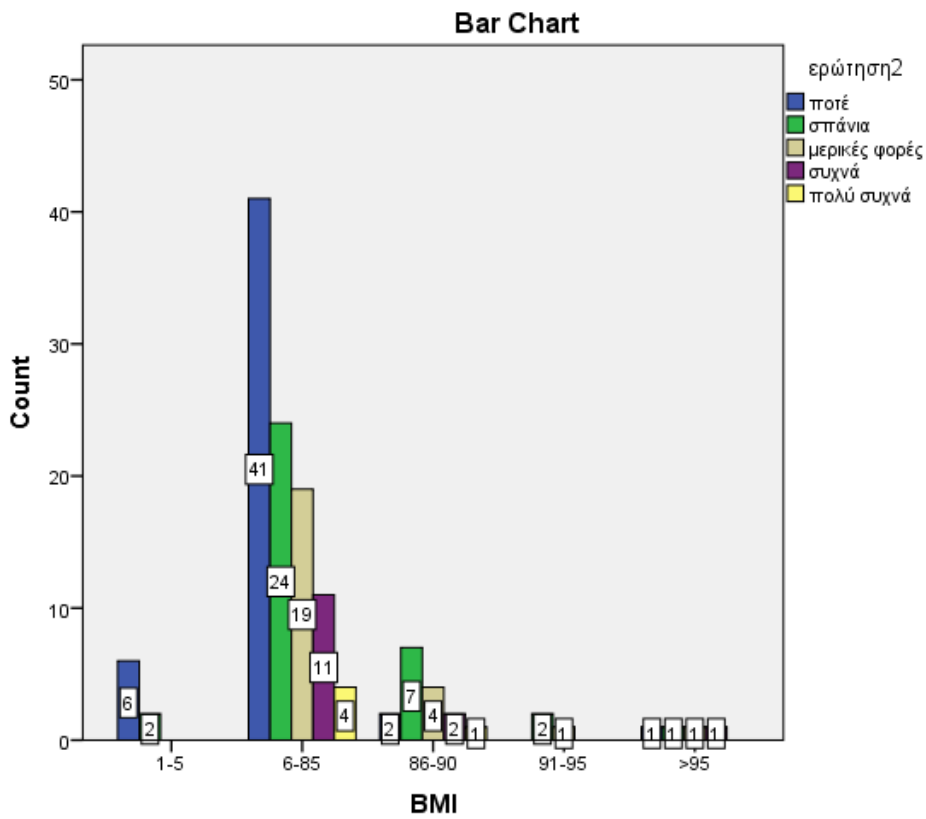
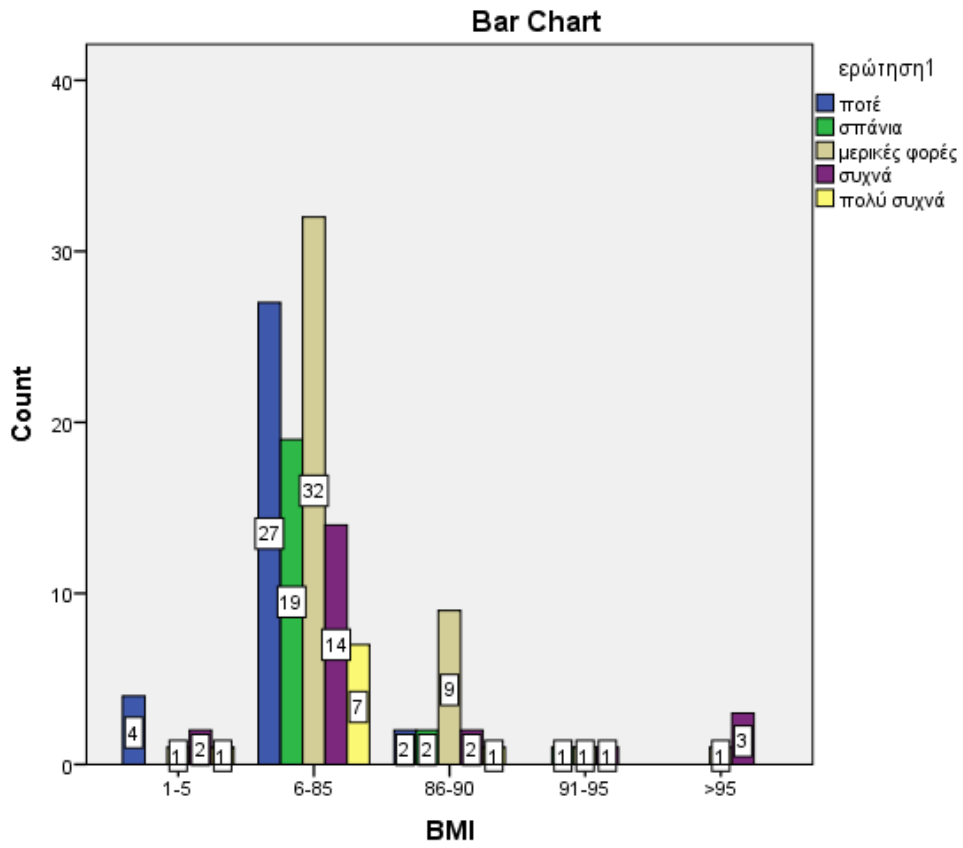
Πίνακας 43:Συσχέτιση καμπυλών με διατροφική συμπεριφορά

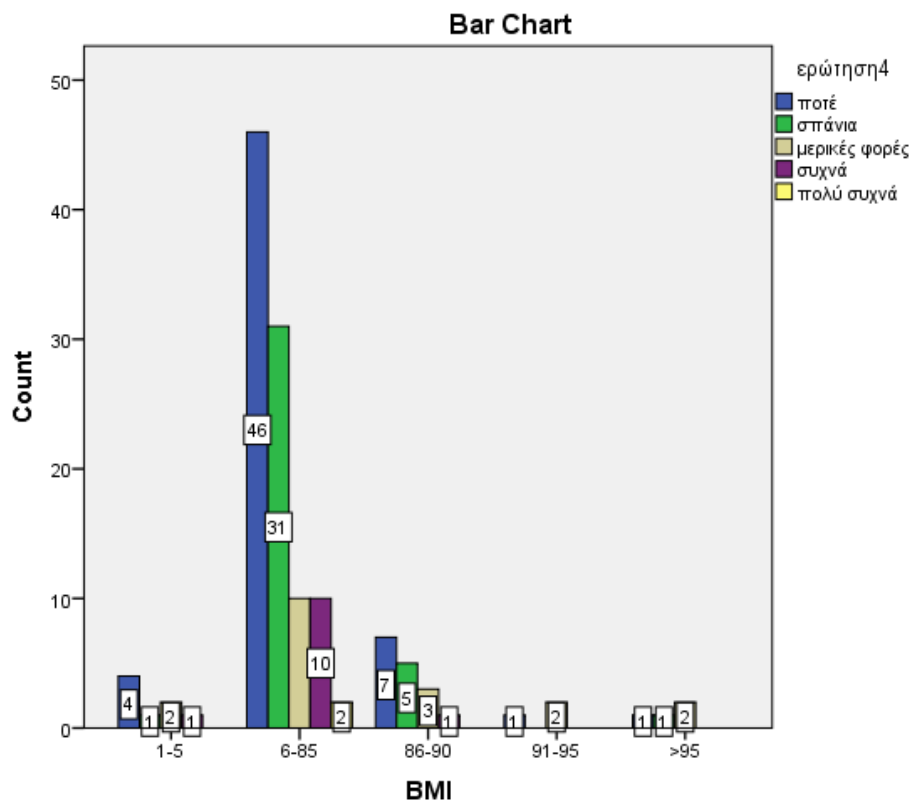
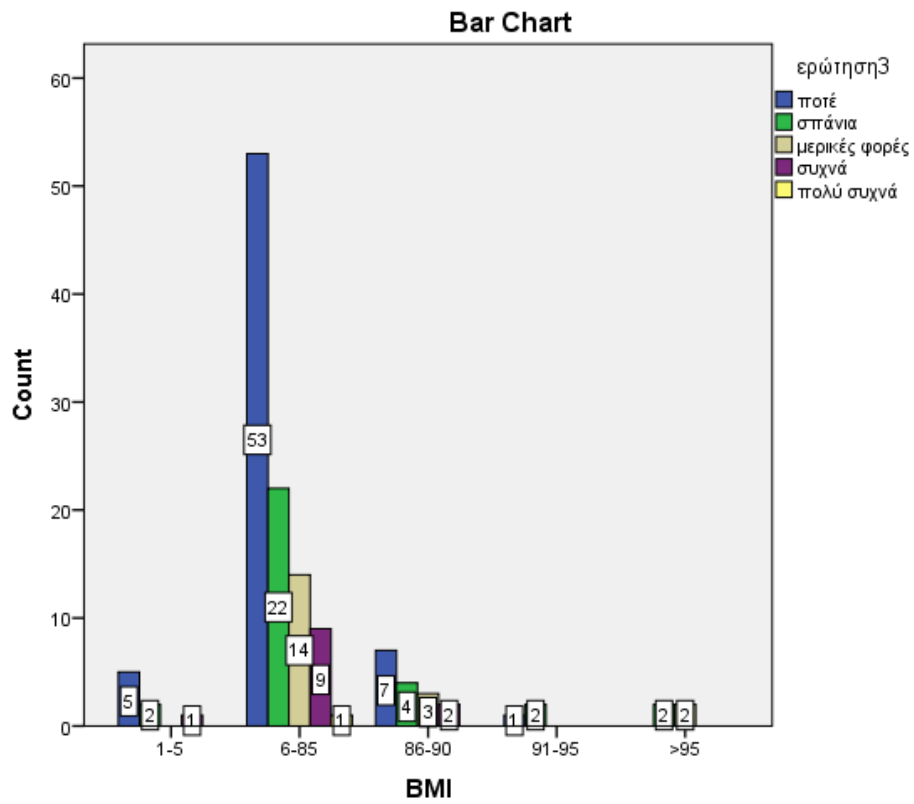
		Διατροφική συμπεριφορά
BMI	PearsonCorrelation	-,128
	Sig. (2-tailed)	,148
	N	130

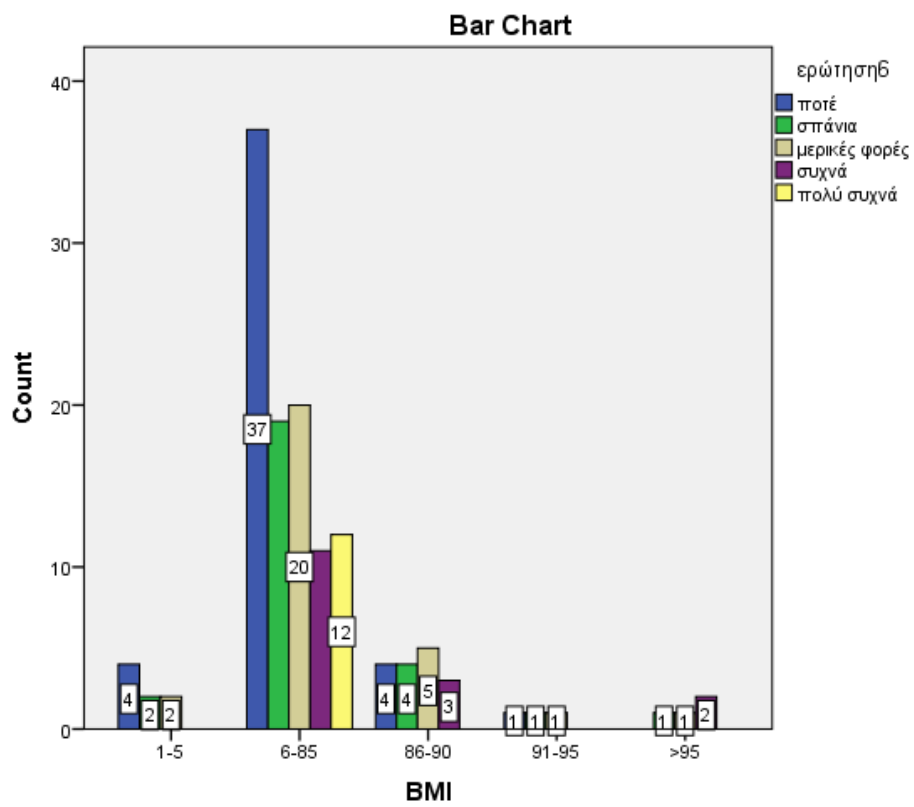
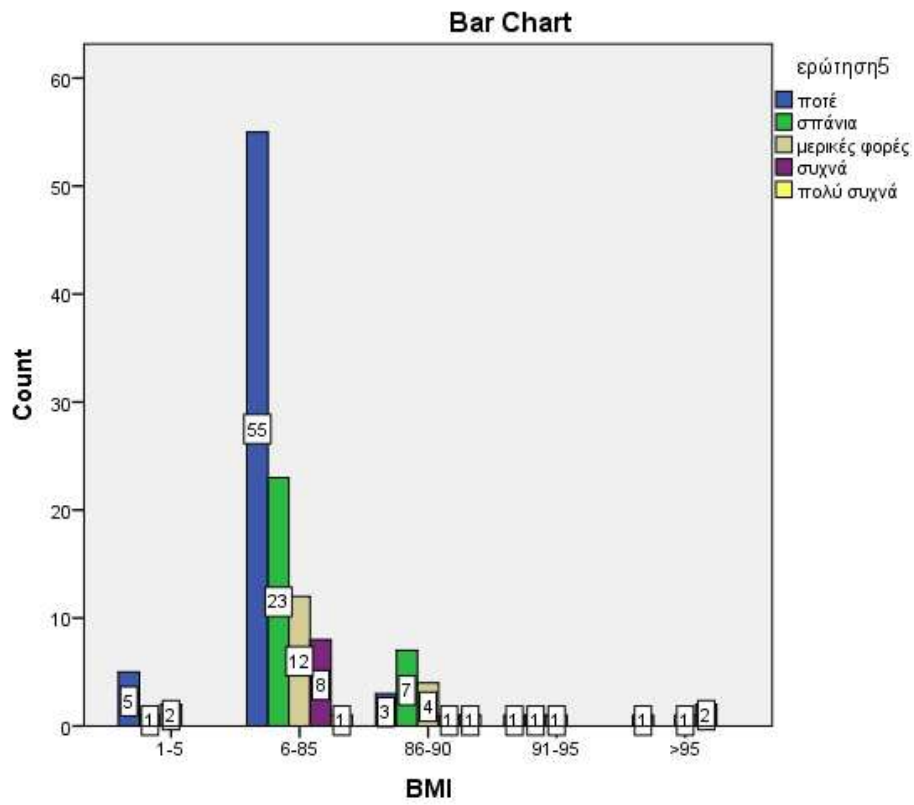
Στις ερωτήσεις 1-10 που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες, βλέπουμε πως άτομα με φυσιολογικό βάρος τείνουν να μην μειώνουν την ποσότητα φαγητού που τρώνε ή να προσέχουν τι τροφές που καταναλώνουν ώστε να ελέγχουν το βάρος τους. Αντιθέτως άτομα που βρίσκονται σε ανώτερες καμπύλες το κάνουν αυτό μερικές φορές ή και συχνά σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό.

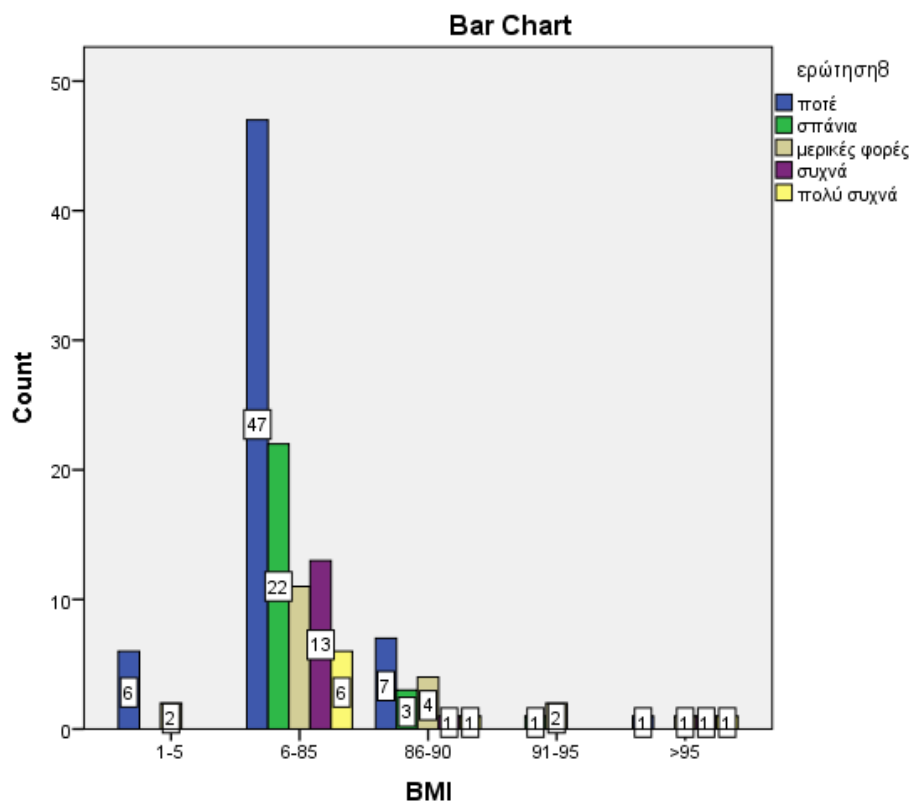
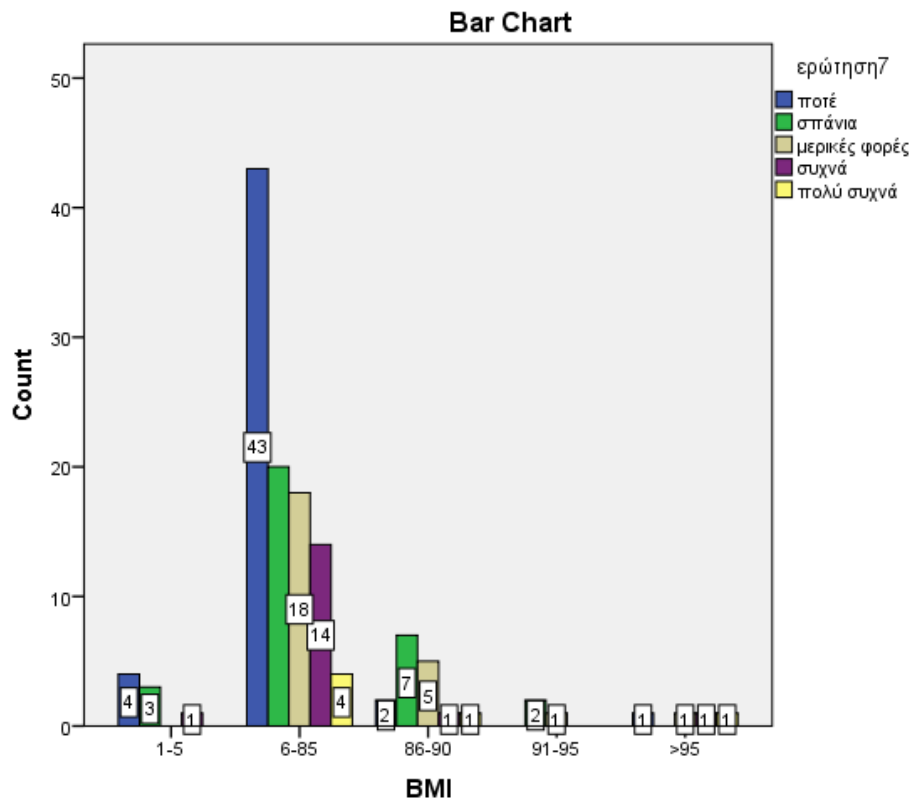
Στις ερωτήσεις 11-23, που αφορούν το συναισθηματικό φαγητό, βλέπουμε πως δεν παρατηρείται καμία συσχέτιση με τις καμπύλες, καθώς ανεξαρτήτως καμπύλης οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους δηλώνουν πως δεν τρώνε ή δεν επιθυμούν να φάνε περισσότερο σε περιπτώσεις άγχους, έντασης, λύπης κλπ. Οπότε, μπορούμε να συμπεράνουμε πως οι καμπύλες δεν σχετίζεται με τη συναισθηματική διατροφή.

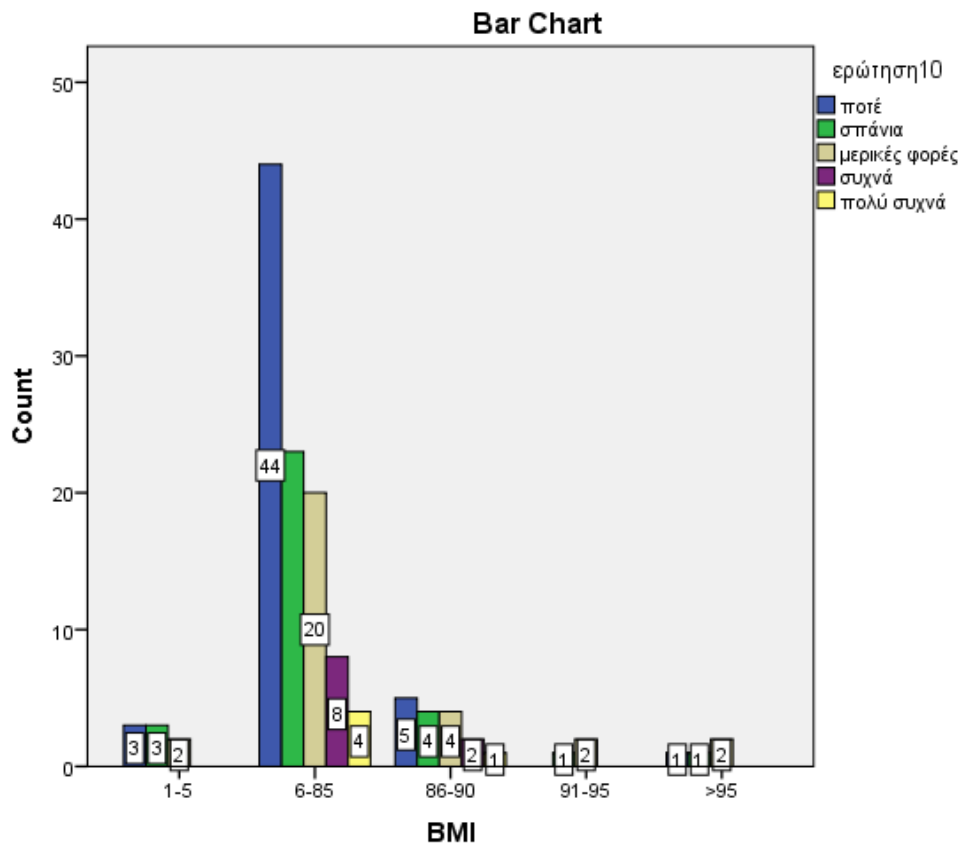
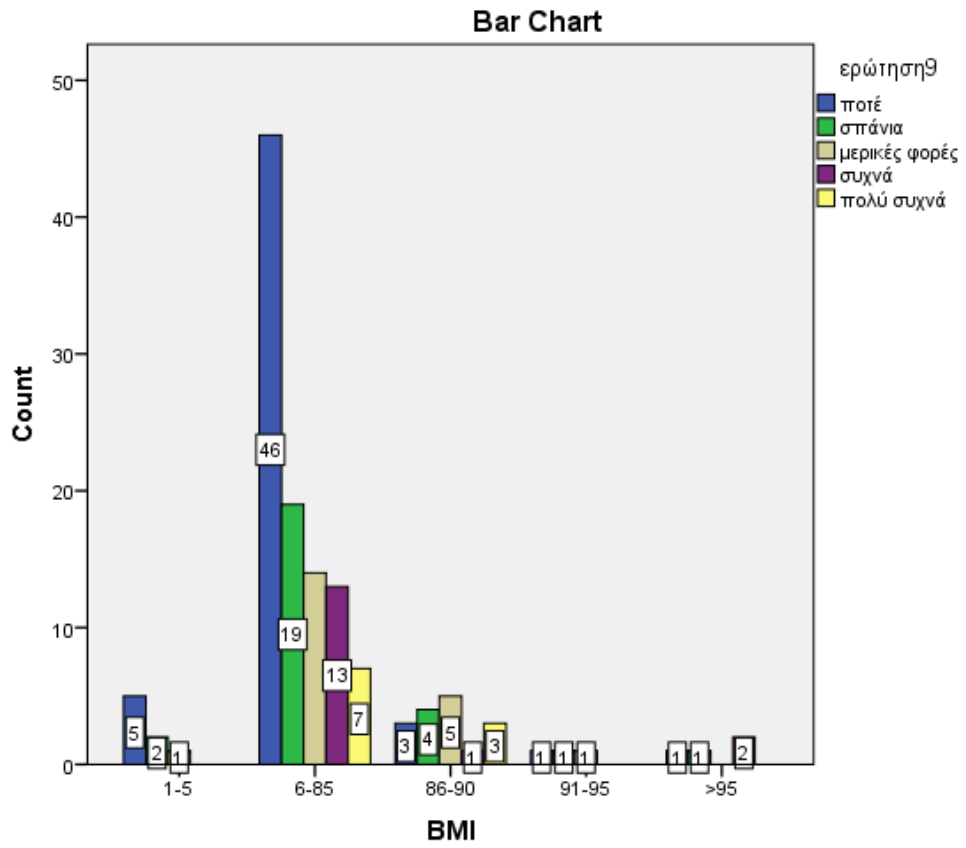
Τέλος στις ερωτήσεις 24-33, που αφορούν την κατανάλωση φαγητού σε περιπτώσεις που το φαγητό είναι νόστιμο, έχει ωραία μυρωδιά ή όψη και σε περιπτώσεις που κάποιος άλλος καταναλώνει φαγητό, βλέπουμε πως το συνηθίζουν τα περισσότερα άτομα ανεξαρτήτως καμπύλης.

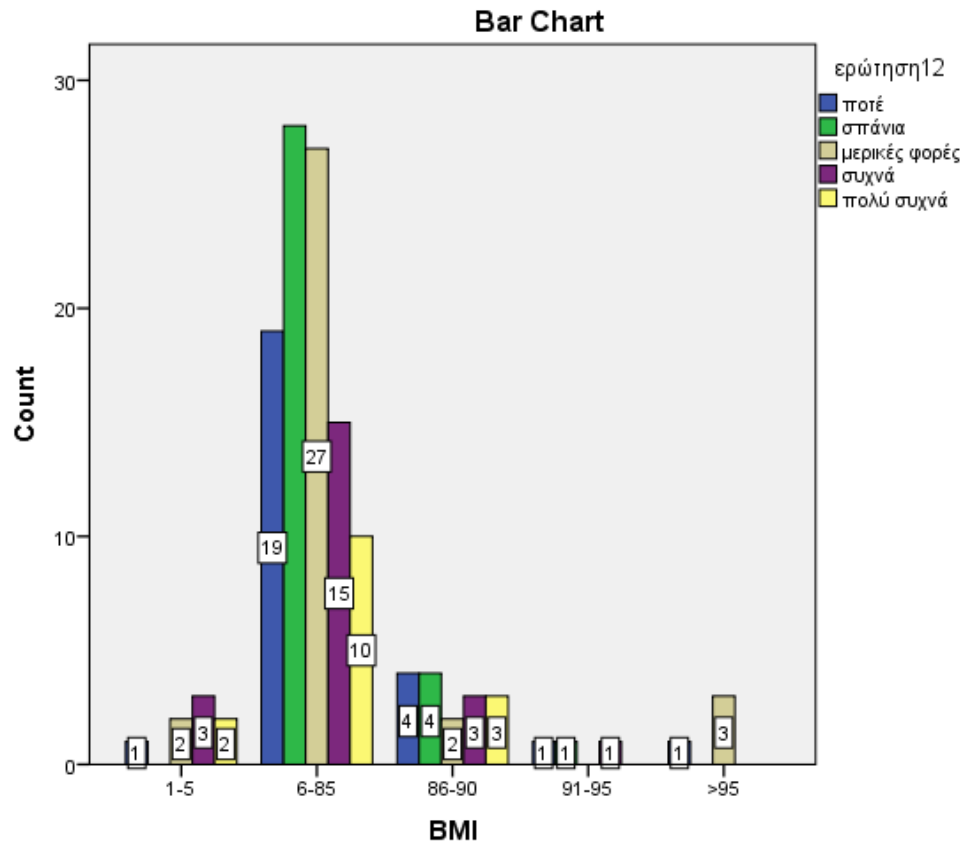
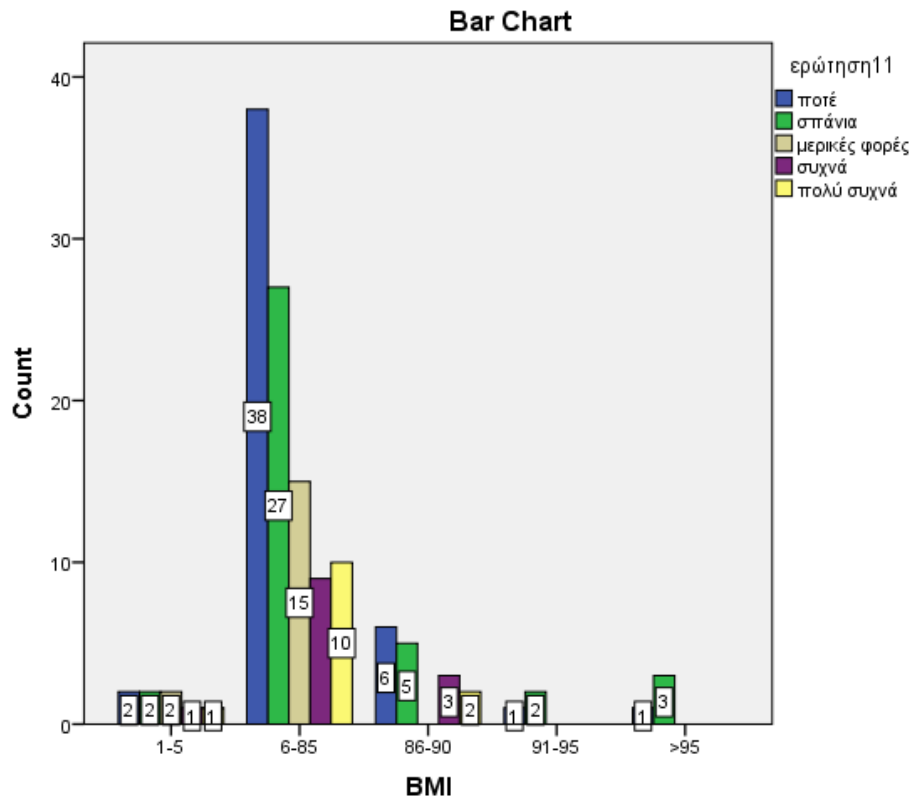


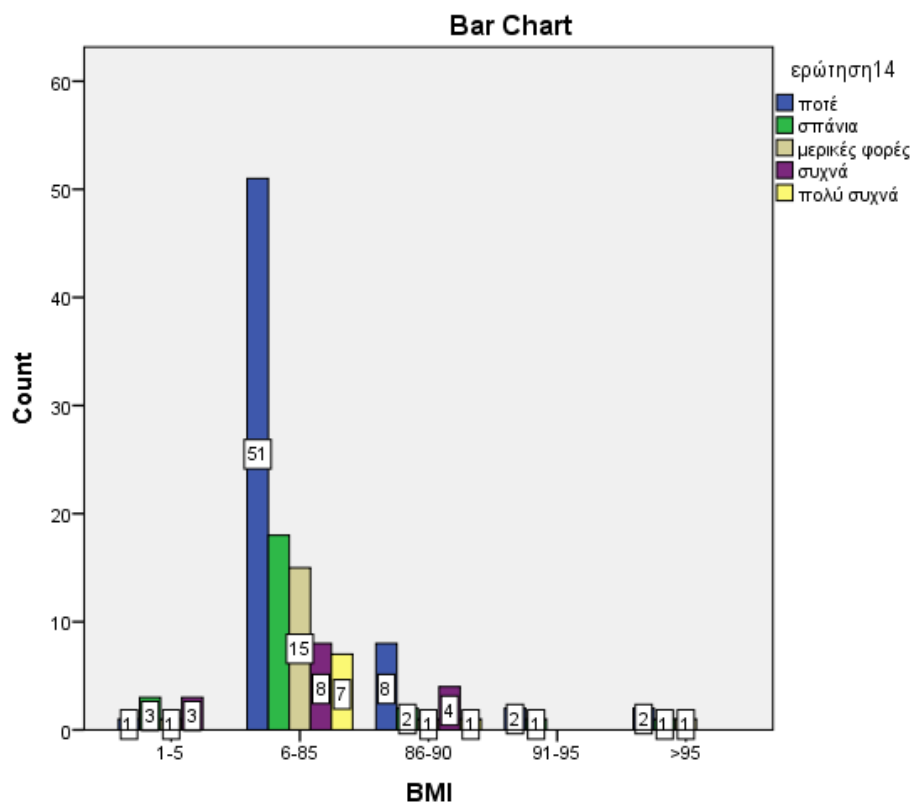
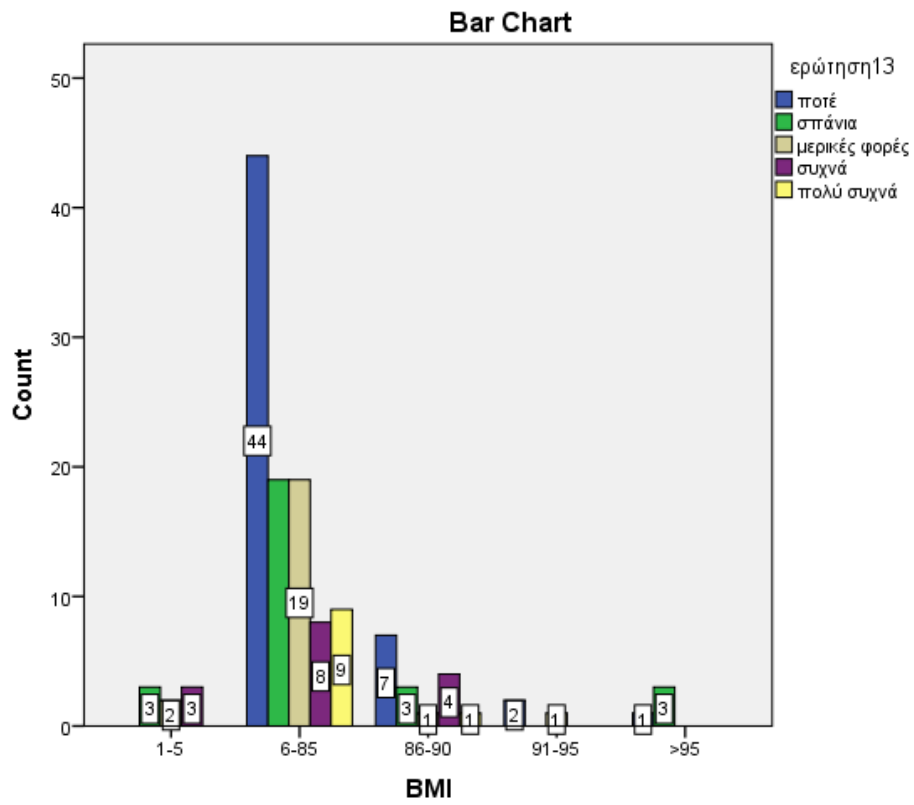


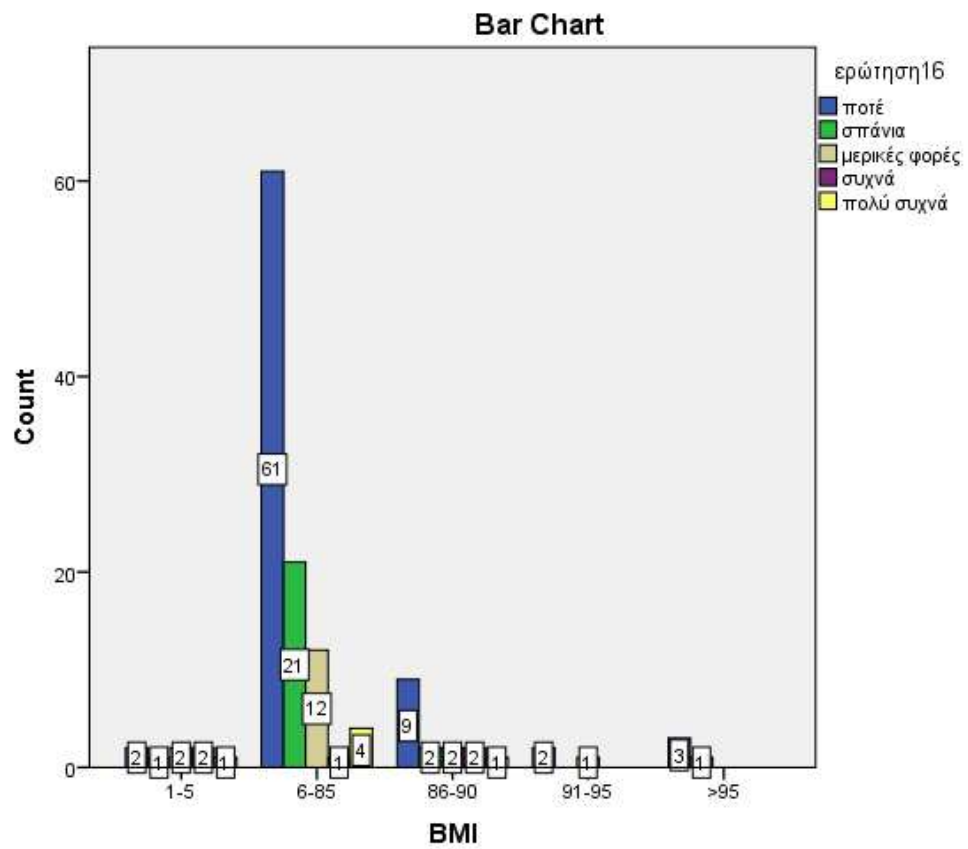
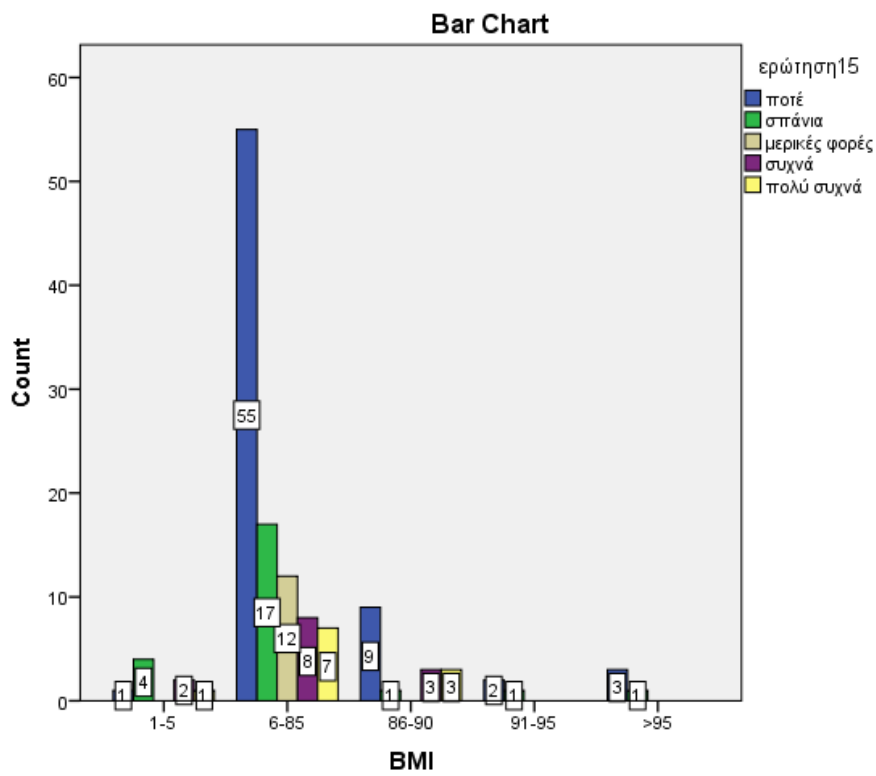


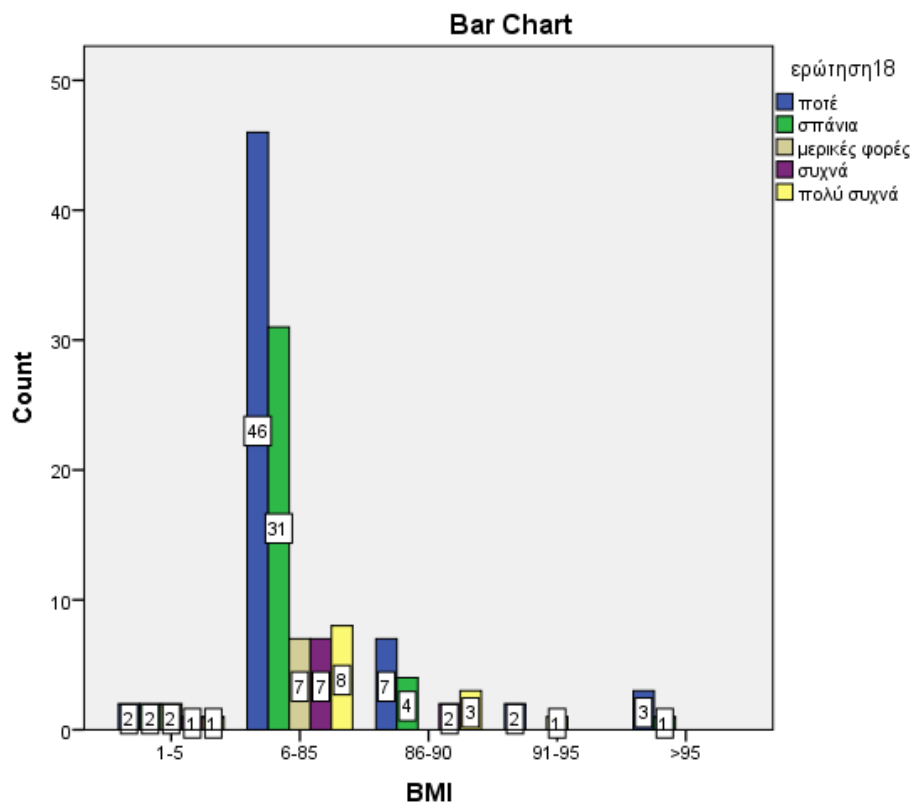
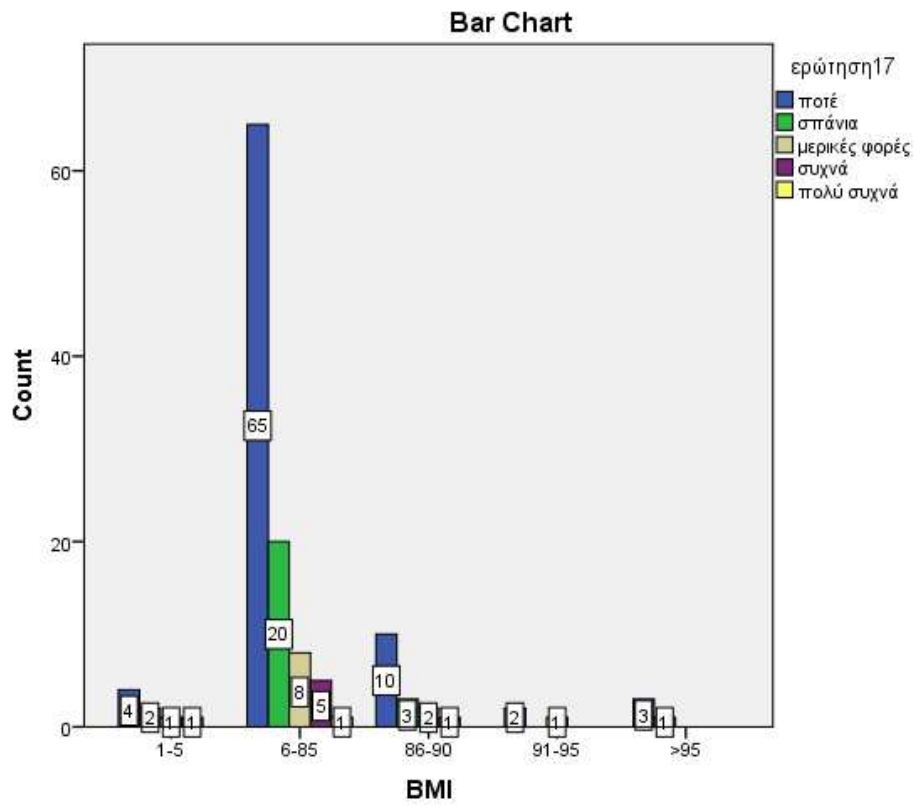


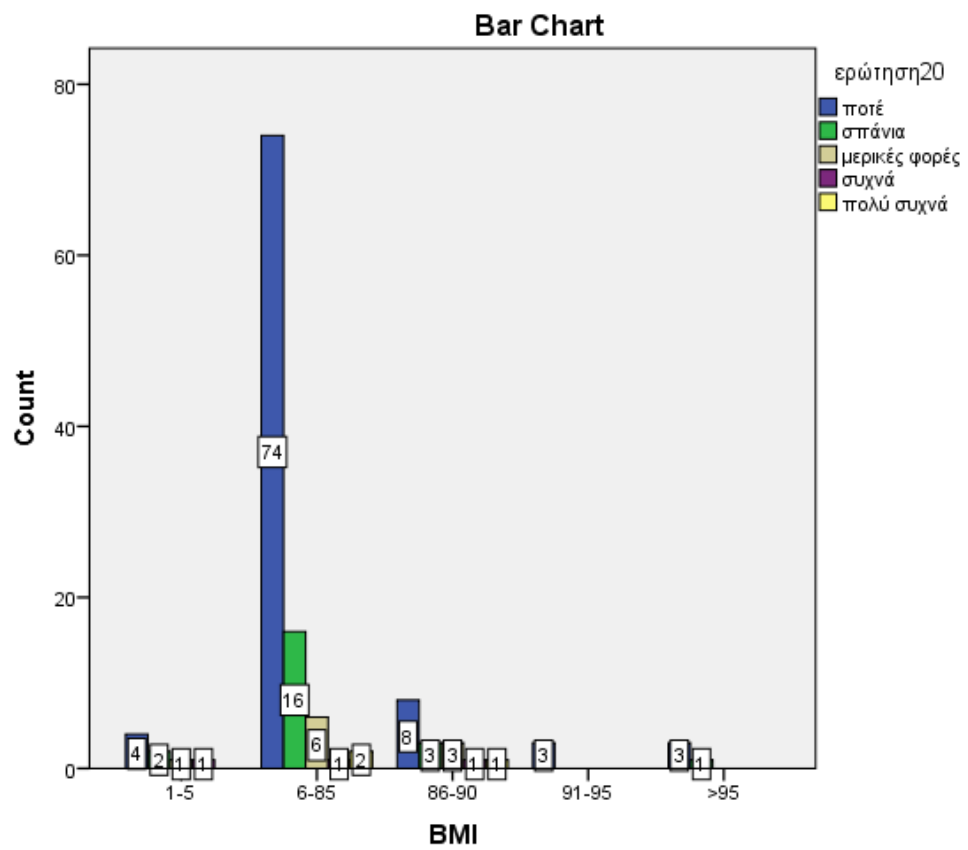
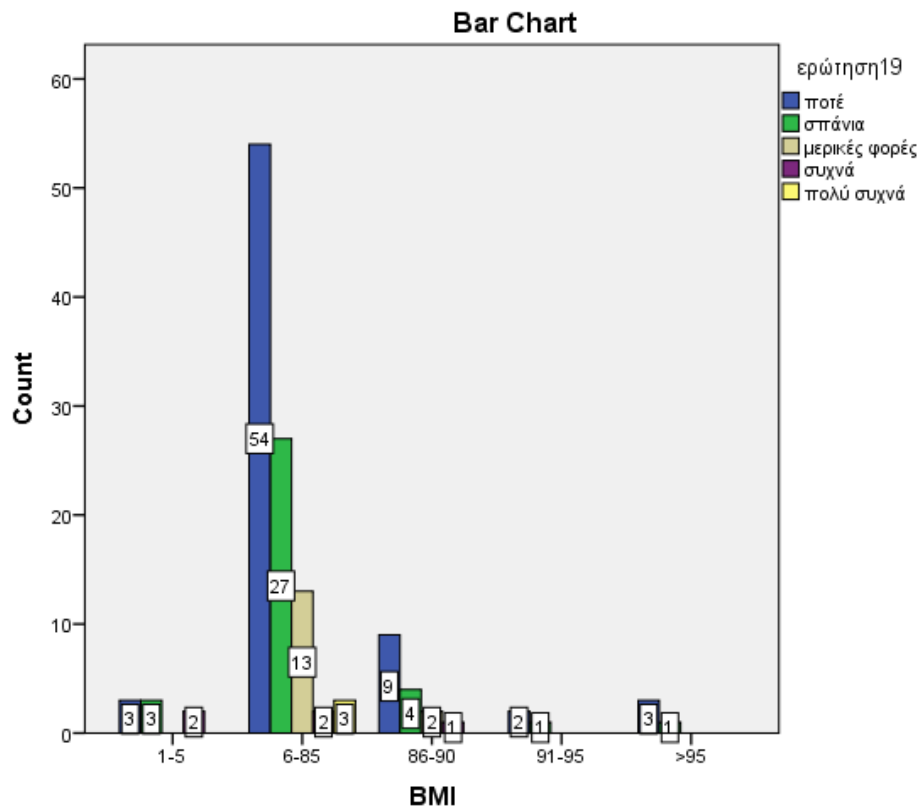


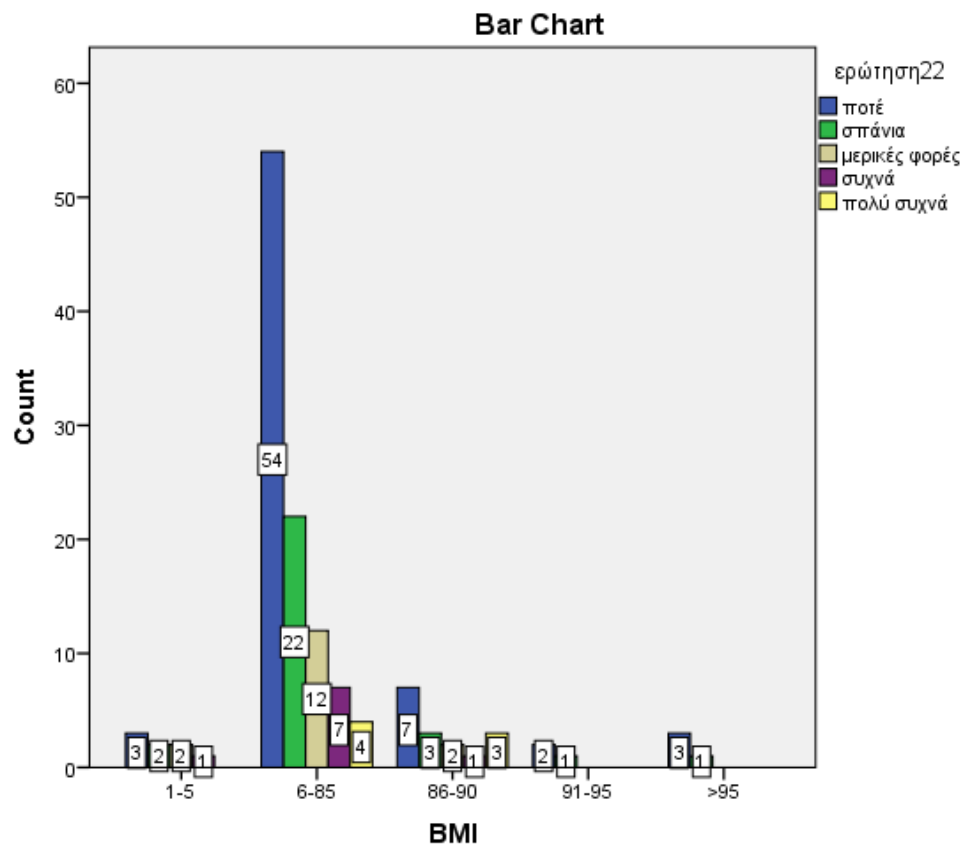
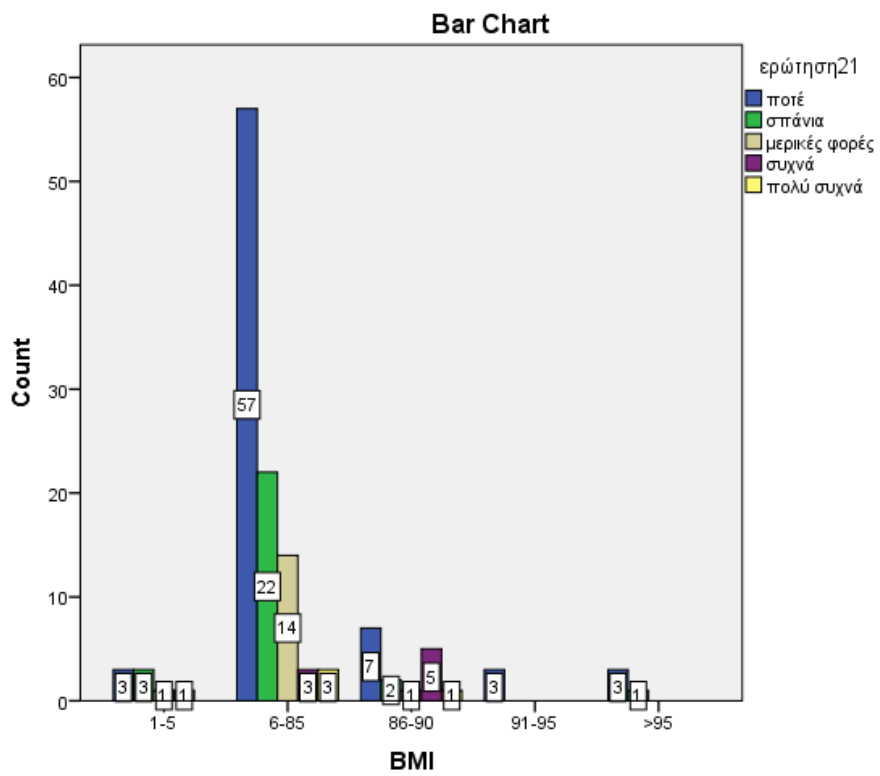


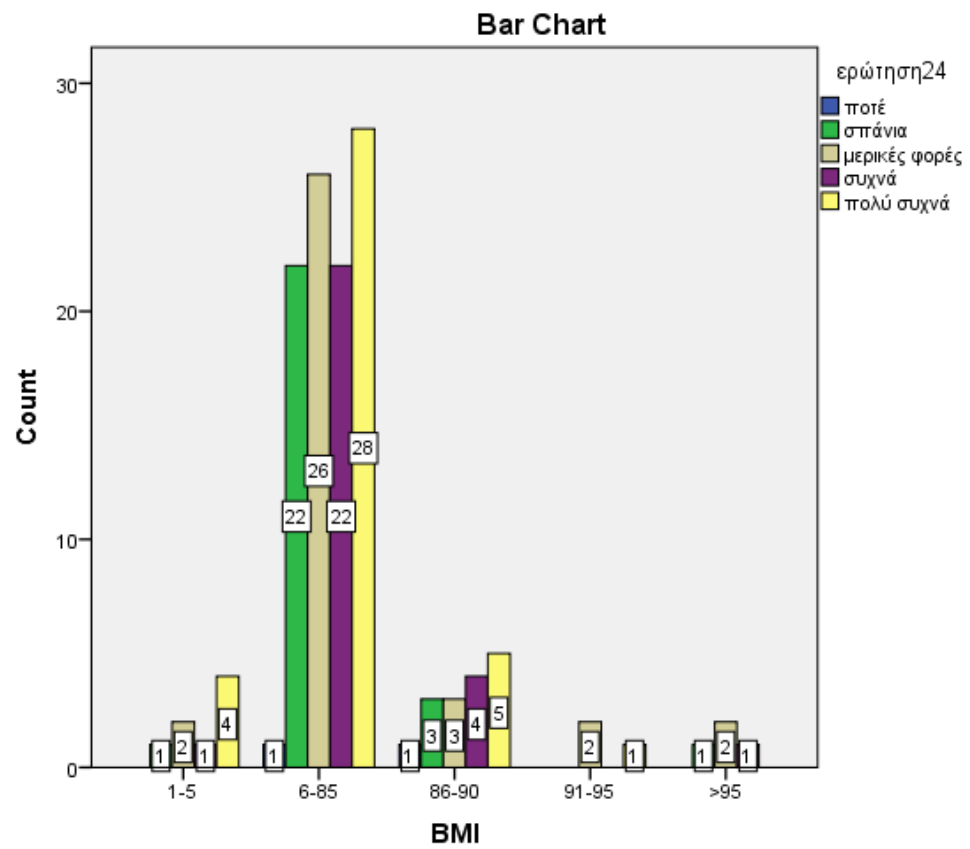
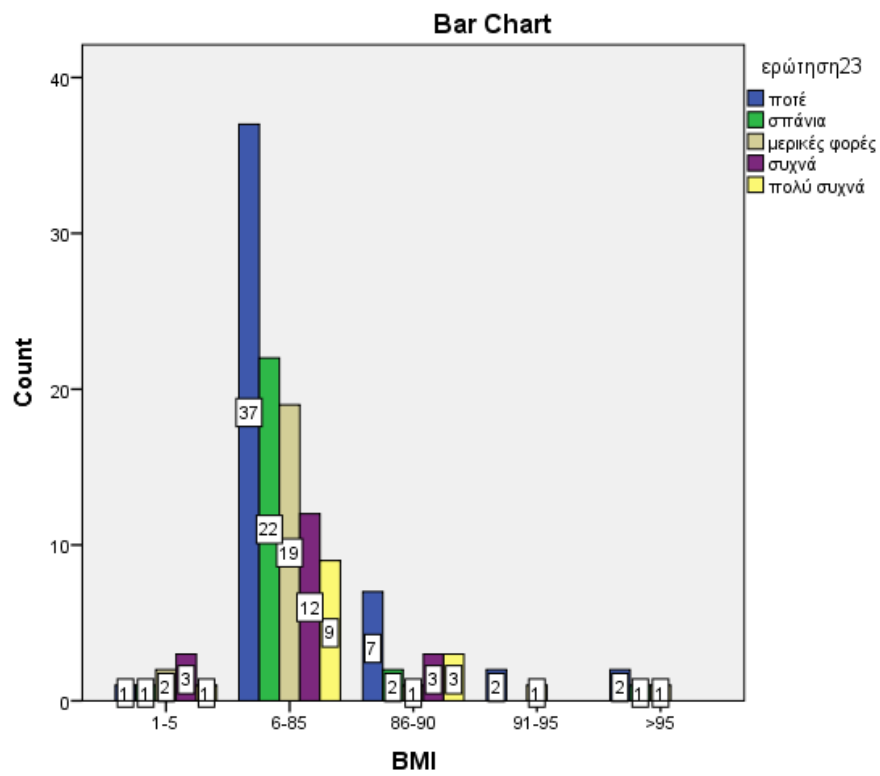


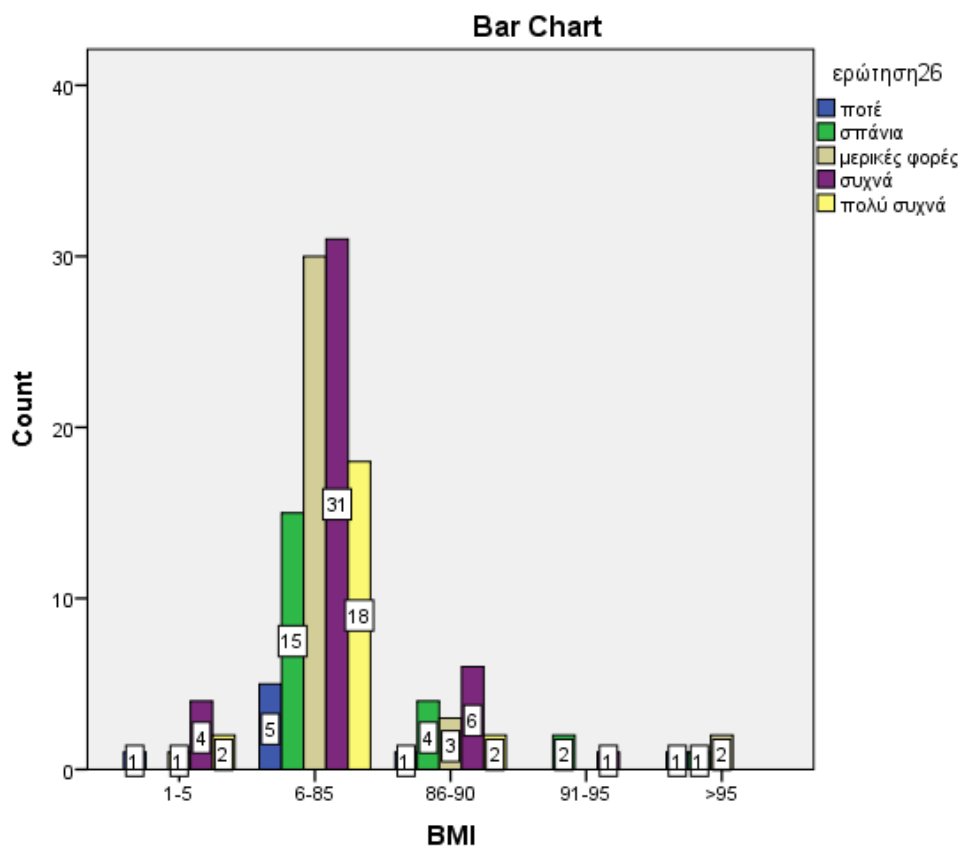
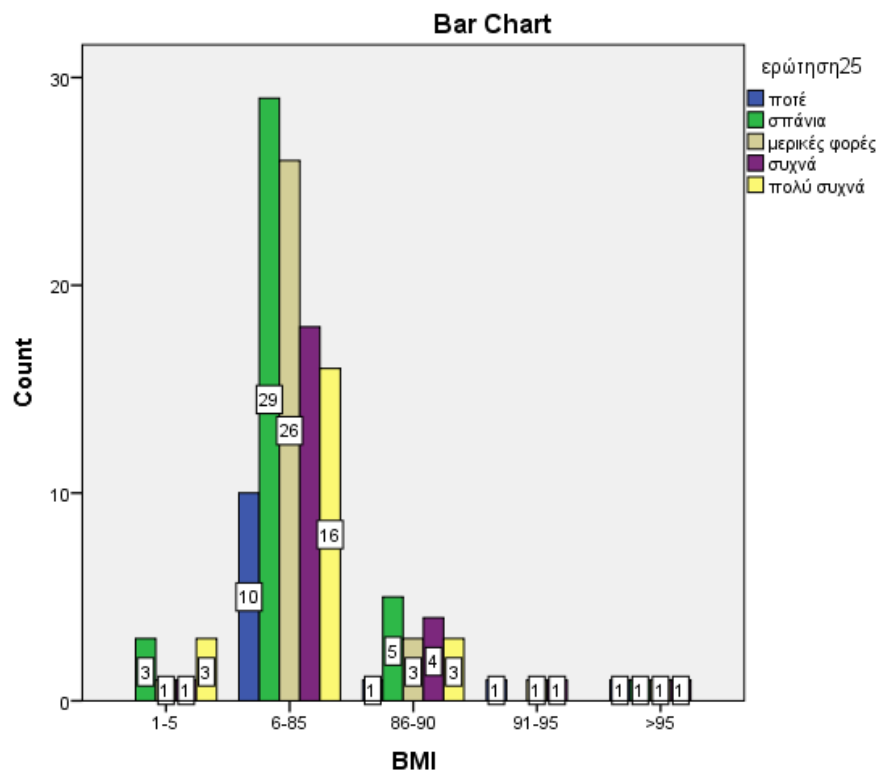


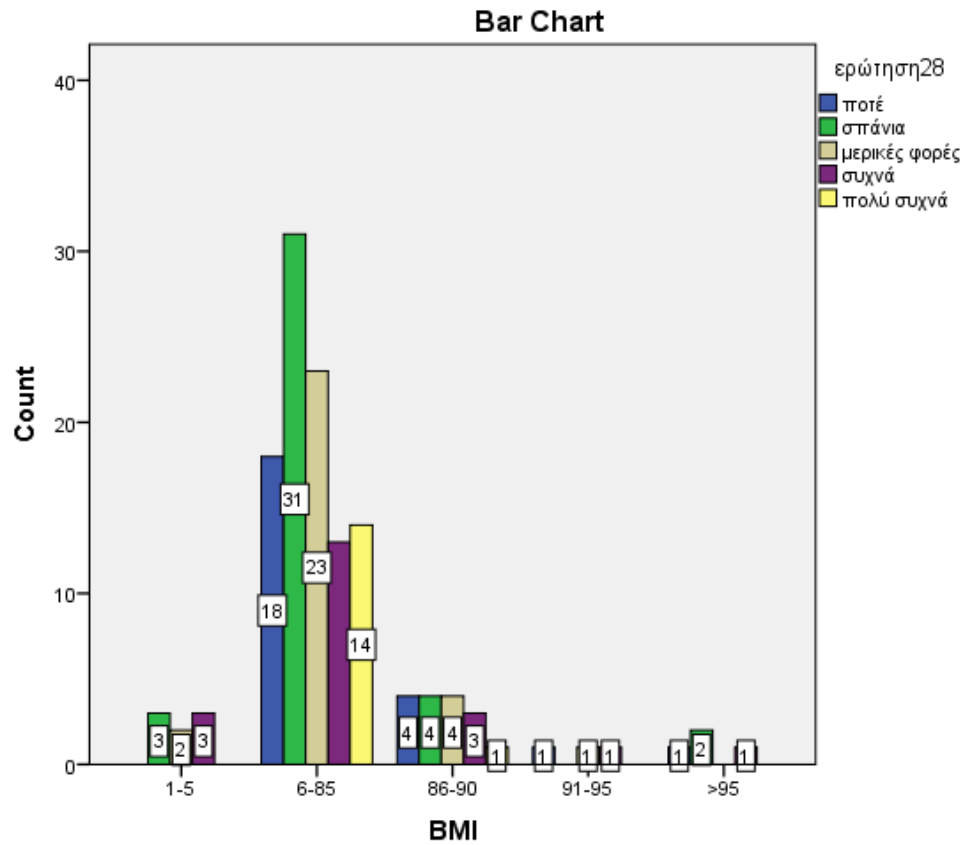
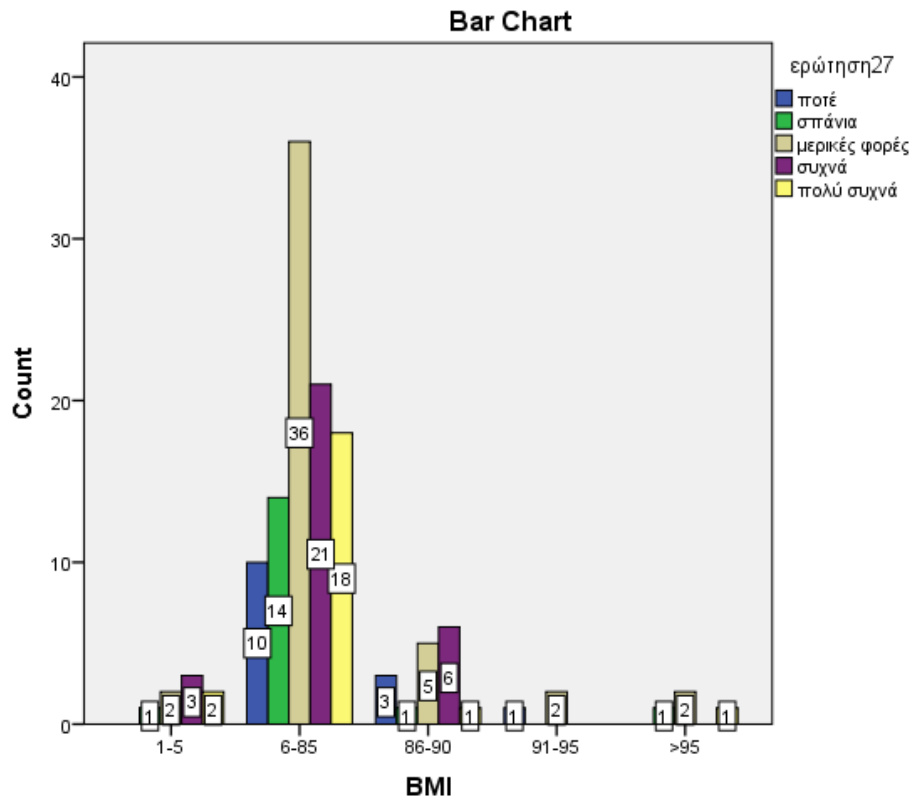


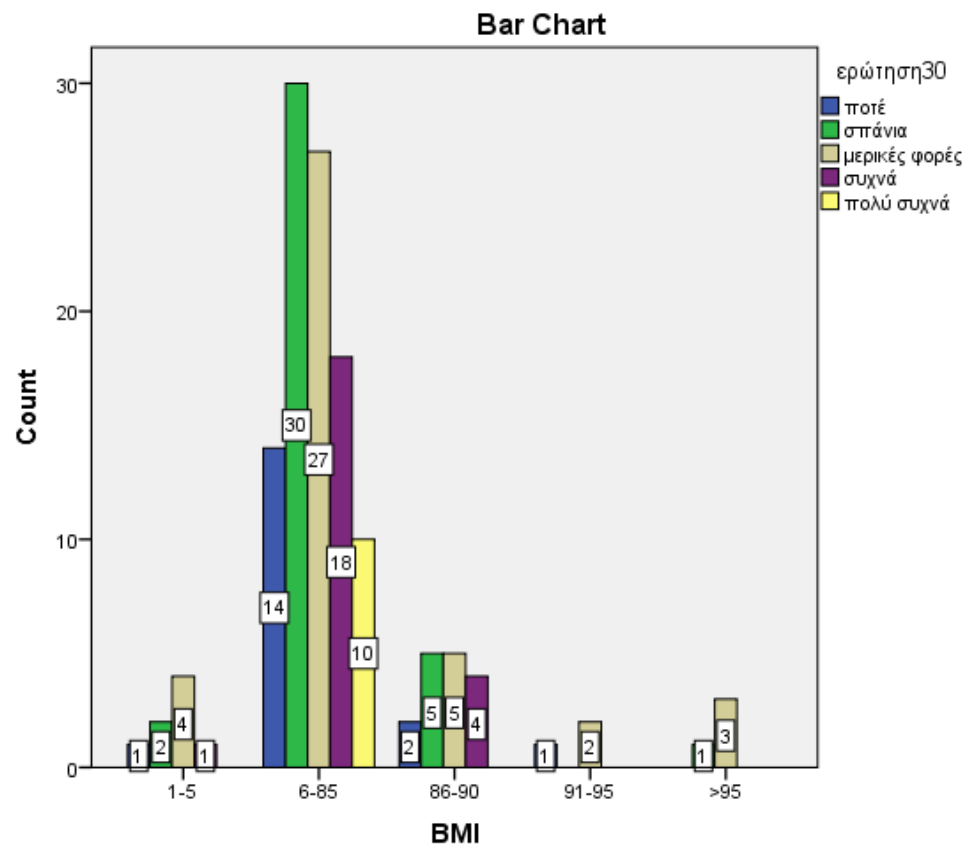
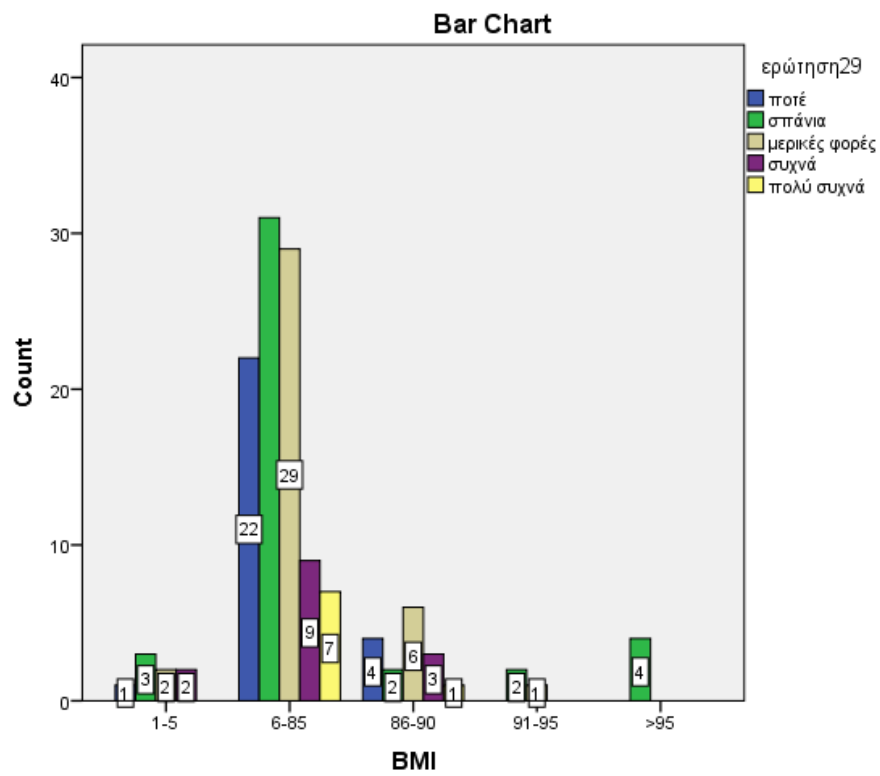


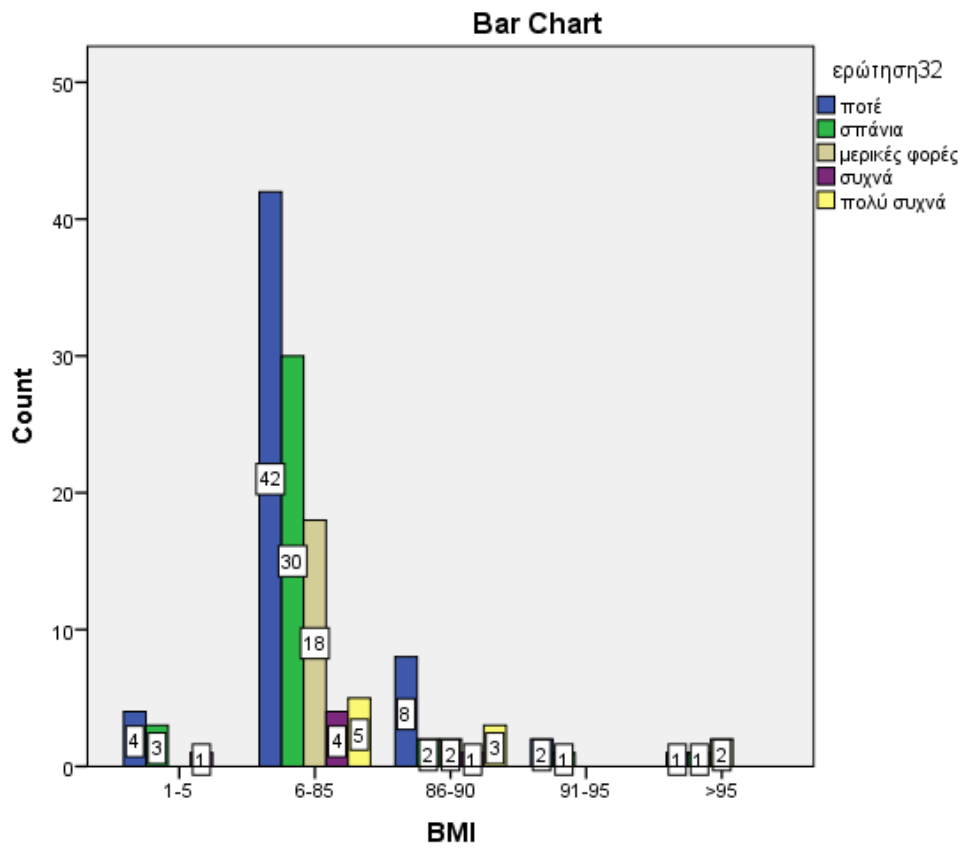
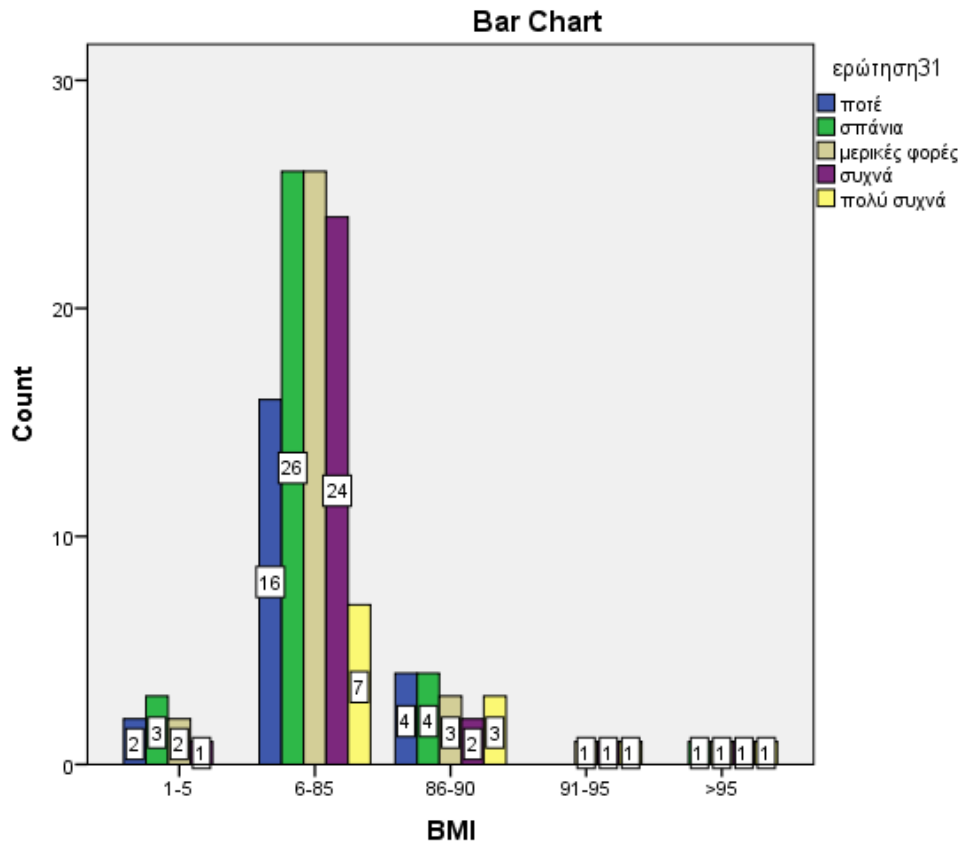


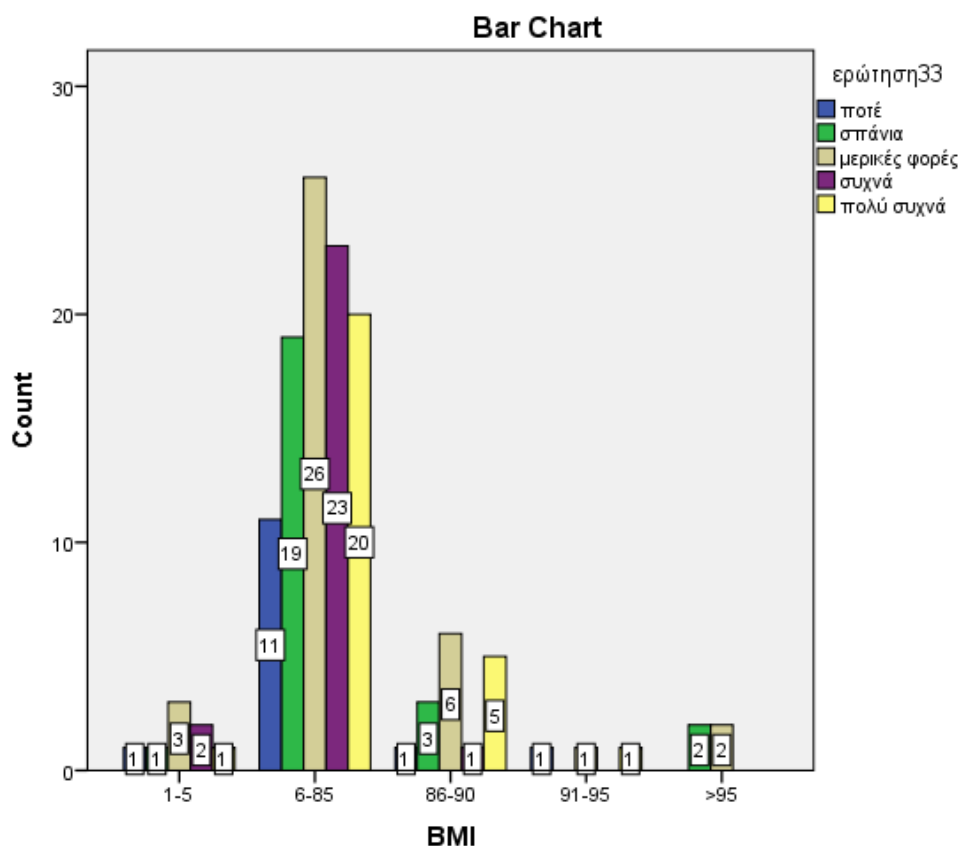












Οι ερωτήσεις του DEBQ χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες, με βάση τις οποίες καθορίζεται η διατροφική συμπεριφορά του κάθε παιδιού. Οι ερωτήσεις 1-10 διαμορφώνουν την κατηγορία «Περιορισμένο φαγητό», οι 11-23 την κατηγορία «Συναισθηματικό φαγητό» και οι ερωτήσεις 24-33 την κατηγορία «εξωτερικό φαγητό». Σε όποια από τις τρεις υποκατηγορίες, ο κάθε συμμετέχων συγκεντρώσει το μεγαλύτερο σκορ, είναι αυτή στην οποία ανήκει.

4.4 Συμπεράσματα

Στην έρευνα αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών (69,5% των αγοριών και το 81,7% των κοριτσιών) είχαν φυσιολογικό βάρος, 23,7% των αγοριών και το 7% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα, το 3,4% των αγοριών και το 8,5% των κοριτσιών ελλιποβαρή και το 3,4% των αγοριών και το 2,8% των κοριτσιών

παχύσαρκα. Αυτά τα αποτελέσματα απέχουν λίγο από τα αποτελέσματα μιας έρευνας του 2008, σύμφωνα με την οποία τα αγόρια και τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας χαρακτηρίζονται με υπερβάλλον βάρος σε ποσοστό 29,4% και 16,7% αντίστοιχα ενώ τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι 6,1% και 2,7% αντίστοιχα (Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, 2008).

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά τον έλεγχο του βάρους τους και τις διατροφικές τους συνήθειες, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν ασχολείται καθόλου. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι δεν υπολογίζουν τι τρώνε, δεν ελέγχουν το βάρος τους και δεν καταναλώνουν λιγότερο φαγητό αν πάρουν βάρος. Μόνο ένα μικρό ποσοστό, κοντά στο 5% κατά μέσο όρο, μειώνουν το φαγητό αν πάρουν βάρος και γενικά προσέχουν τη διατροφή τους.

Η μυρωδιά, η γεύση και η όψη του φαγητού φαίνεται πως επηρεάζει αρκετούς στο να καταναλώσουν περισσότερο φαγητό. Επίσης αρκετοί έλκονται όταν βλέπουν άλλους να τρώνε ή όταν ετοιμάζουν φαγητό. Έχει αποδειχθεί παλαιότερα ότι τα τρόφιμα μπορούν να χαρακτηρισθούν εθιστικά, όταν υπάρχουν αρνητικές συνέπειες από την κατανάλωσή τους ή όταν υπάρχουν αποτυχημένες προσπάθειες αποφυγής συγκεκριμένων τροφίμων ή κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων από αυτά. Στους παχύσαρκους ανθρώπους εμφανίζεται ευκολότερα ο εθισμός σε κάποια τρόφιμα σε σχέση με ανθρώπους φυσιολογικού βάρους. Ωστόσο, όταν γίνεται γρήγορη κατανάλωση τροφής, χωρίς να δίδεται σημασία στη γεύση, οδηγούμαστε στην υπερκατανάλωση της (Pelchat, 2009).

Βάση μίας άλλης έρευνας που έγινε (Gearhardt et al., 2009), φάνηκε ότι, δεν υπήρξε ιδιαίτερη διαφορά στην επιλογή φαγητού ή στη στρατηγική μεταξύ των δύο φύλων, καθώς η κύρια επιλογή των τροφίμων ήταν το παγωτό, τα ζυμαρικά και η πίτσα, ενώ το τρόφιμο που ήταν τελευταίο στην προτίμηση ήταν το donuts. Η πιο κοινή επιλογή στρατηγικής ήταν το αίσθημα πληρότητας που είχε σαν αποτέλεσμα να μειωθεί η επιθυμία κατανάλωσης για τα όχι και τόσο λαχταριστά τρόφιμα (donuts), ενώ η επιθυμία για τα λαχταριστά τρόφιμα μειώθηκε πολύ λιγότερο (Giuliani et al., 2013).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το συναισθηματικό φαγητό σχετίζονται με χαμηλότερη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι το συναισθηματικό φαγητό και τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρεάζουν τις μη υγιεινές επιλογές τροφής (Konttinen et al., 2010). Οπότε θα μπορούσαμε να πούμε ότι

αυτό το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας έρχεται σε συμφωνία με πρότερες έρευνες.

Συσχετίζοντας ατομικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, το βάρος και τις καμπύλες ανάπτυξης με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων παράγονται κάποια συμπεράσματα. Αρχικά, φάνηκε πως το φύλο σχετίζεται με τη συναισθηματική διατροφή, καθώς τα κορίτσια τείνουν να καταναλώνουν περισσότερο φαγητό σε περιπτώσεις άγχους, έντασης, ανησυχίας κλπ. Ωστόσο, το βάρος και οι καμπύλες βάρους δε φάνηκε να συσχετίζονται με τη συναισθηματική διατροφή.

Επίσης, υπάρχει συσχέτιση των διατροφικών συνηθειών με τις καμπύλες ανάπτυξης, καθώς έφηβοι φυσιολογικού βάρους τείνουν να προσέχουν την ποσότητα και το είδος του φαγητού που καταναλώνουν σε αντίθεση με λιποβαρής ή υπέρβαρους εφήβους.

Μέσα από μια έρευνα φάνηκε πως τα αγόρια και τα κορίτσια σε ηλικίες μεταξύ 12 έως 15 ετών, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες διαφορές στον τρόπο που θα εκδηλώσουν το άγχος σε σχέση με την τροφή. Η σχέση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή συμπτωμάτων άγχους και η παθολογική κατανάλωση τροφής διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων στις ηλικίες 15-18 ετών. Η σχέση αυτή αυξάνεται στα αγόρια σε ηλικίες 15 και 16 ετών ενώ στα κορίτσια 16-18 ετών. Τα συμπτώματα συννοσηρότητας κατάθλιψης/ άγχους και συναισθηματικού φαγητού γίνονται καλύτερα εμφανή στη ενήλικη ζωή. Τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα από το NationalAdolescentSupplement (2011) αναφέρουν ότι η ηλικία έναρξης διατροφικών διαταραχών είναι μεταξύ 12,3-12,6 ετών (Swansonetal., 2011). Υπάρχουν πολλοί λόγοι εμφάνισης διατροφικών διαταραχών λόγω κατάθλιψης ή άγχους. Οι πιο κοινοί είναι η τελειομανία, η μειωμένη αυτοεκτίμηση/ αυτοαποτελεσματικότητα και η συνεχής εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων. Ένας ακόμη σημαντικός λόγος είναι οι ορμονικές αλλαγές που υφίστανται τα παιδιά κατά την περίοδο της εφηβείας. (Holm-Denoma et al., 2014;Svensson et al., 2014)

Το συναίσθημα της μοναξιάς είναι συνδεδεμένο με την βουλιμία και τα υπερφαγικά επεισόδια. Έχει βρεθεί ότι η μοναξιά έχει αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας αντιλαμβάνονται το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Η μοναξιά οδηγεί σε αυξημένη επιθυμία κατανάλωσης τροφής. (Harneyetal., 2014)

Εξετάζοντας τις σχέσεις του συναισθηματικού φαγητού και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την κατανάλωση γλυκών ή μη-γλυκών ενεργειακών φαγητών και λαχανικών/ φρούτων, αποδείχθηκε αρχικά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με το συναισθηματικό φαγητό σε άνδρες και γυναίκες καθώς επίσης και με αυξημένο σωματικό βάρος. Και τα δύο φύλα καταναλώνουν περισσότερα γλυκά σε φάσεις συναισθηματικής διατροφής, ενώ στους άνδρες παρατηρήθηκε η κατανάλωση και διάφορων άλλων τροφών, εκτός από τα γλυκά, χωρίς απαραίτητα να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή να κάνουν περιορισμούς στη διατροφή τους (Konttinen et al., 2010).

Τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με άλλες έρευνες, καθώς έχει βρεθεί ότι το άγχος οδηγεί σε συναισθηματικό φαγητό περισσότερο στις γυναίκες και ιδιαίτερα στις έφηβες παρά στους έφηβους. Τα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία είναι περισσότερο επιρρεπείς στην υπερκατανάλωση τροφής παρουσία stress. Μέσα από έρευνα που έλεγξε τη σχέση που έχουν τα επίπεδα κορτιζόλης στον οργανισμό με το ψυχολογικό stress και τους μηχανισμούς που επηρεάζουν την πείνα, αποδείχθηκε ότι υψηλά επίπεδα κορτιζόλης σχετίζονται με την κατανάλωση περισσότερου φαγητού, και ειδικά τροφών που περιέχουν ζάχαρη (Erel et al., 2001). Η σχέση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή συμπτωμάτων άγχους και η παθολογική κατανάλωση τροφής διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων στις ηλικίες 15-18 ετών. Η σχέση αυτή αυξάνεται στα αγόρια σε ηλικίες 15 και 16 ετών ενώ στα κορίτσια 16-18 ετών (Swanson et al., 2011).

4.5 Μελλοντικές έρευνες

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τη σχέση που έχει το συναισθηματικό φαγητό με το άγχος σε ένα δείγμα 130 εφήβων. Μελλοντικές έρευνες μπορούν να διευρύνουν αυτό το δείγμα σε μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και σε διάφορες ηλικίες, ώστε τα αποτελέσματα να είναι πιο ολοκληρωμένα. Επίσης, η έρευνα μπορεί να επεκταθεί και σε άλλες περιοχές, ώστε να καλύψει μια πανελλαδική όψη της κατάστασης. Ακόμα μπορεί στο μέλλον να αναζητηθούν συσχετίσεις της συναισθηματικής διατροφής και με άλλες παραμέτρους, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική θέση, η οικονομικά κατάσταση, οι εξαρτήσεις, η εργασία κ.α.

Βιβλιογραφία:

Alramadhan, E., Hanna, M.S., Hanna, M.S., Goldstein, T.A., Avila, S.M., Weeks, B.S., 2012. Dietary and botanical anxiolytics. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research* 18, Ra40-48.

Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D.S., 2009. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America* 32, 483-524.

Blair, E. H., Wing, R. R., & Wald, A., 1991. The effect of laboratory stressors on glycemic control and gastrointestinal transit time. *Psychosomatic Medicine*, 53, 133–143.

Bryant, R.A., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R., Strain, J., 2011. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and anxiety* 28, 802-817.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Joyce, P.R., 1997. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta psychiatrica Scandinavica* 96, 101-107.

Charney, D.S., 2003. The psychobiology of resilience and vulnerability to anxiety disorders: implications for prevention and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience* 5, 207-221.

Chen, J., Wang, Z., Guo, B., Arcelus, J., Zhang, H., Jia, X., Xu, Y., Qiu, J., Xiao, Z., Yang, M., 2012. Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young Chinese women. *PloS one* 7, e46878.

Chesler, B.E., 2012. Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *TheScientificWorldJournal* 2012, 365961.

Combs, H., Markman, J., 2014. Anxiety Disorders in Primary Care. *Medical Clinics of North America* 98, 1007-1023.

Corsica, J., Hood, M. M., Katterman, S., Kleinman, B. & Ivan, I., 2014. Development of a novel mindfulness and cognitive behavioral intervention for stress-eating: a comparative pilot study. *Eat Behav.*, 15(4):694-9.

Daubenmier, J., Lin, J., Blackburn, E., Hecht, F.M., Kristeller, J., Maninger, N., Kuwata, M., Bacchetti, P., Havel, P.J., Epel, E., 2012. Changes in stress, eating, and metabolic factors are related to changes in telomerase activity in a randomized mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology* 37, 917-928.

Dziurowicz-Kozłowska, A.H., Wierzbicki, Z., Lisik, W., Wasiak, D., Kosieradzki, M., 2006. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obesity surgery* 16, 196-202.

Epel ES, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26:37–49.

Ferber, C., & Cabanac, M., 1987. Influence of noise on gustatory affective ratings and preference for sweet and salt. *Appetite*, 8, 229–235.

Garfinkel, P. & Walsh, T.B., 1997. Drug Treatment In: Garner D. and Garfinkel P (Eds) *Handbook of Treatment for Eat. Dis.* pp. 372-380, The Guilford Press

Gearhardt, A.N., Corbin, W.R., Brownell, K.D., 2009. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 52, 430-436.

Geliebter, A. & Aversa, A., 2003. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals, *Eating behaviors*, 3 (4), 341-347.

Gibson, E. L., 2006. Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89, 53–61.

Giuliani, N.R., Calcott, R.D., Berkman, E.T., 2013. Piece of cake. Cognitive reappraisal of food craving. *Appetite* 64, 56-61.

Grave, R.D., Calugi, S., Sartirana, M. & Fairburn, C. G, 2015. Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder WHO are not underweight. *Behav Res Ther.* 73:79-82.

Greeno, G. G., & Wing, R. R., 1994. Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444–464.

Harney, M.B., Fitzsimmons-Craft, E.E., Maldonado, C.R., Bardone-Cone, A.M., 2014. Negative Affective Experiences in Relation to Stages of Eating Disorder Recovery. *Eating behaviors* 15, 24-30.

Holm-Denoma, J.M., Hankin, B.L., Young, J.F., 2014. Developmental Trends of Eating Disorder Symptoms and Comorbid Internalizing Symptoms in Children and Adolescents. *Eating behaviors* 15, 275-279.

Hsu, L.K.G., 1990. *Eating Disorders*, Guilford Press.

Khan, A., Leventhal, R.M., Khan, S., Brown, W.A., 2002. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders* 68, 183-190.

Klump, K. L., Keel, P. K., R., S. E., Burt, S. A., Neale, M., Sisk, C. L., Boker, S. & Hu, J. Y., 2013. The interactive effects of estrogen and progesterone on changes in emotional eating across the menstrual cycle, *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 131-137.

Konttinen, H., Mannisto, S., Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., Haukkala, A., 2010. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite* 54, 473-479.

Krebs, H., Macht, M., Weyers, P., Weijers, H.-G., & Janke, W., 1996. Effects of stressful noise on eating and non-eating behavior in rats. *Appetite*, 26, 193–202.

Lowe, M. R. & Fisher, E. B. Jr, 1983. Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: A naturalistic study, *Journal of Behavioral Medicine*, 6 (2), 135-149

Lucassen, E.A., Zhao, X., Rother, K.I., Mattingly, M.S., Courville, A.B., de Jonge, L., Csako, G., Cizza, G., 2013. Evening chronotype is associated with changes in eating behavior, more sleep apnea, and increased stress hormones in short sleeping obese individuals. *PloS one* 8, e56519.

Lumeng, J.C., Miller, A.L., Peterson, K.E., Kaciroti, N., Sturza, J., Rosenblum, K., Vazquez, D.M., 2014. Diurnal Cortisol Pattern, Eating Behaviors and Overweight in Low-Income Preschool-Aged Children. *Appetite* 73, 65-72.

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

Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R.B., Keller, M.B., 2011. Occupational impairment and Social Anxiety Disorder in a sample of primary care patients. *Journal of affective disorders* 130, 209-212.

Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K., Flegal, K.M., 2012. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *Jama* 307, 483-490.

Oliver, G. & Wardle, J., 1999. Perceived effects of stress on food choice. *PHYSIOL BEHAV*, 66(3) 511–515.

Otowa, T., Maher, B.S., Aggen, S.H., McClay, J.L., van den Oord, E.J., Hettema, J.M., 2014. Genome-wide and gene-based association studies of anxiety disorders in European and african american samples. *PloS one* 9, e112559.

Pasquali, R., Vicennati, V., Agostini, A., Pagotto, U., 2010. Glucocorticoids, stress and obesity. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism* 5, 425-434.

Pelchat, M.L., 2009. Food addiction in humans. *The Journal of nutrition* 139, 620-622.

Ranzenhofer, L.M., Hannallah, L., Field, S.E., Shomaker, L.B., Stephens, M., Sbrocco, T., Kozlosky, M., Reynolds, J., Yanovski, J.A., Tanofsky-Kraff, M., 2013. Pre-meal affective state and laboratory test meal intake in adolescent girls with loss of control eating. *Appetite* 68, 30-37.

Sciences, I.J.o.P.a.P., 2010. NEUROCHEMICAL MODULATION OF ANXIETY DISORDERS. 2.

Shrewsbury, V., Wardle, J., 2008. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 16, 275-284.

Streck, E.L., Goncalves, C.L., Furlanetto, C.B., Scaini, G., Dal-Pizzol, F., Quevedo, J., 2014. Mitochondria and the central nervous system: searching for a pathophysiological basis of psychiatric disorders. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)* 36, 156-167.

Svensson, M., Hult, M., van der Mark, M., Grotta, A., Jonasson, J., von Hausswolff-Juhlin, Y., Rössner, S., Trolle Lagerros, Y., 2014. The Change in Eating Behaviors in a Web-Based Weight Loss Program: A Longitudinal Analysis of Study Completers. *Journal of Medical Internet Research* 16.

Tanofsky-Kraff, M., McDuffie, J.R., Yanovski, S.Z., Kozlosky, M., Schvey, N.A., Shomaker, L.B., Salaita, C., Yanovski, J.A., 2009. Laboratory assessment of the food intake of children and adolescents with loss of control eating. *The American journal of clinical nutrition* 89, 738-745.

Tassin, C., Reynaert, C., Jacques, D., Zdanowicz, N., 2014. Anxiety disorders in adolescence. *Psychiatria Danubina* 26 Suppl 1, 27-30.

Tomiyama, A.J., Schamarek, I., Lustig, R.H., Kirschbaum, C., Puterman, E., Havel, P.J., Epel, E.S., 2012. Leptin concentrations in response to acute stress predict subsequent intake of comfort foods. *Physiology & behavior* 107, 34-39.

Turner H., Bryant-Waugh R. & Marshall E., 2015. The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behaviouraltherapy for eating disorders. *Behav Res Ther.* 73:165-169.

Waite, P., Creswell, C., 2015. Observing Interactions between Children and Adolescents and their Parents: The Effects of Anxiety Disorder and Age. *Journal of abnormal child psychology.*

Willner, P., & Healy, S., 1994. Decreased hedonic responsiveness during a brief depressive mood swing. *Journal of Affective Disorders*, 32, 13–20.

Wing, R. R., Blair, E. H., Epstein, L. H., & McDermott, M. D., 1990. Psychological stress and glucose metabolism in obese and normalweight subjects: A possible mechanism for differences in stress-induced eating. *Health Psychology*, 9, 693–700.

Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., Hoyer, J., 2002. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of clinical psychiatry* 63 Suppl 8, 24-34.

Παράρτημα

The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior

APPEN , ΘΗΛΥ

ΒΑΡΟΣ:

ΥΨΟΣ:

1. **Αν έχετε πάρει βάρος, τρώτε λιγότερο από ό, τι συνήθως;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

2. **Προσπαθείτε να καταναλώνετε λιγότερη τροφή κατά τα γεύματα σας από όσο θα θέλατε;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

3. **Πόσο συχνά αρνείστε φαγητό ή ποτό που σας προσφέρονται επειδή ανησυχείτε για το βάρος σας;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

4. **Παρακολουθείτε επακριβώς οτιδήποτε καταναλώνετε;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

5. **Τρώτε συνειδητά τρόφιμα που είναι κατάλληλα για αδυνάτισμα;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

6. **Όταν έχετε φάει πάρα πολύ μια μέρα, τρώτε λιγότερο απ 'ότι συνήθως τις επόμενες ημέρες;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

7. **Μήπως σκόπιμα τρώτε λιγότερο, ώστε να μην παχύνετε;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

8. **Πόσο συχνά κάνετε προσπάθεια να μην τρώτε μεταξύ των γευμάτων επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

9. **Πόσο συχνά δεν τρώτε το βράδυ επειδή παρακολουθείτε το βάρος σας;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

10. **Έχετε λάβει υπόψη το βάρος σας αναλόγως με το τι τρώτε;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

11. **Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε εκνευρισμένος/η;**

Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά

12. **Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν δεν έχετε τίποτα να κάνετε?**

- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 13. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν νιώθετε κατάθλιψη ή είστε αποθαρρυσμένος/η?**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 14. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν αισθάνεστε μοναξιά;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 15. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν κάποιος σας έχει απογοητεύσει;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 16. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν πρέπει να πάρετε μια σημαντική απόφαση;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 17. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν αισθάνεστε να πλησιάζει να συμβεί κάτι δυσάρεστο;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 18. Μήπως έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε αγχωμένος/η, ανήσυχος/η ή σε ένταση;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 19. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή, όταν τα πράγματα είναι εναντίον σας ή όταν έχουν πάει στραβά;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 20. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε φοβισμένος/η ;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 21. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε απογοητευμένος/η;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 22. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν είστε συναισθηματικά αναστατωμένος; ***
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 23. Έχετε την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή όταν βαριέστε ή είστε ανήσυχος/η?**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 24. Αν το φαγητό έχει ωραία γεύση, τρώτε περισσότερο απ' ότι συνήθως;**

- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 25. Αν το φαγητό μυρίζει και δείχνει ωραίο τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο ;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 26. Όταν δείτε ή μυρίσετε κάτι νόστιμο, έχετε την επιθυμία να το καταναλώσετε;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 27. Όταν έχετε κάτι νόστιμο για να φάτε, τρώτε αμέσως ή μπορείτε να κρατηθείτε?**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 28. Αν περάσετε μπροστά από ένα φούρνο, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 29. Αν περάσετε μπροστά από ένα σνακ μπαρ ή ένα καφέ, έχετε την επιθυμία να αγοράσετε κάτι νόστιμο;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 30. Αν δείτε άλλους να τρώνε, έχετε κι εσείς την επιθυμία να καταναλώσετε τροφή;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 31. Μπορείτε να αντισταθείτε στα νόστιμα φαγητά;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 32. Τρώτε περισσότερο από το συνηθισμένο, όταν βλέπετε άλλους να τρώνε;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά
- 33. Όταν ετοιμάζετε ένα γεύμα μπαίνετε σε πειρασμό να τσιμπολογήσετε κάτι;**
- Ποτέ Σπάνια Μερικές φορές Συχνά Πολύ συχνά