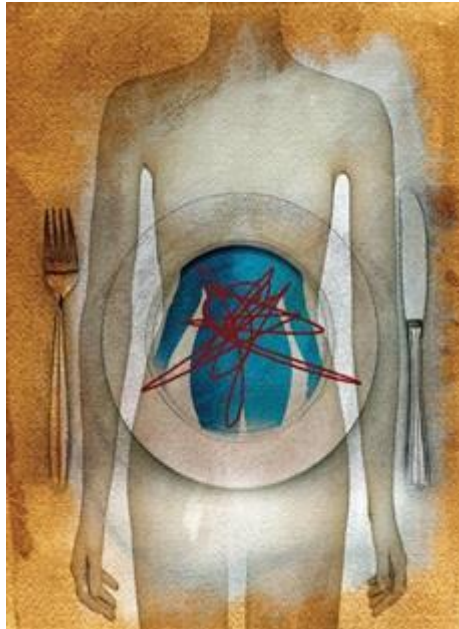




ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Διατροφικές Διαταραχές εφήβων αθλητριών αγωνιστικής
γυμναστικής»



Αγγελική Σαγιά

ΑΜ:2500

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σφακιανάκη Ειρήνη (επιβλέπουσα)

Μουρατίδου Θεοδώρα

Μπαλαφούτη Θεοδώρα

ΣΗΤΕΙΑ, «Δεκέμβριος» «2020»

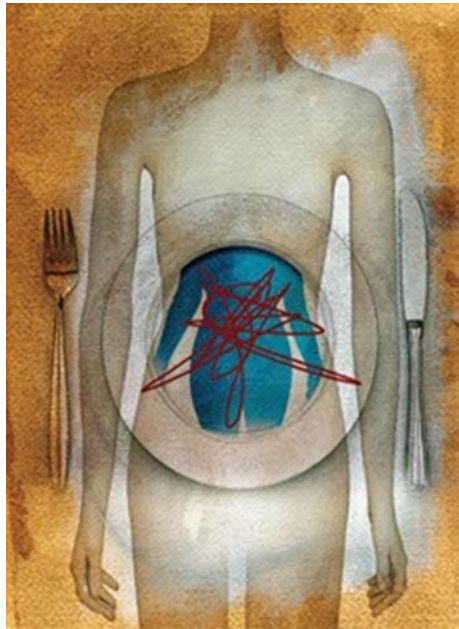


HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS SCIENCES

THESIS

for the Undergraduate Degree

«Eating Disorders of Adolescent Athletes»



«Angeliki Sagia»

YD:2500

Three-member Examination Committee

Irini Sfakianaki (supervisor)

Muratidou Theodora

Balafouti Theodora

SITIA «December» «2020»

Υπέθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.

Αποδέχομαι ότι η Βιβλιοθήκη μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από την ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο, καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

“Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κ. Σφακιανάκη, για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στην προσπάθεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις φίλες μου και τον Ξανθίδη Ηλία, που με υποστήριζαν σ’ αυτή τη προσπάθεια και τέλος τις έφηβες κοπέλες, που με βοήθησαν με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.”

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αγωνιστική γυμναστική αποτελείται από μια ομάδα αθλημάτων (ρυθμική γυμναστική, ενόργανη γυμναστική, αγωνιστικό τραμπολίνο) όπου οι αθλητές ξεκινούν την ενασχόληση τους με αυτή από πολύ μικρή ηλικία. Είναι αθλήματα που απαιτούν ταχύτητα και δύναμη αλλά ταυτόχρονα αισθητική γοητεία και χάρη. Για να το καταφέρουν εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα σωματικού και ψυχολογικού στρες από τις πολλές ώρες έντονης αθλητικής προπόνησης και την πίεση του περίγυρου τους. Λόγω της ανάγκης διατήρησης χαμηλού σωματικού βάρους, οι αθλητές που συμμετέχουν σε αυτά τα αθλήματα συχνά ακολουθούν δίαιτες που ενδέχεται να οδηγήσουν σε ανεπαρκή κατανάλωση ενέργειας και θρεπτικών συστατικών. Ο συνδυασμός της εξωτερικής πίεσης με την επίδραση της εφηβείας οδηγεί πολύ συχνά της αθλήτριες σε έντονο άγχος και διαταραχές ως προς τη διατροφή τους. Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί πόσο συχνός είναι ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε έφηβες αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής (ρυθμική γυμναστική, ενόργανη γυμναστική, αγωνιστικό τραμπολίνο).

Μέθοδοι και Υλικά: Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 90 έφηβες (11-18 ετών) κοπέλες. Πιο συγκεκριμένα το δείγμα χωρίζεται σε δύο ισάριθμες ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από 45 αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής στην πόλη της Πάτρας. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από 45 κορίτσια στην εφηβεία όπου δεν ασχολούνται με την αγωνιστική γυμναστική. Σε όλες τις κοπέλες δόθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο όπου περιείχε ερωτήσεις για την άθληση τους, την ηλικία τους και τα δύο σταθμισμένα ερωτηματολόγια EAT26 και EDI. Παράλληλα έγιναν μετρήσεις ύψους και βάρους ώστε να μπορεί να βρεθεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος.

Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος SPSS, Microsoft Office Excel και Microsoft Office Word 2016. Διαπιστώθηκε ότι οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής κατά μέσο όρο είχαν μικρότερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με τις έφηβες που δεν αθλούσαν. Οι αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής φάνηκε πως έχουν μεγαλύτερη τάση στην εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Σε αυτές βρέθηκε υψηλή συσχέτιση στις κατηγορίες παρόρμηση για λεπτότητα και δυσαρέσκεια για το σώμα. Οι έφηβες που δεν αθλούσαν

συστηματικά με την αγωνιστική γυμναστική βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη συσχέτιση στις κατηγορίες αναποτελεσματικότητα - δυσαρέσκεια για το σώμα, βουλιμία - δυσαρέσκεια για το σώμα και διαπροσωπική δυσπιστία – αναποτελεσματικότητα. Παρατηρώντας τα ευρήματα της έρευνας και για τα σωματικά χαρακτηριστικά και τις απαντήσεις όλου του δείγματος βρέθηκε, πως ο Δείκτης Μάζας Σώματος των εφήβων επηρεάζει αρκετά τις απαντήσεις των εφήβων. Οι κοπέλες που είχα ΔΜΣ εκτός του φυσιολογικού είχαν παράλληλα και αυξημένο score στο ερωτηματολόγιο.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η αγωνιστική γυμναστική δεν αποτελεί αυτοτελή παράγοντα για την εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Κάθε έφηβος, είτε είναι αθλητής είτε όχι, ανάλογα με τις πιέσεις που δέχεται από το ηλικιακό στάδιο ανάπτυξης που βρίσκεται σε συνδυασμό με το περιβάλλον του ατόμου, είναι δυνατόν να αναπτύξει διαταραγμένη σχέση με το φαγητό και το σώμα του. Για αυτό το λόγο κάθε έφηβος είναι ανάγκη να έχει την στήριξη του περίγυρου του και την πρόσβαση σε μια ομάδα ειδικών για την επίλυση των προβλημάτων που μπορεί να δημιουργηθούν.

Λέξεις – Κλειδιά:

αγωνιστική γυμναστική, ρυθμική γυμναστική, ενόργανη γυμναστική, αγωνιστικό τραμπολίνο, εφηβεία, διατροφικές διαταραχές

Abstract

Introduction: Gymnastics consists of a group of sports (rhythmic gymnastics, artistic gymnastics, trampoline gymnastics) where athletes begin their involvement with it from a very young age. They are sports that require speed and strength but at the same time aesthetic charm and grace. To achieve this, they are exposed to high levels of physical and psychological stress from the many hours of intense sports training and from the pressure around them. Due to the need to maintain a low body weight, athletes who participate in these sports often follow diets that may lead to insufficient energy and nutrient intake. The combination of external pressure with the effect of adolescence very often leads athletes to intense stress and eating disorders. The purpose of the research is to investigate how common is the risk of eating disorders in adolescent athletes of gymnastics (rhythmic gymnastics, artistic gymnastics, trampoline gymnastics).

Methods and Materials: The sample of the research consisted of 90 adolescent (11-18 years old) girls. More specifically, the sample is divided into two equal groups. The first team consists of 45 female gymnasts in the city of Patras. The second group consists of 45 girls in adolescence where they do not engage in gymnastics. All the girls were given the same questionnaire which contained questions about their sport, their age and the two weighted questionnaires EAT26 and EDI. At the same time, height and weight measurements were taken so that the Body Mass Index could be found.

Results: The statistical analysis of the questionnaires was performed using the program SPSS, Microsoft Office Excel and Microsoft Office Word 2016. It was found that female gymnasts on average had a lower body mass index than adolescents who did not exercise. Rhythmic gymnasts seemed to have a greater tendency to develop an eating disorder. In them, it was found a high correlation in the categories “impulse for subtlety” and “dissatisfaction with the body”. Adolescents who did not exercise regularly with gymnastics were found to be more correlated in the categories of “inefficiency - body dissatisfaction”, “bulimia - body dissatisfaction” and “interpersonal distrust – inefficiency”. Observing the findings of the research on the physical characteristics and the responses of the whole sample, it was found that the Body Mass Index of adolescents

significantly influences the responses of adolescents. The girls who had a BMI other than normal also had an increased score on the questionnaire.

Conclusions: In the present study it was found that gymnastics is not an independent factor in the occurrence of eating disorder. Every teenager, whether they are an athlete or not, depending on the pressures they receive from the age stage of development that is combined with the environment of the individual, it is possible to develop a disturbed relationship with food and her body. For this reason, every teenager needs to have the support of those around her and access to a team of experts to solve the problems that may arise.

Keywords:

gymnastics, rhythmic gymnastics, artistic gymnastics, trampoline gymnastics, adolescence, eating disorders

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα.....	ix
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	xii
Κατάλογος Πινάκων	xiii
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1: Εφηβεία και διατροφή	3
1.1. Εφηβεία	3
1.2. Φυσιολογικές μεταβολές κατά την εφηβεία στα κορίτσια	4
1.2.1. Σωματικές μεταβολές.....	4
1.2.2. Ψυχολογικές μεταβολές	5
1.3. Η διατροφή κατά την εφηβική περίοδο	5
1.3.1. Πρόσληψη μακροθρεπτικών	5
1.3.2. Πρόσληψη μικροθρεπτικών	8
1.4. Διατροφικές συνήθειες κατά την εφηβεία	9
1.5. Αθλητισμός κατά την εφηβεία	10
Κεφάλαιο 2: Αντιμετώπιση σώματος στην εφηβεία 1Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.	
2.1. Αυτοεκτίμηση κατά την εφηβεία	1Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.1.1. Ορισμός αυτοεκτίμησης.....	1Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
2.1.2. Υψηλή και χαμηλή αυτοεκτίμηση στην εφηβεία.....	13
2.2. Εικόνα σώματος	16

2.2.1. Ορισμός της εικόνας σώματος.....	16
2.2.2. Εικόνα σώματος στην εφηβεία	17
2.2.3. Η δυσαρέσκεια και η ικανοποίηση της εικόνας του σώματος	18
2.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα σώματος.....	20
Κεφαλαίο 3: Σύνδρομο διατροφικών διαταραχών Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.6	
3.1. Ορισμός και είδη.....	26
3.1.1. Νευρική Ανορεξία.....	26
3.1.2. Ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία	35
3.1.3. Επεισοδιακή υπερφαγία	42
3.2. Διατροφικές διαταραχές και αθλητισμός	47
3.3. Σχετική ενεργειακή ανεπάρκεια στον αθλητισμό (RED-S).....	50
Κεφαλαίο 4: Αγωνιστική γυμναστική και έφηβες αθλήτριες.....	54
4.1. Ρυθμική γυμναστική.....	54
4.2. Ενόργανη γυμναστική	57
4.3. Αγωνιστικό Τραμπολίνο	63
ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	68
Κεφαλαίο 5: Μεθοδολογία.....	68
5.1. Σκοπός της έρευνας.....	68
5.2. Υλικά και μέθοδοι	68
5.2.1. Δείγμα	68
5.2.2. Μέθοδος.....	69
5.2.3. Ερωτηματολόγιο	70
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα	73
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση	91

Συμπεράσματα	95
Περιορισμοί της Έρευνας	96
Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	97
Βιβλιογραφία	98
Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»	110

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Εικόνα 2-1 Κατάθλιψη στην εφηβεία.....	15
Εικόνα 2-2 Τα κοινωνικά δίκτυα στην εφηβεία	23
Εικόνα 3-1 Ανορεξία	27
Εικόνα 3-2 Βουλμία και αντιρροπιστική συμπεριφορά	36
Εικόνα 3-3 Επεισοδιακή υπερφαγία	43
Εικόνα 4-1 Ρυθμική γυμναστική	54
Εικόνα 4-2 Ενόργανη γυμναστική.....	58
Εικόνα 4-3 Αγωνιστικό τραμπολίνο	63
Σχήμα 3-1 Σχετική ενεργειακή ανεπάρκεια στον αθλητισμό.....	51
Σχήμα 6-1 απεικονίζεται η σύγκριση του ΔΜΣ των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής κατηγορία αθλήματος.....	75
Σχήμα 6-2 απεικονίζονται τα αποτελέσματα του EAT26 για τις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής	76
Σχήμα 6-3 απεικονίζεται η κατανομή ποσοστών των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής ανάλογα με άθλημα τους και το αποτέλεσμα του EAT26	77
Σχήμα 6-4 απεικονίζονται τα αποτελέσματα του EAT26 σε ποσοστά για τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.....	78
Σχήμα 6-5 απεικονίζεται η σύγκριση ποσοστών των αποτελεσμάτων του EAT26 ανάμεσα στα δύο δείγματα	79

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 6-1 Ηλικία και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων.....	73
Πίνακας 6-2 Συμμετοχή σε πανελλήνιους αγώνες των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής.....	74
Πίνακας 6-3 Αξιολόγηση δείκτη μάζας σώματος των δύο δειγμάτων.....	74
Πίνακας 6-4 Μέσος όρος και τυπική απόκλιση EAT-26.....	80
Πίνακας 6-5 Αποτελέσματα Μ.Ο του EAT-26 για τα δείγματα σε σχέση με το ΔΜΣ..	80
Πίνακας 6-6 Ο Μ.Ο. του συνολικού σκορ του EAT26 και οι υποκατηγορίες του στα δύο δείγματα.....	81
Πίνακας 6-7 Ο Μ.Ο. του συνολικού σκορ του EAT26 και οι υποκατηγορίες του στις έφηβες κοπέλες ανάλογα με το άθλημα που κάνουν.....	82
Πίνακας 6-8 Μέσοι όροι των υποκατηγοριών του EDI των δύο ομάδων του δείγματος.....	83
Πίνακας 6-9 Μέσοι όροι των υποκατηγοριών του EDI για τα διαφορετικά αθλήματα της αγωνιστικής γυμναστικής.....	84
Πίνακας 6-10 Συσχετίσεις ανάμεσα στο EAT26, τις υποκατηγορίες του και το Δείκτη Μάζας Σώματος των δύο δειγμάτων.....	85
Πίνακας 6-11 Συσχετίσεις ανάμεσα στο Δείκτη Μάζας Σώματος και τις υποκατηγορίες του EDI για τις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.....	87
Πίνακας 6-12 Συσχετίσεις ανάμεσα στο Δείκτη Μάζας Σώματος και τις υποκατηγορίες του EDI για τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.....	89

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονα η ανάπτυξη συνδρόμων διατροφικών διαταραχών στο χώρο του αθλητισμού. Σε ιδιαίτερο κίνδυνο για την εμφάνιση συμπτωμάτων ανήκουν οι αθλήτριες που συμμετέχουν σε αθλήματα που απαιτούν συχνό έλεγχο του σωματικού βάρους (Smits, Jacobs and Knoppers, 2017).

Οι αθλήτριες στα αγωνίσματα «εμφάνισης» συνδέουν το αδύνατο σώμα με την αύξηση επιδόσεων. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η ενόργανη γυμναστική, η ρυθμική γυμναστική και το τραμπολίνο. Σε αυτά τα αθλήματα οι συμμετέχοντες ως κοινά χαρακτηριστικά έχουν, κατά μέσο όρο, χαμηλό ύψος, μικρό βάρος, σχετικά στενούς γοφούς, χαμηλό σωματικό λίπος και υψηλό ποσοστό άπαχης σωματικής μάζας (Bacciotti *et al.*, 2018)(Cagno *et al.*, 2008). Προσπαθώντας να ακολουθήσουν αυτό το πολύπλοκο σύνολο ευνοϊκών χαρακτηριστικών για την επίτευξη του ιδανικού σώματος σε συνδυασμό με την προσωπικότητα και την πίεση για διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους από το περιβάλλον λειτουργούν ως παράγοντες για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Smits, Jacobs and Knoppers, 2017; Smits, Jacobs and Knoppers, 2017).

Η ανάπτυξη συμπτωμάτων διαταραγμένης διατροφής συνδέεται πολύ συχνά με την δυσφορία των αθλητριών ως προς την εικόνα σώματος τους (Oliveira *et al.*, 2017). Κρίσιμη ομάδα ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων είναι οι κοπέλες στην εφηβεία, επειδή συνδυάζουν την προσπάθεια για τήρηση χαμηλού βάρους με την επίδραση της εφηβείας. Σε αυτό το ηλικιακό στάδιο ορισμένοι βιολογικοί παράγοντες προάγουν τα αισθήματα της δυσαρέσκειας του σώματος. Για παράδειγμα, η έντονη αύξηση του λιπώδους ιστού, που απομακρύνει τις νέες κοπέλες από το παιδικό- αδύνατο σώμα και τις οδηγεί προς το γυναικείο. Άλλες αλλαγές που δρουν είναι η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως, οι ορμονικές μεταβολές που καταλήγουν σε συναισθηματική αστάθεια, η επιρροή τους από τους συνομηλίκους τους και η γνώμη του αντίθετου φίλου (Stice and Whitenton, 2002)(Stice and Whitenton, 2002).

Το διαταραγμένο φαγητό σε συνδυασμό με την έλλειψη ενέργειας και τον μεγάλο όγκο προπόνησης αυξάνει την πιθανότητα των τραυματισμών, την έλλειψη βιταμινών και της

αμηνόρροιας (Soric *et al.*, 2008; Salbach *et al.*, 2007)(Salbach *et al.*, 2007). Τέλος, οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές, συχνά χρόνιες και δυνητικά απειλητικές για τη ζωή του ατόμου. Για αυτό είναι αναγκαίο να καταβληθούν ιδιαίτερες προσπάθειες για τον κατάλληλο και έγκαιρο εντοπισμό των εφηβικών διαταραχών, με σκοπό να εφαρμοστεί νωρίτερα και πιθανόν πιο αποτελεσματικά η παρέμβαση (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Κεφάλαιο 1: Εφηβεία και διατροφή

1.1. Εφηβεία

Η εφηβεία είναι η περίοδος μετάβασης από την παιδική ηλικία προς την ενηλικίωση. Χαρακτηρίζεται από φυσική και σεξουαλική ωρίμανση, κοινωνική και οικονομική ανεξαρτησία, ανάπτυξη ταυτότητας, απόκτηση δεξιοτήτων που απαιτούνται για την ενήλικη ζωή (Das *et al.*, 2017). Σε αυτή τη φάση το άτομο παύει πια να εξαρτάται απόλυτα από τους γονείς του, οδηγείται προς την ανάπτυξη της αυτονομίας του. Αρχίζει να αντιλαμβάνεται και να αναλαμβάνει την ευθύνη των πράξεων του (*Adolescent health*, 2014). Με λίγα λόγια το κεντρικό καθήκον της εφηβείας είναι ο σχηματισμός ταυτότητας (Zohar *et al.*, 2019). Αυτή η περίοδος συνήθως χαρακτηρίζεται από μία έντονη ένταση η οποία οφείλεται στις ψυχοσωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στο παιδί.

Η ηλικία εμφάνισης της εφηβείας αλλάζει από παιδί σε παιδί και από χώρα σε χώρα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ηλικία, που χαρακτηρίζει αυτό το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, είναι μεταξύ 10-19 ετών (*Adolescent health*, 2014). Επειδή η διάρκεια της αποτελεί μια δεκαετία με έντονες αλλαγές είναι ανάγκη να χωριστεί σε φάσεις, ανάλογα με την ανάπτυξη του εφήβου. Οι φάσεις αυτές είναι τρεις και διαμορφώνονται ανάλογα με την ηλικία και τα κοινά ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται.

Η πρώτη εφηβική φάση είναι η προ-εφηβεία που αποτελείται από τα παιδιά 10-13 ετών. Σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης αρχίζουν να εμφανίζονται οι πρώτες αλλαγές στο σώμα του παιδιού, κάτι που του προκαλεί έντονο άγχος όταν δεν είναι έγκυρα ενημερωμένο. Δημιουργούν ισχυρές φιλίες με άτομα του ίδιου φύλου. Ο έφηβος αρχίζει να απομακρύνεται από τους γονείς του, γίνεται αρκετά ευερέθιστος και εναντιώνεται ως προς τους κανόνες που επιβάλλονται στο σπίτι. Παράλληλα επιβάλλει το δικό του στυλ ντυσίματος και προσέχει την εξωτερική του εικόνα.

Η δεύτερη είναι η μέση εφηβική φάση που είναι άτομα ηλικίας 14-16 ετών. Σε αυτή την ηλικία ο έφηβος αυξάνει την επαφή του με τους συνομήλικους του, δημιουργώντας ισχυρούς δεσμούς μαζί τους. Συνειδητοποιεί πως οι ενήλικες γύρω του (γονείς, συγγενείς,

καθηγητές) έχουν ελαττώματα και ότι κάνουν λάθη. Αυτό τους προκαλεί αισθήματα θλίψης και απογοήτευσης. Επακόλουθο είναι η έντονη άρνηση και η αύξηση των συγκρούσεων μαζί τους. Προσπαθούν να αυτονομηθούν, να απομονωθούν από τους ενήλικες, να μιμηθούν τους συμμαθητές τους και να εξερευνήσουν την σεξουαλικότητα τους και το αντίθετο φύλο (Ahmed Zaky, 2016).

Η τρίτη και τελευταία φάση της είναι η όψιμη όπου αφορά τις ηλικίες 17-19 ετών. Ο έφηβος σωματικά έχει διαμορφώσει την εξωτερική του εικόνα ως ενήλικας ενώ ταυτόχρονα έχει σταθεροποιήσει την ταυτότητα, προσωπικότητα του. Οι σχέσεις του με τους γονείς του εξομαλύνονται, παύει πια να στηρίζεται αποκλειστικά στους φίλους τους και δημιουργεί στενούς δεσμούς με το αντίθετο φύλο (*Adolescent health*, 2014).

1.2 Φυσιολογικές μεταβολές κατά την εφηβεία στα κορίτσια

1.2.1 Σωματικές μεταβολές

Η εφηβεία είναι μια εποχή που χαρακτηρίζεται από την αλλαγή όπως, αλλαγές στις ορμόνες και το σώμα, αλλαγές στην κοινωνικό περιβάλλον και αλλαγές στον εγκέφαλο (Blakemore, 2019). Στις σωματικές αλλαγές εντάσσεται η σεξουαλική ωρίμανση, η μεταβολή του ύψους, του βάρους, της σκελετικής δομής και της σύστασης του σώματος. Η σεξουαλική ωρίμανση οφείλεται στην έκκριση γοναδοτροπινών από τον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Η παραγωγή γοναδοτροπινών προκαλεί την παράλληλη έκκριση ορμονών που χρειάζονται για την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου. Στα κορίτσια η απελευθέρωση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων σηματοδοτούν την έναρξη της ήβης. Ως επακόλουθο έχει περίπου στην ηλικία των 13 ετών την εμμηναρχή, την ανάπτυξη των ωοθηκών, του στήθους και την αύξηση της τριχοφυΐας (Jain and Anand, 2016).

Κατά την έναρξη της ήβης ο ρυθμός ανάπτυξης των φύλων αλλάζει. Ενώ ως παιδιά και τα αγόρια και τα κορίτσια έχουν συναφή ύψος, βάρος και εξωτερική εμφάνιση αλλά κατά την εφηβεία αυτό διαφοροποιείται. Τα κορίτσια στην ηλικία των 11 ετών κατά μέσο όρο έχουν φτάσει το μέγιστο ύψος και έχουν ξεπεράσει κατά κάποια εκατοστά τα συνομήλικα αγόρια, λόγω των γρηγορότερων ρυθμών ανάπτυξης τους. Αυτή η περίοδος είναι ιδιαίτερα σημαντική για την οστική ανάπτυξη. Οι διαστάσεις των οστών αλλάζουν και τα οστά μεγαλώνουν. Παράλληλα έως το τέλος της ήβης αυξάνεται το βάρος και το

ποσοστό λίπους. Με την νέα εναπόθεση λίπους στο στήθος και τους γλουτούς το σώμα από παιδικό μετατρέπεται σε γυναικείο (Alves Junior *et al.*, 2017; Guo *et al.*, 1998).

1.2.2 Ψυχολογικές μεταβολές

Η εφηβεία είναι η περίοδος που το παιδί οδεύει προς την ενηλικίωση. Σε αυτό το στάδιο της ζωής διαμορφώνει τον χαρακτήρα του, την προσωπικότητα του και προσπαθεί να δημιουργήσει τα όρια του προς τους γύρω του. Ο έφηβος συνήθως είναι πιο φιλικός και εξωστρεφής με τους συνομήλικους του ενώ εμφανίζεται επιθετικός και θυμωμένος προς τους ενήλικες. Η ταυτότητα του έφηβου διαμορφώνεται μέσα από αρκετούς παράγοντες. Το άτομο προσπαθεί να βρει το ποιος είναι και τι θέλει να κάνει στην μετέπειτα ζωή του. Ο πρώτος τομέας που αμφισβητείται από τον έφηβο είναι η θρησκεία. Ενώ τα παιδιά έχουν κοινές θρησκευτικές συνήθειες με την οικογένεια τους συχνά οι έφηβοι μπορεί να αμφισβητούν συγκεκριμένα έθιμα, πρακτικές ή ιδέες στην πίστη των γονιών τους, αλλά λίγοι απορρίπτουν εντελώς τη θρησκεία των οικογενειών τους. Τον έφηβο αρχίζει να τον απασχολεί η πολιτική του ιδεολογία και η μελλοντική του επαγγελματική κατάρτιση. Παράλληλα τους απασχολεί η αναζήτηση της ταυτότητας του φύλου και η σεξουαλικότητα τους. Τους ενδιαφέρει η γνώμη του αντίθετου φίλου και οι σχέσεις που μπορούν να σχηματίσουν μαζί του (Meeus, Branje and Overbeek, 2004; Syed and Azmitia, 2009; Syed and Juang, 2014). Η εφηβεία για τις κοπέλες είναι μια κρίσιμη χρονική περίοδος για την αυτοεκτίμηση τους, αφού οι αλλαγές που επέρχονται στο σώμα τους, τους δημιουργούν μια έντονη δυσφορία και ανησυχία. Η κοινωνία και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ως ιδανικό πρότυπο εμφάνισης προβάλλουν ένα υπερβολικά αδύνατο σώμα. Τα κορίτσια στην εφηβεία έχουν την τάση να θέλουν να γίνονται αρεστά από τους γύρω τους και ειδικά από τους συνομήλικους τους. Στην προσπάθεια τους αυτή σε συνδυασμό με την θέληση για την απόκτηση του ιδανικού σώματος οδηγούνται σε ακραίες συμπεριφορές όπως υπερβολικές δίαιτες (Jones, Vigfusdottir and Lee, 2004). Στο τέλος της εφηβείας το άτομο έχει ολοκληρώσει τον προσωρινό του χαρακτήρα, αφήνοντας πίσω την εχθρική και αντιδραστική συμπεριφορά. Έχει κερδίσει τον σεβασμό των ενηλίκων και έχει οριοθετήσει τον χώρο του (*Adolescent health*, 2014).

1.3 Η διατροφή κατά την εφηβική περίοδο

1.3.1 Πρόσληψη μακροθρεπτικών

Η εφηβεία είναι ένα κρίσιμο στάδιο στον κύκλο ζωής και η κατάλληλη διατροφή είναι απαραίτητη για τη σωστή ανάπτυξη του ατόμου. Είναι η μόνη στιγμή μετά την παιδική ηλικία που ο ρυθμός φυσικής ανάπτυξης αυξάνεται πραγματικά. Αυτή η ξαφνική αύξηση της ανάπτυξης σχετίζεται με ορμονικές, γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές που κάνουν την εφηβεία ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδος ζωής. Σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για θερμίδες και θρεπτικά συστατικά, λόγω της δραματικής αύξησης της φυσικής ανάπτυξης σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (Schroeder and Sonnevile, 2015). Η σκελετική ανάπτυξη και η σεξουαλική ωρίμανση οφείλεται στην ανάπτυξη της αυξητικής ορμόνης και των ορμονών του φύλου. Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής εφηβείας αυξάνεται, το ύψος, το σωματικό βάρος, η οστική μάζα, η μυϊκή μάζα, ο όγκος του αίματος και μεγαλώνουν και η καρδιά, ο εγκέφαλος, οι πνεύμονες, το ήπαρ και τα νεφρά. Η επιτάχυνση της ανάπτυξης στην εφηβεία απαιτεί την ταχεία επέκταση ιστών με ειδικές θρεπτικές απαιτήσεις, συμπεριλαμβανομένων των αμινοξέων για την ανάπτυξη των ραβδωτών μυών, καθώς και ασβέστιο και βιταμίνη D για την ανάπτυξη των οστών (Das *et al.*, 2017). Η εφηβεία είναι μια εποχή αλλαγής του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών που επηρεάζουν τόσο τις θρεπτικές ανάγκες όσο και την πρόσληψη.

Τέλος η εφηβική επιθυμία για εξατομίκευση σημαίνει περισσότερη ευκαιρία να διεκδικήσει επιλογές φαγητού και να επεκτείνει ή να περιορίσει τις υγιεινές επιλογές (Schroeder and Sonnevile, 2015).

Ο έντονος ρυθμός ανάπτυξης των εφήβων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή για την κάλυψη των θρεπτικών αναγκών τους. Οι ενεργειακές ανάγκες διαφέρουν αρκετά από έφηβο σε έφηβο. Αυτές οι διαφορές οφείλονται:

- στο φύλο
- στη σωματική διάπλαση
- το επίπεδο δραστηριότητας στην καθημερινότητα

Οι κοπέλες στην εφηβεία συνήθως χρειάζονται 1.600 με 2.400 θερμίδες κάθε μέρα, ενώ τα αγόρια χρειάζονται περίπου 1.800 έως 3.200 θερμίδες. Από τις συνολικές θερμίδες που απαιτούνται, περίπου το 60% απαιτείται για τις βασικές ενεργειακές ανάγκες του σώματος (βασικός μεταβολισμός).

Ο μεταβολισμός σχετίζεται άμεσα με τις συνολικές ενεργειακές απαιτήσεις και έμμεσα με την ανάπτυξη και συνίσταται σε ενεργειακό κόστος ανάπτυξης, βασικό μεταβολισμό και ενεργειακές δαπάνες. Ο βασικός μεταβολισμός είναι η ενέργεια που απαιτείται για τη συντήρηση των κυττάρων και των ιστών. Η υπερβολική συνολική πρόσληψη ενέργειας μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία. Ωστόσο, εάν η συνολική πρόσληψη ενέργειας πέσει κάτω από το βασικό μεταβολισμό, τότε μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή της ανάπτυξης, καθυστέρηση στην εφηβεία, διαταραχές της εμμήνου ρύσεως στα κορίτσια.

Οι απαιτήσεις σε πρωτεΐνες ανά μονάδα ύψους είναι οι υψηλότερες για τις κοπέλες ηλικίας 11 έως 14 ετών και για τους άνδρες από 15 έως 18 ετών, που αντιστοιχεί στο συνηθισμένο χρονικό διάστημα αύξησης του ύψους (Das *et al.*, 2017). Το ποσοστό που αναλογεί στις πρωτεΐνες από την συνολική θερμιδική πρόσληψη είναι 15-20%. Όμως η αναλογία γραμμάριου ανά κιλό σωματικού βάρους αλλάζει από χώρα σε χώρα. Ειδικότερα για τις κοπέλες στην εφηβεία η Αμερική προσδιορίζει ως ιδανική πρόσληψη την ποσότητα 0,71gr πρωτεΐνης/ κιλό σωματικού βάρους, η Νέα Ζηλανδία την ποσότητα 0,62gr πρωτεΐνης/ κιλό σωματικού βάρους, ενώ η Δυτική Ευρώπη τα 0,84gr πρωτεΐνης/ κιλό σωματικού βάρους (Cradock, 2019). Καλές πηγές πρόσληψης ζωικής πρωτεΐνης είναι το κοτόπουλο, το αυγό, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, η γαλοπούλα, το ψάρι και το κρέας. Ενώ είναι σημαντικό να γίνεται σωστά ο συνδυασμός φυτικών πρωτεϊνών ώστε να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα αμινοξέα.

Οι υδατάνθρακες αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας του οργανισμού. Η γλυκόζη είναι ο πιο άφθονος ενδογενής υδατάνθρακας στον άνθρωπο. Είναι μια σημαντική πηγή ενέργειας για τον εγκέφαλο και άλλα ζωικά όργανα. Επιπλέον, είναι μια σημαντική πηγή άνθρακα για τη σύνθεση νέων λιπαρών οξέων και έναν αριθμό αμινοξέων. Η πλειονότητα των υδατανθράκων που προέρχονται από τη διατροφή μεταβολίζονται με σκοπό τη μετατροπή τους σε γλυκόζη (Kalhan and Kiliç, 1999). Το 50% ή περισσότερο των συνολικών ημερήσιων θερμίδων πρέπει να προέρχεται από υδατάνθρακες, με όχι περισσότερο από 10-25% των θερμίδων να προέρχονται από σάκχαρα, όπως η σακχαρόζη και το σιρόπι καλαμποκιού υψηλής φρουκτόζης (Das *et al.*, 2017). Οι καλύτερες πηγές υδατανθράκων είναι τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια (Schroeder and Sonnevile, 2015).

Το λίπος είναι απαραίτητο θρεπτικό συστατικό, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι υπερβαίνουν τα επίπεδα που συνιστανται για την πρόσληψη λίπους. Για τους εφήβους ηλικίας 14-18 ετών, το λίπος από όλες τις πηγές πρέπει να περιορίζεται στο 25% - 35% όλων των θερμίδων που καταναλώνονται εκείνη την ημέρα. Τα περισσότερα λίπη που δίνονται στους εφήβους πρέπει να είναι ακόρεστα λίπη (Schroeder and Sonnevile, 2015). Πιο συγκεκριμένα από την συνολική πρόσληψη λίπους:

- 15% θα πρέπει να είναι πολυακόρεστα
- 10% να είναι μονοακόρεστα
- 10% ή και λιγότερο θα πρέπει να προέρχεται από κορεσμένα λίπη

Τροφές ζωικής προέλευσης που περιέχουν λίπος είναι το κρέας, το ψάρι και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Πρόσληψη λίπους γίνεται και από φυτικές τροφές όπως το ελαιόλαδο, φυτικά λάδια, σπόροι, οι ξηροί καρποί, το ταχίνι και το αβοκάντο. Μερικοί έφηβοι, ειδικά κορίτσια, διατρέχουν κίνδυνο ανεπάρκειας λόγω των προσπαθειών τους να χάσουν ή να αποφύγουν να αυξήσουν το βάρος τους μειώνοντας σοβαρά την πρόσληψη λίπους (Schroeder and Sonnevile, 2015).

1.3.2 Πρόσληψη μικροθρεπτικών

Οι βιταμίνες και τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία χρειάζονται στις περισσότερες ή σε όλες τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στο σώμα. Οι περισσότεροι άνθρωποι λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά μέσω μιας ισορροπημένης διαίτας.

Τα είδη των βιταμινών είναι δύο, οι λιποδιαλυτές και οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες. Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες ανευρίσκονται κυρίως στα λιπαρά φαγητά, όπως:

- στο λίπος του κρέατος
- στο βούτυρο
- στα φυτικά λιπαρά
- στα γαλακτοκομικά προϊόντα (γάλα, τυρί, γιαούρτι)
- στο συκώτι
- στα λιπαρά ψάρια

Ο οργανισμός ενώ χρειάζεται αυτές τις βιταμίνες καθημερινά για τη σωστή λειτουργία του, δεν απαιτεί όμως την κατανάλωση λιπαρών τροφών σε καθημερινή βάση επειδή έχει

τη δυνατότητα να τις αποθηκεύει στο συκώτι και στο λιπώδη ιστό για μελλοντική χρήση. Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες δεν αποθηκεύονται στον οργανισμό και συνεπώς απαιτείται να προσλαμβάνονται συχνότερα επειδή δεν αποθηκεύονται. Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες ανευρίσκονται στα φρούτα, τα λαχανικά και τους σπόρους.

Τα μέταλλα είναι απαραίτητα για τη δημιουργία γερών οστών και δοντιών, τη ρύθμιση υγρών μέσα και έξω από τα κύτταρα και τη μετατροπή της τροφής σε ενέργεια. Τα μέταλλα ανευρίσκονται σε τροφές όπως:

- Κρέας
- δημητριακά και σιτηρά
- ψάρια
- γαλακτοκομικά προϊόντα
- λαχανικά
- φρούτα (κυρίως αποξηραμένα)
- ξηροί καρποί

Οι απαιτήσεις της ανάπτυξης, σε συνδυασμό με τις κακές διατροφικές συνήθειες, θέτουν πολλούς εφήβους σε κίνδυνο για ανεπάρκειες βιταμινών και μετάλλων, όπως ασβέστιο, σίδηρος και βιταμίνη D (Das *et al.*, 2017).

1.4 Διατροφικές συνήθειες κατά την εφηβεία

Η υγιεινή διατροφή είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της ζωής. Για τα παιδιά και τους εφήβους ειδικότερα, η υγιεινή διατροφή είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της βέλτιστης ανάπτυξης. Τα διατροφικά πρότυπα και οι διατροφικές συμπεριφορές που καθιερώθηκαν κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι πιθανό να παραμείνουν έως την ενηλικίωση. Επιπλέον, η επίτευξη και η διατήρηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους είναι ζωτικής σημασίας για να υπάρχει υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Walker *et al.*, 2002).

Ο τρόπος διατροφής των εφήβων καθιερώνεται μέσω μιας σύνθετης διαδικασίας που περιλαμβάνει εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες, όπως τις προτιμήσεις και τη διαθεσιμότητα τροφίμων, την αντίληψη σωματικού βάρους και τις επιδράσεις των

γονέων και των συνομήλικων. Έχει παρατηρηθεί πως η παρουσία του γονέα στο βραδινό γεύμα επιδρά θετικά στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών προϊόντων. Πιο συγκεκριμένα ως προς τα χαρακτηριστικά του τροφίμου προτιμούν αυτά που έχουν ελκυστική εικόνα και γεύση, είναι βολικά ως προς την κατανάλωση τους και αποδεκτά από τον περίγυρο τους. Ο νέος με τις διατροφικές του επιλογές προσπαθεί να δηλώσει την αυτονομία του και να διαμορφώσει την ταυτότητα του (Videon and Manning, 2003).

Μια ισορροπημένη διατροφή αποτελείται από τουλάχιστον τρία κύρια γεύματα την ημέρα, ένα εκ των οποίων είναι το πρωινό. Οι έφηβοι έχουν την τάση να το παραλείπουν, ενώ παράλληλα λόγω των αυξημένων τους υποχρεώσεων αναγκάζονται να καταναλώνουν πολλά γεύματα εκτός του σπιτιού. Αυτά τα γεύματα συνήθως είναι πλούσια θερμιδικά, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο μεγάλο μέρος της ημερήσιας ανάγκης τους για ενέργεια. Οι επιλογές τους συνήθως είναι το γρήγορο φαγητό, τα γλυκά ή τα συσκευασμένα προϊόντα όπως τα πατατάκια και οι χυμοί. Ο αυξημένος όγκος θερμίδων που λαμβάνονται οδηγεί στην αύξηση του βάρους (Videon and Manning, 2003).

Οι κοπέλες στην εφηβεία επηρεασμένες από τα πρότυπα του ιδανικού λεπτού σώματος σε συνδυασμό με το περιττό βάρος που θεωρούν ότι έχουν οδηγούνται στην εφαρμογή ακραίων διαιτών. Με αυτή τη συμπεριφορά διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές (Balantekin, Birch and Savage, 2018).

Τέλος, οι κοπέλες πιστεύουν ότι κάνοντας μια υγιεινή διατροφή γίνονται περισσότερο αποδεκτές από τους συνομήλικους τους για αυτό συνήθως έχουν μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε σχέση με τα αγόρια της ηλικίας τους (Videon and Manning, 2003).

1.5 Αθλητισμός κατά την εφηβεία

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη φάση για το σχηματισμό των ατόμων αφού είναι μια περίοδος σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής αστάθειας. Αυτό το στάδιο, χαρακτηρίζεται από βιοψυχοκοινωνικούς μετασχηματισμούς, με εξωτερικά ερεθίσματα

και εσωτερικές αλλαγές στο σώμα. Τα νεαρά άτομα χρειάζονται οικογενειακές και κοινωνικές συνθήκες που ευνοούν μια υγιή διαδικασία μετάβασης στην ενήλικη ζωή. Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι πιθανό να αποκτήσουν υψηλό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), και να γίνουν υπέρβαρα ή ακόμη και παχύσαρκα με την ηλικία (Líaarodriguezzdeelaavegaa· and Toscano, 2018).

Έτσι, η τακτική σωματική δραστηριότητα είναι εξαιρετικά σημαντική για την υγεία των εφήβων, καθώς βελτιώνει την πυκνότητα των οστών, την καρδιαγγειακή υγεία, την αερόβια ικανότητα, την αντίσταση και τη μυϊκή δύναμη και τη συναισθηματική υγεία. Είναι ένα θεμελιώδες συστατικό για την ανάπτυξη υγιούς τρόπου ζωής που, μαζί με τη διατροφή, βοηθά τους εφήβους να παραμείνουν υγιείς, αποτρέπει τις οστικές διαταραχές και προάγει την αερόβια αντίσταση. Λόγω των πλεονεκτημάτων της, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμβουλεύει ότι όλα τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες πρέπει να κάνουν τουλάχιστον 60 λεπτά / ημέρα φυσική δραστηριότητα με μέτρια έως έντονη ένταση. Η άσκηση στην παιδική ηλικία και την εφηβεία, είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης του τρόπου ζωής των ενήλικων. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να διαδραματίσει θεμελιώδη ρόλο στις σωματικές, ψυχολογικές και διανοητικές πτυχές των εφήβων, βελτιώνοντας την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αποδοχή και την αίσθηση ευεξίας και την μείωση των επιπέδων άγχους, και κατάθλιψης (Líaarodriguezzdeelaavegaa· and Toscano, 2018).

Ο κοινωνικός περίγυρος από δασκάλους, αδέρφια, γονείς, διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στα επίπεδα σωματικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της εφηβείας και βοηθούν στη διαμόρφωση θετικών στάσεων σε σχέση με τις ασκήσεις. Η φυσική δραστηριότητα λειτουργεί ως στήριξη της κοινωνικής ένταξης αυτών των νέων, παρέχοντας διέγερση, ηθική υποστήριξη και θετικές πληροφορίες σχετικά με τις ασκήσεις (Líaarodriguezzdeelaavegaa· and Toscano, 2018).

Κεφάλαιο 2: Αντιμετώπιση σώματος στην εφηβεία

2.1 Αυτοεκτίμηση κατά την εφηβεία

2.1.1 Ορισμός αυτοεκτίμησης

Η εφηβεία είναι μια εποχή πολλών αλλαγών, και ψυχολογικά, μπορούμε να μιλήσουμε για αυτοπροσδιορισμό, διαμόρφωση και ενίσχυση της αυτό-εικόνας (Education, 2016). Η αυτοεκτίμηση είναι μια συνολική αξιολόγηση της αξίας του ατόμου, που εκφράζεται με θετικό ή αρνητικό προσανατολισμό προς τον εαυτό του (Mineev *et al.*, 2018). Δεν μπορούμε να μιλάμε για αυτοεκτίμηση χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη την εικόνα του εαυτού μας. Υπάρχει μια πολύ στενή σχέση μεταξύ των δύο εννοιών. Η αυτοεκτίμηση είναι μια σημαντική διάσταση για κάθε άνθρωπο, είτε παιδί, ενήλικος ή ηλικιωμένος, ανεξάρτητα από τον πολιτισμό, την προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα, την κοινωνική κατάσταση, τις ικανότητες. Η αυτοεκτίμηση δείχνει πόσο καλό θεωρούμε τον εαυτό μας σε σχέση με τις δικές μας προσδοκίες ή με άλλους. Με άλλα λόγια, η αυτοεκτίμηση περιλαμβάνει την αίσθηση της αξιοπιστίας μας ως άτομο, τους στόχους της ζωής, της σχέσης με τους άλλους, την κοινωνική κατάσταση και τη συναισθηματική αυτονομία.

Η επιστημονική έρευνα σε αυτόν τον τομέα σημειώνει ότι η αυτοεκτίμηση βασίζεται στα ακόλουθα στοιχεία:

- αυτογνωσία
- αίσθηση ασφάλειας
- αίσθηση του ανήκειν (ανήκει σε οικογένεια, ομάδα φίλων)
- αίσθηση ικανότητας επιτυχίας σε επαγγελματικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες

Η αυτογνωσία αναφέρεται σε διάφορες διαστάσεις. Ο Rogers προσδιορίζει τον Πραγματικό Εαυτό που περιλαμβάνει τις πραγματικές δυνατότητες που διαθέτει το άτομο (τρόπος σκέψης, αντιδράσεις, δεξιότητες, ικανότητες) και τον Ιδανικό Εαυτό, με τις ίδιες δυνατότητες που διαθέτει το άτομο και αυτή τη φορά προβάλλεται σε ιδανικό επίπεδο ως ένα άτομο θα ήθελε να είναι, ή θα ήθελε να αντιδράσει. Ο εαυτός δεν είναι δεδομένο βιολογικό στοιχείο, ακόμη και αν περιλαμβάνει ορισμένα στοιχεία που σχετίζονται με τον

σωματικό εαυτό, αλλά διαμορφώνεται και αναπτύσσεται στην οντογένεση ενός ατόμου, σε όλη την κοινωνική εμπειρία και δραστηριότητα (McLeod Saul, 2014).

Ο μηχανισμός αυτοσχηματισμού και ανάπτυξης συνίσταται στην ατομική αλληλεπίδραση με άλλους σε κοινωνικό, διαπροσωπικό και ομαδικό περιβάλλον. Το αίσθημα του ανήκει στην εφηβεία επιδεινώνεται, όχι σε σχέση με την οικογένεια, αλλά με το περιβάλλον, καθώς οι κοινωνικές σχέσεις έχουν όλο και μεγαλύτερη σημασία κατά την περίοδο υπό συζήτηση. Η αυτοεκτίμηση, ειδικά στην εφηβεία, έχει πολλές επιρροές, από την κοινωνικοποίηση με άλλους έως τα αποτελέσματα που έχει επιτύχει ένα άτομο. Για την ανάπτυξη θετικής αυτοεκτίμησης στους εφήβους, είναι επιθυμητό να γίνεται συζήτηση για τις καταστάσεις της ζωής, με αισιόδοξη προσέγγιση, εντός της οικογένειας, αλλά και ο έλεγχος των γονέων στους εφήβους θα πρέπει να μειωθεί, υποκινώντας την εμφάνιση νέων εμπειριών, ακόμη και αποφάσεων (Education, 2016).

Όλα αυτά τα πράγματα αυξάνουν την αυτοπεποίθηση, ενώ καθορίζουν μια θετική αυτοεικόνα και βαθύτερη αυτοεκτίμηση. Η αυτοπεποίθηση δεν καλλιεργείται μόνο με τα ενισχυτικά και υποστηρικτικά λόγια των άλλων αλλά κυρίως με την ρεαλιστική και έγκυρη αυτοαξιολόγηση, μέσα από την ανάληψη ευθυνών, την εμπειρία της αγάπης και την δυναμική στάση απέναντι στις καθημερινές δυσκολίες και τις αναπόφευκτες αντιξοότητες (Education, 2016).

2.1.2 Υψηλή και χαμηλή αυτοεκτίμηση στην εφηβεία

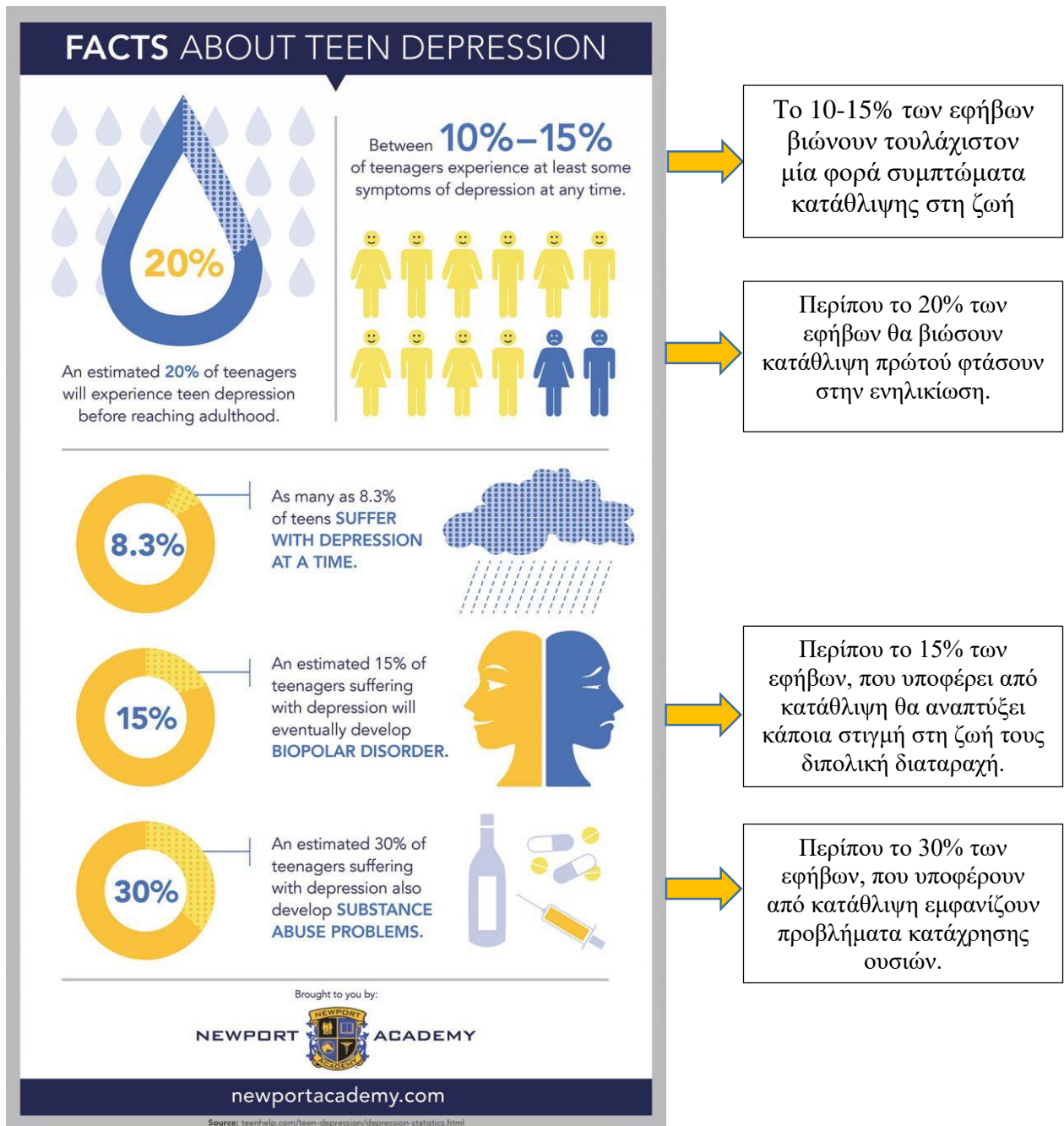
Η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης ξεκινά από τη γέννηση και αλλάζει συνεχώς μέσα από την εμπειρία του ατόμου (Minev *et al.*, 2018). Η αυτοεκτίμηση χωρίζεται σε δύο κατηγορίες την υψηλή και την χαμηλή, ανάλογα με τα συναισθήματα που προκαλεί στο άτομο.

Αυτός που έχει υψηλή αυτοεκτίμηση εκτιμά, σέβεται και δέχεται τον εαυτό του με τα ήδη υπάρχοντα χαρακτηριστικά του. Είναι χαρούμενος, δυναμικός, έτοιμος, παραγωγικός, γρήγορος στη δράση. Αυτός που έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση δεν δέχεται τον εαυτό του όπως είναι και πιστεύει πως άμα ήταν διαφορετικός θα ένιωθε πιο όμορφα. Η αυτοεκτίμηση είναι υψηλή στην παιδική ηλικία και μειώνεται στην εφηβεία με κατώτερο σημείο την ηλικία των 12 ετών. Οι βιολογικές (π.χ. εφηβικές), ψυχολογικές (π.χ. αυξημένη ικανότητα για αφηρημένη σκέψη) και κοινωνικές (π.χ. αλλαγή σχολείων,

μετατοπίσεις σε κοινωνικές σχέσεις) αλλαγές είναι πιθανό να σχετίζονται με τη μείωση της αυτοεκτίμησης (Chung *et al.*, 2017). Η μειωμένη αυτοεκτίμηση μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους να στραφούν στην μοναξιά, την παχυσαρκία, την κατάθλιψη και την κατάχρηση ουσιών (Golnaz, Zainalabidin and Mad Nasir, 2012). Τα αγόρια τείνουν να υπερεκτιμούν και τα κορίτσια να μειώνουν τον εαυτό τους κατά τη διάρκεια της εφηβείας με αποτέλεσμα να υπάρχουν περισσότερα κορίτσια από ό,τι αγόρια με χαμηλή αυτοεκτίμηση στην αρχή της εφηβείας. Αυτή η διαφορά αυξάνεται κατά τα τέλη της εφηβείας (Block and Robins, 1993).

Στην περίοδο της εφηβείας οι γονείς είναι σημαντικό να ενθαρρύνουν τα επιτεύγματα των παιδιών τους ακόμη και τα μικρά, να δείχνουν ενδιαφέρον για τη συμπεριφορά τους, τα σχέδια ή τα προβλήματα που τυχόν έχουν και να αντιδρούν στοργικά όταν οι έφηβοι τους συμπεριφέρονται καλά. Αυτά τα μέτρα πιθανότατα θα επιτρέψουν στους γονείς να αποκτήσουν την εμπιστοσύνη των εφήβων τους, γεγονός που αυξάνει την αυτοεκτίμηση τους. Ουσιαστικά, οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν συμπεριφορές που θα μπορούσαν να μειώσουν την αυτοεκτίμηση του εφήβου τους, όπως να τους φωνάζουν ή να τους επικρίνουν, ιδιαίτερα μπροστά σε άλλους. Δηλώσεις όπως αυτές μπορεί να γίνουν αντιπαραγωγικές και επομένως να προκαλέσουν τα συναισθήματα της χαμηλής αυτοεκτίμησης στην εφηβεία τους (Golnaz, Zainalabidin and Mad Nasir, 2012).

Η αυτοεκτίμηση σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη, αφού η μείωση της συνδέεται με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Η ψυχική υγεία μπορεί να σχετίζεται στενά με την υψηλή αυτοεκτίμηση που θεωρείται παράγοντας ασφάλειας ψυχικής υγείας, αφού σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των εφήβων (Golnaz, Zainalabidin and Mad Nasir, 2012). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη και το άγχος των εφήβων, αυτή η δυσaréσκεια μπορεί έμμεσα να συμβάλει στη δυσaréσκεια του εφήβου για το σώμα του και στη δημιουργία διατροφικών διαταραχών (Cruz-Sáez *et al.*, 2020).



Εικόνα 2-1 Κατάθλιψη στην εφηβεία

(Πηγή: *Teenage Depression Treatment Options / Newport Academy, 2017*)

2.2 Εικόνα σώματος

2.2.1 Ορισμός της εικόνας σώματος

Η έννοια της «εικόνας του σώματος» διατυπώθηκε για πρώτη φορά ως ένα σημαντικό και αναπόσπαστο ψυχολογικό φαινόμενο από τον Γερμανό συγγραφέα, Schilder, το 1935. Μίλησε για την εικόνα του σώματος ως «η εικόνα του σώματός μας που σχηματίζουμε στο μυαλό μας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το σώμα εμφανίζεται στον εαυτό μας». Τον τελευταίο καιρό ο ορισμός επεκτάθηκε για να αναφέρεται στην «εικόνα που έχουμε στο μυαλό μας για το μέγεθος, το σχήμα και τη μορφή του σώματός μας» (David, 1994).

Είναι μία πολύπλευρη έννοια που αντανακλά την υποκειμενική αντίληψη του κάθε ατόμου, τα βιώματα του και τη συμπεριφορά του προς το σώμα του και την εξωτερική εμφάνιση του. Αναφέρεται στην πολύπλευρη ψυχολογική εμπειρία της ενσωμάτωσης, συγκεκριμένα αλλά όχι αποκλειστικά στη φυσική εμφάνιση κάποιου. Περιλαμβάνει τις προσωπικές αντιλήψεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το σώμα, συμπεριλαμβανομένων των σκέψεων, των πεποιθήσεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών (Cash, 2004).

Η εικόνα του σώματος θεωρείται ότι έχει δύο κύρια συστατικά, ένα «αντιληπτικό συστατικό» και ένα «χαρακτηριστικό συστατικό». Αυτά αντιστοιχούν στη διάκριση που γίνεται συχνά μεταξύ «αντίληψης σώματος» και «έννοιας σώματος». Παράλληλα με αυτήν την εννοιολογική διάκριση, με παρόμοιο τρόπο γίνεται πρακτικά στην πειραματική βιβλιογραφία σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τις διαταραχές βάρους, μεταξύ τεχνικών που εστιάζονται στην αξιολόγηση της ακρίβειας, της εκτίμησης, του σωματικού μεγέθους ενός ατόμου και των τάσεων / συναισθημάτων που έχει ένα άτομο απέναντι στο σώμα του. Η πρώτη θεωρείται ως «αντιληπτική» κρίση, ενώ η δεύτερη θεωρείται γενικά ότι αντικατοπτρίζει «συμπεριφορικές, συναισθηματικές και γνωστικές» μεταβλητές.

Η πρόσφατη βιβλιογραφία για την «εικόνα του σώματος» επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από τις εφαρμοσμένες κλινικές ανησυχίες. Αυτές περιλαμβάνουν τρεις κύριους τομείς. Ο πρώτος, και ο πιο σημαντικός τομέας, είναι αυτός των συγκεκριμένων «νευρολογικών διαταραχών» στις οποίες οι ασθενείς εμφανίζουν ελαττωματική αντίληψη για το σώμα

τους. Για παράδειγμα, σύνδρομα στα οποία οι ασθενείς αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν μια ημιπληγία ή να ανταποκριθούν σε ένα μέρος του σώματός τους σαν να μην υπήρχε.

Η δεύτερη περιοχή είναι αυτή της παραμόρφωσης της εικόνας του σώματος όπως παρατηρείται σε ασθενείς με διατροφική διαταραχή, όπως νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία ή διαταραχή βάρους, όπως η παχυσαρκία. Η τελική κλινική περιοχή σχετίζεται με ένα ιδιαίτερα συγκεκριμένο πρόβλημα που αφορά την ανησυχία της εικόνας του σώματος, το οποίο θεωρείται ότι περιλαμβάνει παραληρητική παρανόηση και αναφέρεται ως «σωματική δυσμορφία». Σε όλους αυτούς τους τομείς, η εσφαλμένη αντίληψη του μεγέθους και του σχήματος του σώματος είναι το κεντρικό μέλημα. Ένα αποτέλεσμα αυτής της συγχώνευσης προβλημάτων από διαφορετικές περιοχές, ιδιαίτερα από νευρολογικές διαταραχές, είναι η ενίσχυση της αντίληψης ότι η εικόνα του σώματος είναι κυρίως ένα αντιληπτικό φαινόμενο (David, 1994).

2.2.2 Εικόνα σώματος στην εφηβεία

Η ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την αυτο-ικανοποίηση. Αυτό που είναι σημαντικό για τα άτομα δεν είναι μόνο το πώς αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, αλλά και το πώς πιστεύουν ότι τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι. Όπως και τις αντιδράσεις και τις στάσεις των άλλων απέναντί τους. Όταν δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά σε αυτούς τους παράγοντες, τα άτομα είναι ευχαριστημένα με τον εαυτό τους και το αντίστροφο. Τα κορίτσια και τα αγόρια στην εφηβεία είναι πιο ευαίσθητα στη σωματική δυσαρέσκεια (Hyochol Ahn, et al, 2017).

Η αυτο-έννοια και η αυτοεκτίμηση αναπτύσσονται και ενισχύονται αυτή την περίοδο, επομένως, κατά τη διάρκεια αυτών των ετών, η αξιολόγηση από το περιβάλλον τους έχει μεγάλη επίδραση. Εάν η εκτίμηση από το περιβάλλον τους είναι ως επί το πλείστον θετική, τα άτομα χτίζουν σταδιακά σταθερή αυτοεκτίμηση. Από την άλλη πλευρά, εάν υπάρχουν πολύ μεγάλες απαιτήσεις από τα άτομα και δεν εκτιμώνται επαρκώς από το περιβάλλον τους, μπορεί να εμφανιστούν αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας. Είναι επίσης χαρακτηριστικό των εφήβων να συγκρίνονται με τα υποτιθέμενα ιδανικά τους στην τηλεόραση και σε άλλα μέσα. Το επίπεδο ικανοποίησης του σώματος επηρεάζεται από τις αντιδράσεις των συνομηλίκων και των γονέων στην μεταβαλλόμενη εμφάνιση ενός εφήβου (Šmídová *et al.*, 2018).

Η έλλειψη αναγνώρισης και εκτίμησης τους σχετίζεται με ορισμένα ψυχολογικά προβλήματα στους εφήβους, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της δυσαρέσκειας ως προς το σώμα τους. Οι έφηβοι που αισθάνονται αποδεκτοί από το περιβάλλον τους είναι λιγότερο επιρρεπείς να προσπαθήσουν να αλλάξουν το σχήμα του σώματός τους για να επιτύχουν το υποτιθέμενο ιδανικό. Υπάρχει μια γενική συναίνεση ότι οι γυναίκες και οι άνδρες αντλούν την ιδανική τους μορφή από τα μέσα ενημέρωσης (Walter and Shenaar-Golan, 2017). Αυτό σχετίζεται στενά με την υψηλότερη ικανοποίηση του σώματος στους άνδρες. Η ανδρική φιγούρα που παρουσιάζεται στα μέσα ενημέρωσης ως ελκυστική κυμαίνεται από κανονική έως μυϊκή, ενώ μια ελκυστική γυναικεία φιγούρα είναι μάλλον λεπτή, ακόμη και σκελετωμένη (Davison and McCabe, 2006).

Οι αλλαγές στο σχήμα του σώματος των εφήβων κοριτσιών, για παράδειγμα το σχήμα των γοφών τους, το αυξανόμενο βάρος τους, απομακρύνουν τα κορίτσια από το ιδανικό τους. Στην εφηβεία, τα αγόρια μεγαλώνουν και αυξάνουν τη μυϊκή τους μάζα, πλησιάζοντας έτσι την εμφάνιση των ενηλίκων ανδρών. Για τους λόγους αυτούς, η κοινωνική πίεση πιθανότατα δεν είναι τόσο ισχυρή για τους άνδρες, και ως εκ τούτου είναι πολύ πιο ευτυχισμένοι με τον εαυτό τους. Η μικρότερη ικανοποίηση του σώματος σχετίζεται με χειρότερες διατροφικές συνήθειες και ανθυγιεινούς τρόπους αλλαγής του σωματικού βάρους. Οι δυσαρεστημένοι άνθρωποι συχνά δείχνουν ακατάλληλη διατροφική συμπεριφορά και παραλείπουν κάποια καθημερινά γεύματα (Šmídoná *et al.*, 2018).

2.2.3 Η δυσαρέσκεια και η ικανοποίηση της εικόνας του σώματος

Τα θέματα εικόνας του σώματος αυξάνονται και επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών. Η εικόνα του σώματος θεωρείται μια πολύπλευρη δομή που περιλαμβάνει τις αντιλήψεις, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές ενός ατόμου σχετικά με το μέγεθος, το σχήμα και τη δομή του σώματός του. Στον πληθυσμό των εφήβων, η αρνητική αντίληψη για την εικόνα του σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να οδηγήσει σε επιπτώσεις στην υγεία, όπως είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης και αυξημένο κίνδυνο κλινικών διατροφικών διαταραχών (Ribeiro-Silva *et al.*, 2018).

Μελέτες διατομής στην Ιρλανδία έδειξαν ότι το 81% των κοριτσιών και το 55% των αγοριών ηλικίας 12 έως 18 ετών ανέφεραν την επιθυμία να αλλάξουν το σχήμα του σώματός τους (Lawler and Nixon, 2011), ενώ το 13% των μη υπέρβαρων παιδιών, ηλικίας 10 έως 17 ετών, ανέφεραν ότι ήταν σε δίαιτα (Kelly, Molcho and Nic Gabhainn, 2010).

Οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες της εικόνας του σώματος διαφέρουν τόσο για αγόρια όσο και για κορίτσια κατά την εφηβεία. Ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια από τους άνδρες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Επιπλέον, έχουν εντοπιστεί πιο συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ των φύλων όσον αφορά τις συμπεριφορές και τις ανησυχίες της εικόνας του σώματος. Τα κορίτσια αναφέρουν μεγαλύτερη εσωτερίκευση των ιδανικών της εμφάνισης από τα αγόρια. Οι πηγές που επηρεάζουν την εξωτερική εμφάνιση διαφέρουν ανάμεσα στα φύλα. Τα αγόρια και τα κορίτσια διαφέρουν επίσης ως προς τα ιδανικά του σώματος που επιδιώκουν να επιτύχουν. Συγκεκριμένα, τα αγόρια τείνουν να εκτιμούν ένα μυϊκό, άπαχο σώμα ως ιδανικό, ενώ τα κορίτσια εκτιμούν κυρίως τα λεπτά (Latiff, Muhamad and Rahman, 2018).

Η πίεση από συνομήλικους για αύξηση του μυϊκού όγκου μεταξύ των αγοριών προβλέπει τη δυσαρέσκεια του σώματος, ενώ η πίεση για απώλεια βάρους από συνομηλίκους, ενήλικες συγγενείς και τα μέσα κοινωνικής ενημέρωσης προβλέπουν τη σωματική δυσαρέσκεια μεταξύ των κοριτσιών. Επιπλέον, οι αντιλήψεις βάρους διαφέρουν για αγόρια και κορίτσια. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό από τα αγόρια να θεωρούν ότι είναι υπέρβαρα, ενώ τα αγόρια ότι είναι λιποβαρή (Kenny *et al.*, 2017).

Άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα με το σώμα τους είναι λιγότερο ευαίσθητα σε υγιείς συμπεριφορές διαχείρισης βάρους. Αντίθετα, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπεριφορές που θα μπορούσαν να θέσουν τους εφήβους σε κίνδυνο για αύξηση βάρους και κακή συνολική υγεία (Ribeiro-Silva *et al.*, 2018).

Συνοπτικά η δυσαρέσκεια του σώματος των εφήβων σχετίζεται με:

- υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος
- δίαιτα
- χαμηλότερη αυτοεκτίμηση

- χαμηλότερη αντιληπτή υγεία
- αυξημένο χρόνο μπροστά σε υπολογιστή
- επικράτηση ανθυγιεινών στρατηγικών απώλειας βάρους
- αυξημένο κίνδυνο διατροφικών διαταραχών
- θλίψη
- αυτοκτονικό ιδεασμό
- χαμηλότερη σωματική δραστηριότητα και δυσλειτουργική άσκηση
(Jankauskiene *et al.*, 2019)

2.2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα σώματος

Η αποδοχή της εικόνας του σώματος απαιτεί την κατανόηση της αντίληψης των ατόμων για τον εαυτό τους καθώς υφίστανται φυσικές αλλαγές σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Απαιτεί επίσης να ληφθούν υπόψη οι πολλαπλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση της εικόνας του σώματος. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά μερικοί από αυτούς τους παράγοντες (Markey, 2010).

- **Το φύλο**

Η εικόνα του σώματος επηρεάζεται ισχυρά από το φύλο του ατόμου. Οι φυσικές αλλαγές των κοριτσιών που συνοδεύουν την εφηβεία, όπως η σημαντική αύξηση βάρους, συχνά τις φέρνουν πιο μακριά από το ιδανικό πρότυπο ομορφιάς που έχουν ως στόχο (Markey, 2010).

Κατά συνέπεια τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια από τα αγόρια κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Μελέτη που έγινε σε δείγμα 776 μαθητών ηλικίας 11-12 ετών διαπίστωσε ότι οι γυναίκες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης δυσαρέσκειας στην εικόνα του σώματος. Αυτό αποδείχθηκε και από την υψηλότερη δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος τους (66,1%) σε σύγκριση με τους άνδρες (52,0%) (Ribeiro-Silva *et al.*, 2018).

Τα δυο φύλα διαφέρουν ως προς τα ιδανικά του σώματος που επιδιώκουν να επιτύχουν. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό από τα αγόρια να θεωρούν ότι είναι υπέρβαρα, ενώ τα αγόρια ότι είναι λιποβαρή. Τα ερεθίσματα που δέχονται τα κορίτσια στην εφηβεία ως

προς την εμφάνιση τους, τους υποδεικνύουν ως ιδανικό σώμα το αδύνατο. Πολλές φορές είναι μη ρεαλιστική η εικόνα που πλάθουν και όπου προσπαθούν να φτάσουν. Ο συνδυασμός της ιδιαίτερα λεπτής σιλουέτας με τις αλλαγές που επέρχονται στη δομή του σώματος κατά την εφηβεία προκαλούν μια έντονη δυσφορία στα κορίτσια (Dogan *et al.*, 2018).

Στην αντίθετη πλευρά τα αγόρια τείνουν προς το ογκώδες, γυμνασμένο και χωρίς λίπος σώμα. Για να καταφέρουν να έχουν αυτή την εμφάνιση συχνά τα αγόρια ξεκινούν να αθλούνται και να προτιμούν κυρίως τις ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης (Kenny *et al.*, 2017).

- **Συμμαθητές**

Κατά την περίοδο της εφηβείας η γνώμη των συνομήλικων έχει ιδιαίτερη σημασία ως προς τις αντιλήψεις και την στάση που θα έχει ο έφηβος. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό από τα αγόρια να συμμετάσχουν σε γενικές συζητήσεις για την εμφάνιση, ενώ τα αγόρια είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε συνομιλίες εμφάνισης που σχετίζονται με μυϊκότητα. Η πίεση από συνομήλικους για αύξηση του μυϊκού όγκου μεταξύ των αγοριών προβλέπει τη δυσαρέσκεια του σώματος, ενώ η πίεση για απώλεια βάρους από συνομηλικούς προβλέπουν τη σωματική δυσαρέσκεια μεταξύ των κοριτσιών (Latiff, Muhamad and Rahman, 2018).

Τα κορίτσια φάνηκαν να συγκρίνονται με τους συνομηλικούς τους όσον αφορά το βάρος και το μέγεθος της ένδυσης, ενώ τα αγόρια φάνηκαν να συγκρίνονται με τους συνομηλικούς τους όσον αφορά το στυλ των μαλλιών, τη μυϊκή ικανότητα και την αθλητική ικανότητα. Οι υπέρβαροι/ παχύσαρκοι έφηβοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε επιρροές από συνομήλικους, δεδομένου ότι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα επίπεδα δυσαρέσκειας του σώματος και κοινωνικοπολιτισμικά μηνύματα για να χάσουν βάρος, σε σύγκριση με τους υγιείς / λιποβαρείς συμμαθητές τους. Έχουν επίσης τη δυνατότητα να επηρεάσουν θετικά την εικόνα του σώματος των εφήβων παρέχοντας υποστήριξη σε όσους αντιμετωπίζουν δυσκολία να διαχειριστούν την αλλαγή της σωματικής τους διάπλασης ή σε εκείνους που υπόκεινται σε πειράγματα που σχετίζονται με την εμφάνιση και κριτική από άλλους συνομηλικούς (Shroff and Thompson, 2006; Kenny *et al.*, 2017).

Τα πειράγματα από ομότιμους σχετίζονται με τη χαμηλή σωματική δυσαρέσκεια, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα υψηλά καταθλιπτικά συμπτώματα και τον ιδεασμό αυτοκτονίας και απόπειρα τόσο για αγόρια όσο και για κορίτσια, ακόμη και μετά τον έλεγχο του σωματικού βάρους. Οι έφηβοι ανέφεραν ότι ενθαρρύνονταν από τους συνομήλικους για πρακτικές που σχετίζονται με την εμφάνιση όπως η διαίτα, η διατροφική συγκράτηση, η υπερβολική άσκηση και η μυϊκή ενδυνάμωση. Επιπλέον, πολλά κορίτσια συμφώνησαν ότι οι απόπειρες δίαιτας από αδύνατους συνομήλικους τους έκαναν να αισθάνονται ότι έπρεπε να κάνουν διαίτα, ενώ και τα αγόρια και τα κορίτσια ανέφεραν ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμφάνιση συχνά ασκούνται ως ομαδική δραστηριότητα, ως κάτι που οι έφηβοι κάνουν μαζί για να εδραιώσουν τις σχέσεις μεταξύ τους και να επιβεβαιώσουν ή να ενισχύσουν τη συνέχιση της αποδοχής από τους γύρω τους (Shroff and Thompson, 2006; Kenny *et al.*, 2017).

Τόσο τα κορίτσια όσο και τα αγόρια πιστεύουν ότι οι συνομήλικοι εστιάζουν διαρκώς στις αρνητικές πτυχές της εμφάνισης κάποιου. Τέλος ανέφεραν ότι κατά καιρούς η ειλικρίνεια από συνομήλικες σχετικά με το βάρος θα μπορούσε κατά λάθος να είναι επίπονη (Shroff and Thompson, 2006; Kenny *et al.*, 2017).

- **Έναρξη ήβης και Δείκτης μάζας σώματος**

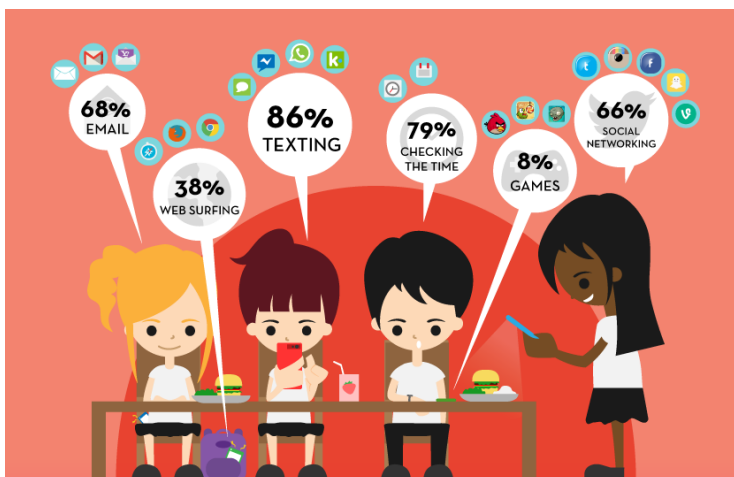
Τα εφηβικά χρόνια παρέχουν ένα ιδιαίτερα εμφανές παράδειγμα της αναπτυξιακής σημασίας της εικόνας του σώματος. Η φυσική ανάπτυξη που συνοδεύει τα εφηβικά χρόνια είναι πιο εκτεταμένη από αυτήν που βιώνεται σε οποιαδήποτε άλλη στιγμή της ζωής, εκτός από την παιδική ηλικία (Markey, 2010).

Τα κορίτσια στην εφηβεία βιώνουν πολλές φυσιολογικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των ορμονών των ωοθηκών, όπως η προγεστερόνη (Forney *et al.*, 2020). Το σώμα τους όχι μόνο μεγαλώνει γρηγορότερα, αλλά επίσης συνοδεύεται από αλλαγές στις γενικές τους αναλογίες. Στα κορίτσια, η αύξηση του σωματικού βάρους ξεκινά 6 μήνες αργότερα από την αύξηση του ύψους, ενώ στα αγόρια η κορυφή της αύξησης του σωματικού βάρους και η κορυφή της αύξησης του ύψους συμβαίνουν ταυτόχρονα. Στα κορίτσια η αύξηση βάρους είναι σε μεγάλο βαθμό με τη μορφή αποθήκευσης λίπους, ενώ στο αντίθετο φύλο συμβαίνει με τη μορφή αύξησης της μυϊκής μάζας και του σκελετού. Παράλληλα στα αγόρια ο υποδόριος λιπώδης ιστός

μειώνεται, ενώ στα κορίτσια συνεχίζει να αυξάνεται (Özdemir, Utqualp and Pallos, 2016).

Καθώς περνούν από την εφηβεία, οι έφηβοι αναπτύσσουν αποθέματα λίπους στο σώμα τους που σχετίζονται με τις αλλαγές στο σχήμα τους σώματος και αύξηση τους δείκτη μάζα σώματος, η οποία έχει σημαντική επίδραση στην εικόνα του σώματός τους. Τους προκαλεί έντονη δυσαρέσκεια με το σώμα τους και την επιθυμία για απώλεια βάρους. Σε έρευνα που έγινε στη Μαλαισία σε 776 μαθητές σχολείου, συγκεκριμένα ηλικίας 11 και 12 ετών παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι με υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος τους σε σύγκριση με τους εφήβους με μικρό βάρος και φυσιολογικό βάρος (Latiff, Muhamad and Rahman, 2018).

- **Μέσα μαζικής ενημέρωσης και μέσα κοινωνικής δικτύωσης**



Εικόνα 2-2 Τα κοινωνικά δίκτυα στην εφηβεία

(Πηγή: *Teenage Depression Treatment Options / Newport Academy, 2019*)

Η στενή σχέση μεταξύ της εικόνας του σώματος και της αυτοεκτίμησης είναι ιδιαίτερα προβληματική για τα κορίτσια που μεγαλώνουν στο πλαίσιο των ανεπτυγμένων μαζικά και καταναλωτικά κοινωνιών. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (περιοδικά, ταινίες, διαφημίσεις, μουσικά βίντεο) διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση των

στάσεων των ατόμων για το σώμα τους, συμπεριλαμβανομένης της αυξανόμενης ντροπής του σώματος (Salomon and Brown, 2019). Όχι μόνο τονίζουν ότι η γυναικεία αξία πρέπει να βασίζεται στην εμφάνιση, αλλά παρουσιάζει ένα ισχυρό πολιτιστικό ιδανικό της γυναικείας ομορφιάς που γίνεται όλο και πιο ανέφικτο. Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που παρουσιάζονται στα ΜΜΕ είναι κάτω από το μέσο φυσιολογικό βάρος.

Αυτά τα ζητήματα προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όχι μόνο επειδή η εφηβεία είναι μια σημαντική περίοδος για τη διαμόρφωση του παιδιού αλλά επειδή η εφηβεία συνεπάγεται με σωματικές αλλαγές που δεν συνάδουν με το εξαιρετικά αδύνατο σώμα που έχουν ως ιδανικό (Kenny *et al.*, 2017).

Η κοινωνική σύγκριση με τα μοντέλα των μέσων μπορεί να είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για τις δυσμενείς επιπτώσεις των μέσων στην εικόνα του σώματος των γυναικών. Οι συγκρίσεις με αυτά τα μη ρεαλιστικά ιδανικά είναι απογοητευτικές για την πλειονότητα των κοριτσιών, με αποτέλεσμα την ηλικιακή πτώση στην ικανοποίηση του σώματος. Αυτό, με τη σειρά του, συμβάλει στη μείωση της παγκόσμιας αυτοεκτίμησης μεταξύ των έφηβων κοριτσιών των δυτικών πολιτισμών (Kenny *et al.*, 2017).

Τα κοινωνικά μέσα όπως το Instagram, τα οποία περιλαμβάνουν την προβολή, δημοσίευση και σχολιασμό φωτογραφιών του εαυτού σας και άλλων, αποτελούν πλέον μέρος της καθημερινής ζωής για τους περισσότερους εφήβους. Πολλά κορίτσια επιμελούνται προσεκτικά και επεξεργάζονται τις αυτο-εικόνες (selfies) για να πληρούν τα πρότυπα ομορφιάς που υποστηρίζονται από τους συνομηλίκους. Αυτό αυξάνει την ένταση των διαδικασιών σύγκρισης της εμφάνισης από τους συνομηλίκους. Δεν προκαλεί έκπληξη, πως η μεγαλύτερη συμμετοχή σε ιστότοπους κοινωνικής δικτύωσης, ειδικά σε αυτές που περιλαμβάνουν κυρίως ανάρτηση και προβολή φωτογραφιών του εαυτού και άλλων, έχει αποδειχθεί ότι είναι επιζήμια για την εικόνα του σώματος, τη διάθεση, και την αυτοεκτίμηση. Συνολικά η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, αυξάνει τον κίνδυνο δυσαρέσκειας του σώματος, της διαταραγμένης διατροφής και των βουλιμικών συμπτωμάτων σε εφήβους, λόγω της εσωτερίκευσης των ιδανικών εμφάνισης και της σύγκρισης της εμφάνισης (Kleemans *et al.*, 2018; Gordon *et al.*, 2020).

- **Γονείς**

Η δυσαρέσκεια του σώματος των εφήβων υπόκειται επίσης στις γονικές επιρροές. Οι γονείς όχι μόνο μεταδίδουν μηνύματα σχετικά με τα ιδανικά εμφάνισης στα παιδιά τους, αλλά η ίδια η σχέση γονέα-εφήβου παίζει επίσης ρόλο στην ανάπτυξη της δυσαρέσκειας του σώματος των εφήβων. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι όταν τα άτομα αισθάνονται ασφαλείς στις σχέσεις τους, είναι λιγότερο πιθανό να σκεφτούν ότι πρέπει να

συμμορφωθούν με τα ιδανικά εμφάνισης για να κερδίσουν την αποδοχή των άλλων (de Vries, Vossen and van der Kolk – van der Boom, 2019).

Η επιρροή της μητέρας έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ανάπτυξη της εικόνας του σώματος μεταξύ των εφήβων. Οι γονείς αξιολογούν τις κόρες τους πιο επικριτικά από τους γιους τους στην εφηβική ηλικία, κάτι που θα μπορούσε να εξηγήσει τη μεγαλύτερη πίεση των έφηβων κοριτσιών να αποδεχτούν το κοινωνικοπολιτισμικό ιδανικό λεπτότητας ενάντια στη θέλησή τους. Επίσης, οι μητέρες και οι πατέρες δίνουν σπάνια θετικά σχόλια σχετικά με τη φυσική εμφάνιση των κόρων τους. Οι περισσότεροι έφηβοι και των δύο φύλων με αυξημένη μάζα σώματος αντιλαμβάνονται ότι οι μητέρες τους τους ενθαρρύνουν να χάσουν τη σωματική τους μάζα, ιδιαίτερα τα κορίτσια, και βιώνουν περισσότερη κριτική από μητέρες με αρνητικά σχόλια σχετικά με τη φυσική τους εμφάνιση (Ivanović, Milosavljević and Ivanović, 2018).

- **Αθλητισμός**

Αν και ο αθλητισμός μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των εφήβων, είναι επίσης σημαντικό για τους κλινικούς ιατρούς να έχουν κατά νου την επίδραση που μπορεί να έχει ο αθλητισμός στην εικόνα του σώματος. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για αθλήματα που παραδοσιακά τείνουν να προτιμούν ένα συγκεκριμένο σχήμα ή μέγεθος σώματος, όπως ο χορός, το τρέξιμο, το cheerleading, το κολύμπι, η αγωνιστική γυμναστική, η ποδηλασία, το ποδόσφαιρο και το bodybuilding. Ομοίως, τα αθλήματα που απαιτούν από τους αθλητές να έχουν ένα συγκεκριμένο βάρος, όπως η πάλη, μπορούν να ασκήσουν αδικαιολόγητη πίεση στους εφήβους για να προσπαθήσουν να χάσουν βάρος ή να κερδίσουν με ανθυγιεινούς τρόπους (Hartman-Munick, Gordon and Guss, 2020).

Ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων, πιο συχνά εκείνων που ταυτίζονται ως άνδρες, έχουν εκφράσει την επιθυμία τους να αυξήσουν τον όγκο των μυών, με πολλούς από αυτούς τους εφήβους να χρησιμοποιούν διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες, συμπληρώματα διατροφής και ακόμη και αναβολικά στεροειδή για την επίτευξη αυτού του στόχου. Η χρήση συμπληρωμάτων είναι ένα σημαντικό ζήτημα στους εφήβους γενικά και ιδιαίτερα στους αθλητές, τόσο στο γυμνάσιο όσο και στο επίπεδο των ελίτ (Hartman-Munick, Gordon and Guss, 2020).

Κεφάλαιο 3: Σύνδρομο διατροφικών διαταραχών

3.1 Ορισμός και είδη

Η επιδίωξη του ιδανικού λεπτού σώματος, η δυσαρέσκεια του σώματος που επέρχεται και οι συμπεριφορές ελέγχου βάρους αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών διατροφής που περιλαμβάνουν συμπεριφορές υπερβολικής διατροφής και ανθυγιεινών συμπεριφορών ελέγχου βάρους (Stice *et al.*, 2017).

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ψυχικές ασθένειες που πλήττουν εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο ανεξάρτητα από τη φυλή, την ηλικία, την εθνικότητα ή το φύλο και συνεπάγονται σημαντικό προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό κόστος. Οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με σωματικές επιπλοκές σε συστήματα πολλαπλών οργάνων, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών, γαστρεντερικών, μυοσκελετικών, δερματολογικών, ενδοκρινικών, αιματολογικών και νευρολογικών συστημάτων. Συχνά συνδυάζονται με ψυχιατρική συννοσηρότητα. Οι διατροφικές διαταραχές αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας και ιατρικών επιπλοκών και διακόπτουν την προσωπική και οικογενειακή λειτουργία. Όσο πιο χρόνια και σοβαρή είναι η νόσος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα σοβαρών σωματικών επιπλοκών. Στην ανάρρωση οι οικογένειες μπορεί να είναι κρίσιμες πηγές υποστήριξης (Schaumberg *et al.*, 2017; Solmi *et al.*, 2020).

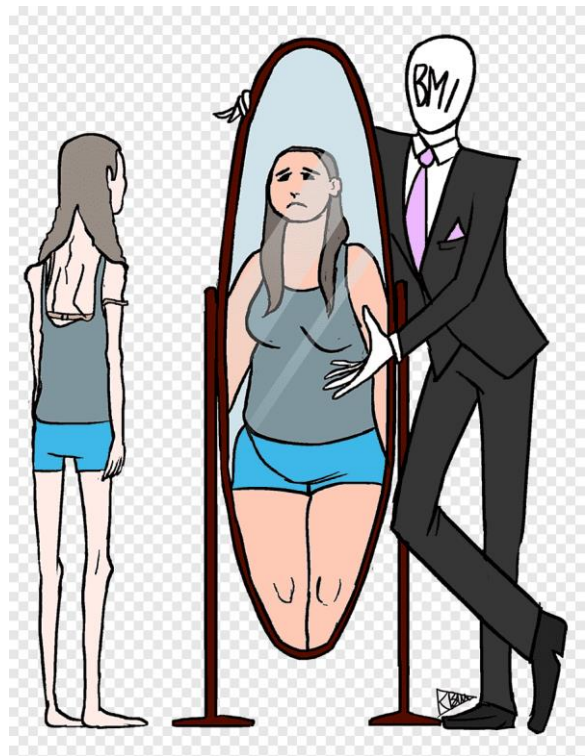
Τα είδη των διατροφικών διαταραχών κατά το πέμπτο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) είναι η νευρική ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η επεισοδιακή υπερφαγία.

3.1.1 Νευρική Ανορεξία

Η νευρική ανορεξία είναι μια πολύπλοκη ψυχιατρική ασθένεια που σχετίζεται με τον περιορισμό των τροφίμων και την υψηλή θνησιμότητα. Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από επίμονο περιορισμό της πρόσληψης ενέργειας και οδηγεί σε σωματικό βάρος που είναι σημαντικά χαμηλότερο από αυτό που αναμένεται για το ύψος και την ηλικία. Ξεκινά συνήθως κατά την εφηβεία ή τη νεανική ενηλικίωση. Η εμφάνιση αυτής της διαταραχής συνδέεται συχνά με ένα αγχωτικό συμβάν ζωής, όπως η έξοδος από το σπίτι για σπουδές. Η πορεία και το αποτέλεσμα της νευρικής ανορεξίας είναι πολύ

μεταβλητές. Τα νεαρά άτομα μπορεί να εκδηλώσουν άτυπα χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης του «φόβου του λίπους». Υπάρχει έντονος φόβος για αύξηση βάρους ή για λίπος ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμποδίζει την αύξηση βάρους (παρόλο που έχουν σημαντικά χαμηλό βάρος) (Frank, Shott and DeGuzman, 2019).

Τα νεότερα άτομα με νευρική ανορεξία, καθώς και ορισμένοι ενήλικες, ενδέχεται να μην αναγνωρίζουν ή να αναγνωρίζουν έναν φόβο αύξησης βάρους. Τα άτομα αυτά έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος τους, θεωρούν ότι μερικά σημεία του σώματος τους είναι παχιά. Τα ηλικιωμένα άτομα πιθανότατα έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ασθένειας και η κλινική τους παρουσίαση μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερα σημεία και συμπτώματα μακροχρόνιας διαταραχής. Οι κλινικοί γιατροί δεν πρέπει να αποκλείουν τη νευρική ανορεξία από τη διαφορική διάγνωση μόνο βάσει της μεγαλύτερης ηλικίας. Πολλά άτομα έχουν μια περίοδο αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς πριν από τα πλήρη κριτήρια για την εκπλήρωση της διαταραχής (Frank, Shott and DeGuzman, 2019).



Εικόνα 3-1 Ανορεξία

(Πηγή: Anorexia nervosa The Lieutenant Model
Death The White Tiger, model, celebrities, child png |
PNGEgg)

Μερικά άτομα με νευρική ανορεξία αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα μόνο επεισόδιο, με μερικά να παρουσιάζουν κυμαινόμενο μοτίβο αύξησης βάρους που ακολουθείται από υποτροπή, και άλλα βιώνουν χρόνια πορεία. Μπορεί να απαιτείται νοσηλεία για την αποκατάσταση του βάρους και την αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών. Τα περισσότερα άτομα με νευρική ανορεξία βιώνουν ύφεση εντός 5 ετών από την παρουσίαση. Μεταξύ των ατόμων που εισάγονται σε νοσοκομεία, τα συνολικά ποσοστά ύφεσης μπορεί να είναι χαμηλότερα (Frank, Shott and DeGuzman, 2019).

Οι διατροφικές διαταραχές αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας και ιατρικών επιπλοκών και διακόπτουν την προσωπική και οικογενειακή λειτουργία. Επίσης πολλές φορές συνδυάζονται με κατάθλιψη, κρίσεις άγχους και κατάχρηση ουσιών. Ο θάνατος συνήθως προκύπτει από ιατρικές επιπλοκές που σχετίζονται με την ίδια τη διαταραχή ή από αυτοκτονία (Goldstein and Gvion, 2019).

Παράγοντες κινδύνου

Οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία προκαλούνται από συνδυασμούς συμπεριφορικών, βιολογικών, γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών ή πολιτισμικών επιδράσεων. Οι ακόλουθοι παράγοντες μπορούν να θέσουν τα άτομα σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής.

Οι βιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- γυναικείο φύλο
- ένα μέλος της οικογένειας να έχει διαγνωστεί με μια διατροφική διαταραχή και / ή διαταραχή της ψυχικής υγείας
- μια ιστορικό δίαιτας.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και συμπεριφορική δυσκαμψία
- τελειομανία
- δυσαρέσκεια εικόνας σώματος
- άγχος και / ή κατάθλιψη.

Περιβαλλοντικοί ή πολιτιστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- βύθιση σε μια κουλτούρα που εκτιμά τη λεπτότητα
- συμμετοχή σε μοντελοποίηση, μπαλέτο, πάλη, γυμναστική ή άλλες δραστηριότητες που ενθαρρύνουν τη λεπτότητα
- πειράγματα και εκφοβισμό
- ένα περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο (Neale and Hudson, 2020)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-5 είναι τα ακόλουθα:

1. Περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με τις απαιτήσεις, γεγονός που μπορεί κάποιος να οδηγηθεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος βάσει της ηλικίας, του φύλου, της αναπτυξιακής κατάστασης και της σωματικής υγείας. Σημαντικά χαμηλό βάρος ορίζεται ως βάρος μικρότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό, για τα παιδιά και τους εφήβους, μικρότερο από το ελάχιστο αναμενόμενο.
2. Έντονος φόβος αύξησης βάρους ή λίπους ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμβαίνει με την αύξηση του σωματικού βάρους, ακόμα και αν το βάρος είναι ήδη σημαντικά χαμηλό.
3. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, η υπερβολική επίδραση του σωματικού βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση ή η επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού βάρους του ατόμου.

Η διαταραχή αυτή χωρίζεται σε δύο υπότυπους:

A. Περιοριστικός τύπος→ Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο δεν έχει εμπλακεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια συμπεριφοράς υπερβολικής κατανάλωσης ή εκκαθάρισης (π.χ. Αυτοεμφανιζόμενος εμετός ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματα). Αυτός ο δευτερεύων τύπος περιγράφει παρουσιάσεις στις οποίες η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται κυρίως μέσω δίαιτας, νηστείας ή/ και υπερβολικής άσκησης.

B. Τύπος εξαγνισμού / καθαρισμού→ Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο έχει εμπλακεί σε υποτροπιάζοντα υπερφαγικά επεισόδια ή καθαρτικής συμπεριφοράς (π.χ. εμετός ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύματος).

Τα περισσότερα άτομα με τον τύπο εκκαθάρισης της νευρικής ανορεξίας, τρώνε ποσότητες που εξαφανίζονται μέσω εμετού, όπου προκαλείται από το ίδιο άτομο ή από κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών. Μερικά άτομα με αυτόν τον υποτύπο νευρικής ανορεξίας δεν τρώνε υπερβολικά, αλλά καθαρίζουν τακτικά μετά την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής. Η διασταύρωση μεταξύ των υποτύπων κατά τη διάρκεια της διαταραχής δεν είναι ασυνήθιστη. Ως εκ τούτου, η περιγραφή του υποτύπου πρέπει να χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα τρέχοντα συμπτώματα και όχι τη διαμήκη πορεία της πάθησης.

Όρια της ύφεσης των συμπτωμάτων:

Σε μερική ύφεση: Αφού ικανοποιήθηκαν προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για την νευρική ανορεξία, αν το κριτήριο Α (χαμηλό σωματικό βάρος) δεν έχει τηρηθεί για μια παρατεταμένη περίοδο, αλλά είτε το κριτήριο Β (έντονος φόβος να πάρει βάρος ή συμπεριφορά που παρεμβαίνει με την αύξηση βάρους) ή το κριτήριο Γ (διαταραχές στην αυτο-αντίληψη του βάρους και του σχήματος) εξακολουθεί να πληρείται.

Σε πλήρη ύφεση: Αφού προηγουμένως ικανοποιήθηκαν τα πλήρη κριτήρια για νευρική ανορεξία, κανένα από αυτά τα κριτήρια δεν πληρείται για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Όρια της σοβαρότητας της κατάστασης:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται, για τους ενήλικες, στον τρέχοντα δείκτη μάζας σώματος ή σε παιδιά και εφήβους, σε εκατοστημόριο ΔΜΣ.

Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί αντικατοπτρίζοντας τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για εποπτεία (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

- Ήπια: ΔΜΣ > 17kg / m²
- Μέτρια: ΔΜΣ 16-16,99 kg / m²
- Σοβαρή: ΔΜΣ 15-15,99 kg / m²
- Ακραία: ΔΜΣ <15 kg / m²

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ, υπολογισμένος ως βάρος σε χιλιόγραμμα / ύψος σε μέτρα ²) είναι ένα χρήσιμο μέτρο για την εκτίμηση του σωματικού βάρους για το ύψος.

Για ενήλικες, ένας ΔΜΣ $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ έχει χρησιμοποιηθεί από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως το κατώτερο όριο του φυσιολογικού σωματικού βάρους. Επομένως, οι περισσότεροι ενήλικες με ΔΜΣ μεγαλύτερο ή ίσο με $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ δεν θα θεωρούνται ότι έχουν σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος. Από την άλλη πλευρά, ένας ΔΜΣ χαμηλότερος από $17,0 \text{ kg} / \text{m}^2$ θεωρείται από τον ΠΟΥ ότι υποδηλώνει μέτρια ή σοβαρή λεπτότητα. Επομένως, ένα άτομο με ΔΜΣ μικρότερο από $17,0 \text{ kg} / \text{m}^2$ θεωρείται πιθανό να έχει σημαντικά χαμηλό βάρος. Ένας ενήλικας με ΔΜΣ μεταξύ $17,0$ και $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ ή ακόμη και άνω των $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$, μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει σημαντικά χαμηλό βάρος εάν το κλινικό ιστορικό ή άλλες φυσιολογικές πληροφορίες υποστηρίζουν αυτήν την κρίση (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Για τα παιδιά και τους εφήβους, ο προσδιορισμός του εκατοστημορίου BMI για την ηλικία είναι χρήσιμος (π.χ., ο υπολογιστής εκατοστημορίου BMC CDC για παιδιά και εφήβους. Το CDC έχει χρησιμοποιήσει ΔΜΣ για ηλικία κάτω από το 5ο εκατοστημόριο, υποδηλώνοντας πολύ χαμηλό βάρος. Ωστόσο, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΜΣ πάνω από αυτό το σημείο αναφοράς μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι σημαντικά χαμηλό βάρος λόγω της αποτυχίας να διατηρήσουν την αναμενόμενη πορεία ανάπτυξης. Συνοπτικά, για να προσδιοριστεί αν το Κριτήριο A πληρείται ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να εξετάσει τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις, καθώς και το σώμα του ατόμου, το ιστορικό βάρους και τυχόν διαταραχές στη φυσιολογική ανάπτυξη (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Μερικά άτομα αισθάνονται υπέρβαρα. Άλλοι συνειδητοποιούν ότι είναι λεπτοί, αλλά εξακολουθούν να ανησυχούν ότι ορισμένα μέρη του σώματος, ιδιαίτερα η κοιλιά, οι γλουτοί και οι μηροί, είναι "με πολύ λίπος". Μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία τεχνικών για την εκτίμηση του μεγέθους ή του βάρους του σώματός τους, όπως συχνή ζύγιση, εμμονική μέτρηση των μερών του σώματος και επίμονη χρήση καθρέφτη για τον έλεγχο των αντιληπτών περιοχών του "λίπους" (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Επίδραση της ανορεξίας στο σώμα

Οι φυσιολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της αμηνόρροιας και των ανωμαλιών ζωτικών σημείων, είναι συχνές. Ενώ οι περισσότερες από τις φυσιολογικές

διαταραχές που σχετίζονται με τον υποσιτισμό είναι αναστρέψιμες με τη διατροφική αποκατάσταση, ορισμένες, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας οστικής πυκνότητας, συχνά δεν είναι πλήρως αναστρέψιμες.

Η ψυχολογία και η αυτοεκτίμηση του ατόμου

Η αυτοεκτίμηση ατόμων με νευρική ανορεξία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιλήψεις τους για το σχήμα και το βάρος του σώματος. Για αυτούς η απώλεια βάρους θεωρείται συχνά ως εντυπωσιακό επίτευγμα και σημάδι εξαιρετικής αυτοπειθαρχίας, ενώ η αύξηση βάρους θεωρείται ως απαράδεκτη αποτυχία του αυτοέλεγχου. Παρόλο που ορισμένα άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορεί να αναγνωρίσουν ότι είναι αδύνατα, συχνά δεν αναγνωρίζουν τις σοβαρές ιατρικές επιπτώσεις της υποσιτισμένης κατάστασής τους. Συχνά, το άτομο επισκέπτεται τον επαγγελματία υγείας μετά από την παρότρυνση/ πίεση της οικογένειας ή αποτυχία αύξησης βάρους αφού έχει προηγηθεί σημαντική απώλεια βάρους (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Εάν τα άτομα ζητούν βοήθεια από μόνα τους, αυτό οφείλεται συνήθως σε αγωνία λόγω των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών της πείνας. Είναι σπάνιο για ένα άτομο με νευρική ανορεξία να διαμαρτύρεται για απώλεια βάρους καθαυτό. Στην πραγματικότητα, άτομα με νευρική ανορεξία συχνά είτε δεν έχουν γνώση είτε αρνούνται το πρόβλημα. Είναι επομένως συχνά σημαντικό να λαμβάνονται πληροφορίες από μέλη της οικογένειας ή από άλλες πηγές για την αξιολόγηση του ιστορικού της απώλειας βάρους και άλλων χαρακτηριστικών της ασθένειας. Όταν είναι σοβαρά λιποβαρή, πολλά άτομα με νευρική ανορεξία έχουν καταθλιπτικά σημεία και συμπτώματα όπως καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση και ευερεθιστότητα (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Θεραπεία

Η νευρική ανορεξία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική λειτουργία και μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Wade, 2007; Hughes, 2012).

Η θεραπεία της γίνεται, είτε ενδοноσοκομειακά, είτε εξωνοσοκομειακά. Όταν ένας έφηβος πληρεί ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα τότε δικαιολογεί νοσηλεία του ατόμου:

- 75% διάμεσος ΔΜΣ για ηλικία και φύλο
- αφυδάτωση
- διαταραχές ηλεκτρολυτών, όπως υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία και υποφωσφαταιμία
- Ανωμαλίες όπως σοβαρή βραδυκαρδία φυσιολογική αστάθεια, όπως σημαντική υπόταση, σοβαρή βραδυκαρδία ή υποθερμία
- Καθυστερημένη ανάπτυξη
- ανεπιτυχής θεραπεία εξωνοσοκομειακών ασθενών
- οξεία άρνηση τροφής
- ανεξέλεγκτο φαγητό και εκκαθάριση
- οξείες ιατρικές επιπλοκές του υποσιτισμού, όπως συγκοπή, επιληπτικές κρίσεις, καρδιακή ανεπάρκεια και παγκρεατίτιδα
- ψυχιατρικές ή σωματικές συννοσηρότητες που απαγορεύουν ή περιορίζουν την κατάλληλη θεραπεία εξωτερικών ασθενών, όπως σοβαρή κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, OCD και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (Golden *et al.*, 2015)

Το σύνδρομο Επανασίτισης μπορεί να εμφανιστεί σε υποσιτισμένο άτομο όταν υπάρξει μια γρήγορη αύξηση πρόσληψης τροφής όπου οδηγεί σε δραματικές μεταβολές υγρών και ηλεκτρολυτών και είναι δυνητικά θανατηφόρο (Scott and Henne, 1935). Οι κρίσιμες πτυχές της φροντίδας περιλαμβάνουν την αποκατάσταση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών, τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης, την παρακολούθηση και την επιβολή οποιασδήποτε συνταγογραφούμενης σωματικής δραστηριότητας. Στη συνέχεια την παρακολούθηση ζωτικών σημείων, του βάρους και της πρόσληψης τροφής και υγρών. Οι έφηβοι με νευρική ανορεξία είναι συχνά ανθεκτικοί στη θεραπεία και πιστεύουν ότι το βάρος τους είναι φυσιολογικό. Η ψυχολογική ανάρρωση περιλαμβάνει

τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, την ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων και την επιστροφή σε έναν υγιή τρόπο ζωής.

Οι στόχοι της θεραπείας συμπεριλαμβάνουν:

- αποκατάσταση των ασθενών σε ένα υγιές βάρος
- αντιμετώπιση τυχόν σωματικών επιπλοκών
- ενίσχυση των κινήτρων του ασθενούς για συνεργασία και συμμετοχή στη θεραπεία για την αποκατάσταση των υγιεινών τρόπων διατροφής
- παροχή εκπαίδευσης σχετικά με τη διατροφή και τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες
- παροχή βοήθειας στους ασθενείς για να επανεκτιμήσουν και να αλλάξουν τις βασικές δυσλειτουργικές γνώσεις, συμπεριφορές, κίνητρα, συγκρούσεις και συναισθήματα
- θεραπεία ψυχιατρικών νοσημάτων που συνοδεύουν την ανορεξία
- οικογενειακή υποστήριξη και παροχή κατάλληλης συμβουλευτικής θεραπεία
- αποφυγή της υποτροπής (Neale and Hudson, 2020)

Πιο αναλυτικά, ένας λογικός αρχικός στόχος για την αποκατάσταση βάρους είναι η ανάκτηση του 90% του μέσου αναμενόμενου βάρους για την ηλικία, το ύψος, και το φύλο του ασθενούς. Η έναρξη ή η επανάληψη της εμμηνου ρύσεως είναι ένας σημαντικός δείκτης της βιολογικής υγείας στις γυναίκες. Για τους αναπτυσσόμενους εφήβους, το βάρος στόχου μπορεί να χρειάζεται να προσαρμόζεται κάθε τρεις έως έξι μήνες. Η αύξηση βάρους μπορεί να ξεκινήσει έως ότου η πρόσληψη θερμίδων υπερβεί σημαντικά τις καθιστικές απαιτήσεις. Η έντονη σωματική δραστηριότητα και ο αθλητισμός πρέπει να περιοριστούν. Η διατροφική καθοδήγηση εστιάζει στην υγιεινή πρόσληψη τροφής και στην ανάκτηση της ενέργειας που απαιτείται για να συνεχίσει το άτομο τις καθημερινές δραστηριότητες του.

Παράλληλα είναι ανάγκη εκτός από τη σωματική υγεία είναι ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ψυχική υγεία του ατόμου. Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια από τις πιο ελπιδοφόρες προσεγγίσεις για εφήβους με νευρική ανορεξία. Στόχοι ψυχοθεραπείας περιλαμβάνουν μείωση της παραμορφωμένης εικόνας του σώματος και των

δυσλειτουργικών διατροφικών συνθηκών, επιστροφή στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα μέλη της οικογένειας χρειάζονται υποστήριξη για να μάθουν πώς να φροντίζουν τον ασθενή (Scott and Henne, 1935).

3.1.2 Ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία

Η Ψυχογενής βουλιμία είναι μια διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται γενικά από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, δηλαδή τρώγοντας μια αντικειμενικά μεγάλη ποσότητα τροφής με σχετική απώλεια ελέγχου, που ακολουθήθηκε από αντισταθμιστικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοεμφανιζόμενος εμετός, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικά ή άλλα φάρμακα, νηστεία, υπερβολική άσκηση). Αυτές οι αρνητικές αντισταθμιστικές συμπεριφορές δεσμεύονται για την πρόληψη ή την αντιστάθμιση της αναμενόμενης αύξησης βάρους (Gorrell *et al.*, 2020).

Πρωτοεμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή τη νεανική ενηλικίωση. Η έναρξη πριν από την εφηβεία ή μετά την ηλικία των 40 δεν είναι συχνή (Bernier *et al.*, 2018). Η πορεία μπορεί να είναι χρόνια ή διαλείπουσα, με περιόδους ύφεσης να εναλλάσσονται με υποτροπές υπερφαγικών επεισοδίων. Άτομα που βιώνουν διαγνωσμένη νευρική ανορεξία συνήθως θα παρουσιάσουν και ψυχογενής βουλιμία ή θα έχουν πολλαπλές εμφανίσεις διασταυρώσεων μεταξύ αυτών των διαταραχών.

Τα άτομα με ψυχογενής βουλιμία συνήθως ντρέπονται για τα προβλήματα διατροφής τους και προσπαθούν να αποκρύψουν τα συμπτώματά τους. Η υπερβολική κατανάλωση συνήθως συμβαίνει σε μυστικότητα ή όσο πιο εμφανώς γίνεται. Το φαγητό συνεχίζεται

συχνά έως ότου το άτομο νιώσει το στομάχι του ιδιαίτερα φουσκωμένο σε σημείο που μπορεί να προκαλέσει και πόνο (Hail and Le Grange, 2018).



Εικόνα 3-2 Βουλιμία και αντιρροπιστική συμπεριφορά

(Πηγή: *Anorexia nervosa The Lieutenant Model Death The White Tiger, model, celebrities, child png / PNGEgg, 2020*)

Πολλά άτομα με ψυχογενής βουλιμία χρησιμοποιούν αρκετές μεθόδους για να αντισταθμίσουν την υπερβολική κατανάλωση. Ο έμετος είναι η πιο κοινή ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά. Οι άμεσες επιπτώσεις του εμέτου περιλαμβάνουν ανακούφιση από σωματική δυσφορία και μείωση του φόβου για αύξηση βάρους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο εμετός γίνεται από μόνος του στόχος και το άτομο τρώει υπερβολικά με σκοπό στη συνέχεια να κάνει εμετό (Hoste, Labuschagne and Le Grange, 2012). Άτομα με ψυχογενής βουλιμία μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία μεθόδων για να προκαλέσουν εμετό, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης δακτύλων ή οργάνων για τη διέγερση του αντανακλαστικού που προκαλεί τον εμετό. Τα άτομα γενικά μαθαίνουν να προκαλούν εμετό και τελικά μπορούν να κάνουν εμετό κατά βούληση (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Άλλες συμπεριφορές καθαρισμού περιλαμβάνουν τα καθαρτικά και τα διουρητικά. Άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορεί να πάρουν την θυρεοειδή ορμόνη σε μια προσπάθεια να αποφύγουν την αύξηση βάρους. Επίσης άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και ψυχογενής βουλιμία μπορούν να παραλείψουν ή να μειώσουν τις δόσεις ινσουλίνης προκειμένου να

μειώσουν το μεταβολισμό των τροφίμων που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια του υπερφαγικού επεισοδίου. Άτομα με ψυχογενής βουλιμία μπορεί να νηστεύουν για μια ημέρα ή περισσότερο ή να ασκούνται υπερβολικά σε μια προσπάθεια να αποτρέψουν την αύξηση βάρους (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Η άσκηση μπορεί να θεωρηθεί υπερβολική όταν παρεμβαίνει στην υπόλοιπη καθημερινότητα του ατόμου, όταν συμβαίνει σε ακατάλληλες στιγμές ή σε ακατάλληλους ρυθμούς ή όταν το άτομο συνεχίζει να ασκείται παρά τον τραυματισμό που μπορεί να προκαλέσει ή άλλες ιατρικές επιπλοκές που τυχόν υπάρχουν (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορεί να μοιάζουν πολύ με εκείνα που πάσχουν από νευρική ανορεξία στο φόβο τους μήπως κερδίσουν βάρος, στην επιθυμία τους να χάσουν βάρος και στο επίπεδο δυσαρέσκειας τους με το σώμα τους. Τα άτομα με ψυχογενής βουλιμία συνήθως βρίσκονται εντός του φυσιολογικού βάρους ή του υπέρβαρου (δείκτης μάζας σώματος $> 18,5$ και < 30 σε ενήλικες). Η διαταραχή εμφανίζεται αλλά είναι ασυνήθιστη σε παχύσαρκα άτομα. Μεταξύ των υπερφαγικών επεισοδίων, τα άτομα με ψυχογενής βουλιμία συνήθως περιορίζουν τη συνολική κατανάλωση θερμίδων μέσα στην ημέρα τους και επιλέγουν κατά προτίμηση τρόφιμα χαμηλών θερμίδων ("light"), αποφεύγοντας ταυτόχρονα τρόφιμα που θεωρούν ότι παχύνουν ή είναι πιθανό να προκαλέσουν υπερφαγικό επεισόδιο (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Η συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές είναι συχνή σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία, με τους περισσότερους να αντιμετωπίζουν τουλάχιστον μία άλλη ψυχική διαταραχή και πολλούς να βιώνουν πολλαπλές συννοσηρότητες. Η συννοσηρότητα δεν περιορίζεται σε κανένα συγκεκριμένο υποσύνολο, αλλά εμφανίζεται σε ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών. Υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση) και διπολικών και καταθλιπτικών διαταραχών (ιδιαίτερα καταθλιπτικών διαταραχών) σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Διαγνωστικά κριτήρια Ψυχογενής βουλιμίας σύμφωνα με το DSM-5 είναι τα ακόλουθα:

Α. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα δύο ακόλουθα:

1. Το να φάει κανείς, σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μια ποσότητα φαγητού σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που ο περισσότερος κόσμος μπορεί να φάει στην ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
2. Η ύπαρξη μια αίσθησης απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. η αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το τι και πόσο τρώει).

Β. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προς αποφυγή αύξησης βάρους, όπως πρόκλητοι έμετοι, κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, νηστεία ή έντονη άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά συμβαίνουν κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

Δ. Ο τρόπος εκτίμησης του εαυτού επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σωματικό σχήμα και βάρος.

Ε. Η διαταραχή αυτή δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια νευρικής ανορεξίας.

Όρια της ύφεσης των συμπτωμάτων:

- Σε μερική ύφεση: Το άτομο τηρούσε παλιότερα όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας και μερικά αλλά όχι όλα από τα κριτήρια τηρούνται για κάποια παρατεταμένη χρονική περίοδο.
- Σε πλήρη ύφεση: Το άτομο τηρούσε παλιότερα όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας και κανένα από τα κριτήρια δεν τηρούνται για κάποια παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Καθορισμός σοβαρότητας ψυχογενούς βουλιμίας:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας καθορίζεται από την συχνότητα των μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών.

- **Ήπια:** Μέσος όρος 1-3 επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.

- **Μέτρια:** Μέσος όρος 4-7 επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.
- **Σοβαρή:** Μέσος όρος 8-13 επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα.
- **Πολύ σοβαρή:** Μέσος όρος 14 ή περισσότερων επεισοδίων μη φυσιολογικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών την εβδομάδα

Στην διάγνωση του υπερφαγικού επεισοδίου σημαντικό ρόλο έχει η κρίση του ιατρικού προσώπου που κάνει την εξέταση. Είναι αναγκαίο να οροθετηθεί οριοθετηθεί το πλαίσιο στο οποίο συμβαίνει το φαγητό επειδή μπορεί να την εκτίμηση του κλινικού ιατρού για το εάν η πρόσληψη είναι υπερβολική. Για παράδειγμα, μια ποσότητα φαγητού που μπορεί να θεωρηθεί υπερβολική για ένα τυπικό γεύμα μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική κατά τη διάρκεια ενός εορτασμού ή ενός γεύματος διακοπών. Μια «διακριτή χρονική περίοδος» αναφέρεται σε μια περιορισμένη περίοδο, συνήθως λιγότερο από 2 ώρες. Ένα περιστατικό υπερφαγίας πρέπει να συνοδεύεται από μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου για να θεωρηθεί επεισόδιο υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Η εξασθένιση του ελέγχου που σχετίζεται με την υπερβολική κατανάλωση μπορεί να μην είναι απόλυτη. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να συνεχίσει να τρώει πολύ όταν χτυπάει το τηλέφωνο, αλλά θα σταματήσει εάν ένας συγγάτοικος ή ένας σύζυγος εισέλθει απροσδόκητα στο δωμάτιο. Μερικά άτομα αναφέρουν ότι τα επεισόδια τους με υπερβολικό φαγητό δεν χαρακτηρίζονται πλέον από οξεία αίσθηση απώλειας ελέγχου, αλλά από ένα πιο γενικευμένο πρότυπο ανεξέλεγκτης διατροφής. Εάν τα άτομα αναφέρουν ότι έχουν εγκαταλείψει τις προσπάθειες για τον έλεγχο της διατροφής τους, η απώλεια ελέγχου θα πρέπει να θεωρείται ως παρούσα (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Η υπερβολική κατανάλωση μπορεί επίσης να προγραμματιστεί σε ορισμένες περιπτώσεις. Ο τύπος τροφής που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων ποικίλλει τόσο μεταξύ των ατόμων όσο και για ένα συγκεκριμένο άτομο. Η υπερβολική κατανάλωση φαίνεται να χαρακτηρίζεται περισσότερο από μια ανωμαλία στην ποσότητα τροφής που καταναλώνεται παρά από την επιθυμία για ένα συγκεκριμένο θρεπτικό συστατικό. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, τα άτομα τείνουν να τρώνε τρόφιμα που διαφορετικά θα απέφευγαν (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Θεραπεία

Υπάρχουν λίγες συστηματικές μελέτες για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας σε εφήβους. Η οικογενειακή θεραπεία δηλαδή η υποστήριξη της συμμετοχής των φροντιστών του ασθενή στη θεραπεία, έχει σημαντική βελτίωση στον περιορισμό των συμπτωμάτων και στην εκκαθάριση των συμπτωμάτων μεταξύ εφήβων που πάσχουν από ψυχογενούς βουλιμία (Gorrell *et al.*, 2020).

Η πρωταρχική στρατηγική θεραπείας είναι να εμπλακεί ο έφηβος σε μια πιο συνεργατική σχέση με τους γονείς στην προώθηση της αλλαγής συμπεριφοράς, χρησιμοποιώντας τρία στάδια για έξι μήνες (Hyochol Ahn, *et al.*, 2017). Σε περιπτώσεις όπου οι φροντιστές δεν μπορούν να συμμετάσχουν στη οικογενειακή θεραπεία, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι προσεγγίσεις γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας μπορεί να είναι χρήσιμες για ορισμένους εφήβους (Gorrell *et al.*, 2020). Προέρχεται από γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για ενήλικες που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή.

Η θεραπεία χωρίζεται σε 5 φάσεις:

- Η φάση 1 επικεντρώνεται στην εξερεύνηση προβληματικής συμπεριφοράς, στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη διαταραχή και το σκεπτικό της θεραπείας, και ως εκ τούτου τους ενθαρρύνει δημιουργώντας μια αξιόπιστη εργασιακή σχέση.
- Το επίκεντρο της φάσης 2 είναι η διόρθωση της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και η μείωση της συμπεριφοράς εκκαθάρισης μέσω των πρωτοκόλλων διατροφής και της εκπαίδευσης σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και τις φυσιολογικές διαδικασίες που σχετίζονται με το φαγητό.
- Στη φάση 3, ο ασθενής και ο θεραπευτής αξιολογούν και εργάζονται σε δυσλειτουργικές γνώσεις και φόβους σχετικά με το φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματος.
- Η φάση 4 περιλαμβάνει την κατάρτιση σε κοινωνικές δεξιότητες, την επιρροή της ρύθμισης και την επίλυση προβλημάτων, όπως απαιτείται, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται και σχετίζονται με τη διατροφική διαταραχή.

- Η 5^η και τελευταία φάση θεραπείας αφορά κυρίως την πρόληψη των υποτροπών. Η αυτονομία των ασθενών και η αυτο-αποτελεσματικότητα στη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς τονίζονται, αναμένονται προβληματικές καταστάσεις και οι ασθενείς επιλέγουν δεξιότητες που βρήκαν χρήσιμες κατά τη διάρκεια της θεραπείας για να προετοιμαστούν για αυτές τις κρίσιμες καταστάσεις.

Στις φάσεις 1-4, πραγματοποιούνται μία ή δύο συνεδρίες ανά φάση (Matheson *et al.*, 2020; *Current Issue Table of Contents: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020).

Ψυχοδυναμική θεραπεία οργανώνεται σε τρεις φάσεις.

- Στην αρχική φάση, οι θεραπευτές δημιουργούν καλές εργασιακές σχέσεις με τους ασθενείς, πλαισιώνουν τη διαταραχή με ψυχοδυναμικούς όρους και βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν τα βουλιμικά συμπτώματα ως μετατόπιση από τον ψυχολογικό εαυτό στον εαυτό του σώματος. Άλλοι στη θεραπεία συζητούνται με τον ασθενή και προσαρμόζονται στις ανάγκες του ασθενούς.
- Στη δεύτερη φάση, ο ασθενής και ο θεραπευτής εργάζονται σε εστίες που αποτελούν μέρος του συνολικού θεραπευτικού στόχου, όπως ορίζεται στην αρχική φάση. Τα θέματα που επισημαίνονται συνήθως περιλαμβάνουν τυπικά μοτίβα διαπροσωπικών σχέσεων, μεταβιβάσεων, συγκρούσεων, άμυνας και διαρθρωτικών προβλημάτων και αυτά τα ζητήματα αντιμετωπίζονται ενώ αντιμετωπίζονται ρητά τα βουλιμικά συμπτώματα. Σε αυτή τη φάση, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή εναλλακτικών συμπεριφορών και συναφών προβλημάτων και στη βελτίωση της αυτοπαρακολούθησης και της ενδοσκόπησης, της ντροπής και της ενοχής, της τελειομανίας και των συμπτωμάτων που χρησιμεύουν ως μηχανισμοί άμυνας και αντιμετώπισης. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να αναπτύξουν αυξημένη ευαισθητοποίηση σχετικά με τη συναισθηματική και κοινωνική σημασία των συμπτωμάτων, τη λειτουργικότητα των συμπτωμάτων και τη συμβολική φύση των ενεργειών τους.

- Η τελική φάση ενοποιεί τις βασικές πτυχές της θεραπείας και οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και έτσι να προβλέψουν δύσκολες καταστάσεις και να εφαρμόσουν τις στρατηγικές που έχουν μάθει στη θεραπεία. Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό αυτής της τελικής φάσης είναι η εκτίμηση της προόδου που έχει επιτευχθεί και η αποδοχή απογοητεύσεων (*Current Issue Table of Contents: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2020*).

Σύμφωνα με τις παραπάνω θεραπείες έγινε έρευνα σε δείγμα γυναικών ηλικίας μεταξύ 14 και 20 ετών που πληρούσαν τα κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας όπου οι συμμετέχοντες έλαβαν έως και 60 συνεδρίες γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας ή Ψυχοδυναμικής θεραπείας για περίοδο 1 έτους σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών. Τα αποτελέσματα των δύο προσεγγίσεων θεραπείας στα μέτρα έκβασης με την πάροδο του χρόνου αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, στην 15η, 30η, 45η συνεδρία και στην τελική συνεδρία θεραπείας. Τα δεδομένα παρακολούθησης συλλέχθηκαν 12 μήνες μετά τη θεραπεία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η θεραπεία εξωτερικών ασθενών με και με τις δύο μεθόδους οδήγησε σε σχετική μείωση της ειδικής διαταραχής διατροφής και της γενικής ψυχοπαθολογίας. Παρατηρήθηκαν μειώσεις στην ψυχοπαθολογία της διατροφικής διαταραχής και για τις δύο ομάδες θεραπείας.

Άρα οι κλινικοί γιατροί που αντιμετωπίζουν αυτήν την ηλικιακή ομάδα πρέπει να θεωρήσουν τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, τη Ψυχοδυναμική θεραπεία και τη Οικογενειακή θεραπεία ως δυναμικά αποτελεσματικές προσεγγίσεις για μεγαλύτερους εφήβους και νεαρούς ενήλικες με Ψυχογενούς βουλιμία (*Current Issue Table of Contents: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2020*).

3.1.3 Επεισοδιακή υπερφαγία

Ένα από τα βασικά συμπτώματα της επεισοδιακής υπερφαγίας είναι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής εντός περιορισμένου χρονικού διαστήματος, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζει συναισθήματα απώλειας ελέγχου. Πολλοί πάσχοντες τρώνε μόνοι τους λόγω ντροπής και βασανίζονται στη συνέχεια από αισθήματα αηδίας, ενοχής



Εικόνα 3-3 Επεισοδιακή υπερφαγία

(Πηγή: *Binge Eating Disorder and Compulsive Eating - Acacia Dreams, 2019*)

ή θλίψης (Dingemans, Danner and Parks, 2017). Συνήθως το αίσθημα κακής διάθεσης υπάρχει ανάμεσα σε δύο επεισόδια υπερφαγίας. Η καταθλιπτική διάθεση, δηλαδή Θλίψη, ήταν το πιο συχνά εξεταζόμενο αρνητικό συναίσθημα σε αυτή τη διαταραχή. Εκτός από τη θλίψη, άλλα συναισθήματα έχουν επίσης βρεθεί να διαδραματίζουν ρόλο στην υπερφαγία. Ο θυμός και η απογοήτευση, συγκεκριμένα, προηγήθηκαν του επεισοδίου πιο συχνά από τη θλίψη και την κατάθλιψη. Αυτή η διάσταση, «θυμός / απογοήτευση», περιλάμβανε αρνητικά συναισθήματα που εμπλέκουν άλλους (π.χ. αποθαρρυνμένοι, ένοχοι, ερεθισμένοι, θυμωμένοι, εξοργισμένοι, ανεπαρκείς, αβοήθητοι, δυσαρεστημένοι, απογοητευμένοι, ζηλιάρης, επαναστατικοί), τα οποία προκύπτουν από ένα διαπροσωπικό πλαίσιο. Πολλές φορές τα διαπροσωπικά προβλήματα οδηγούν σε μεγαλύτερη αρνητική επίδραση, η οποία οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Φαίνεται επίσης ότι τα άτομα με διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας βιώνουν στρες και τα συναισθήματα που προκύπτουν διαφορετικά από τους υγιείς συνομηλίκους (Dingemans, Danner and Parks, 2017).

Σε μία έρευνα που έγινε ανάμεσα σε δύο ομάδες ατόμων όπου η μία έπασχε από επεισοδιακή υπερφαγία διαπιστώθηκε ότι κατά την διάρκεια των οικογενειακών γευμάτων η ομάδα που έπασχε από την διατροφική διαταραχή ανέφερε υψηλότερα επίπεδα οικογενειακού άγχους κατά τη διάρκεια του γεύματος (μόνο για κορίτσια) και χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Φαίνεται ότι οι έφηβοι που πάσχουν βιώνουν τα οικογενειακά γεύματα ιδιαίτερα αρνητικά (Dingemans, Danner and Parks, 2017).

Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας εμφανίζεται σε άτομα φυσιολογικού/ υπέρβαρου και παχύσαρκου βάρους. Σχετίζεται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, αλλά έχει πολλά βασικά χαρακτηριστικά που διαφέρουν από αυτήν. Τα

περισσότερα παχύσαρκα άτομα δεν ασχολούνται με την επαναλαμβανόμενη υπερβολική κατανάλωση ποσοτήτων φαγητού. Η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται αξιόπιστα με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε άτομα που αναζητούν θεραπεία. Για αυτό η διαταραχή αυτή είναι πιο διαδεδομένη σε άτομα που αναζητούν θεραπεία απώλειας βάρους από ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Τα επίπεδα υπερτίμησης του σωματικού βάρους και του σχήματος του σώματος είναι υψηλότερα σε παχύσαρκα άτομα με τη διαταραχή από ότι σε εκείνα χωρίς τη διαταραχή. Επίσης, τα ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας είναι σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων με τη διαταραχή σε σύγκριση με εκείνα χωρίς τη διαταραχή (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Η επεισοδιακή υπερφαγία είναι συχνή σε παιδιά, εφήβους και φοιτητές. Αυτή έχει τον υψηλότερο επιπολασμό σε όλη τη διάρκεια ζωής σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη διατροφική διαταραχή μεταξύ των εφήβων (White, Haycraft and Meyer, 2019). Η διάγνωση των επεισοδίων σε παιδιά και εφήβους μπορεί να είναι δύσκολη αφού, ο ορισμός μιας αντικειμενικά μεγάλης ποσότητας τροφής κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης μπορεί να είναι δύσκολος και αβέβαιος. Πράγματι, η πρόσληψη θερμίδων ενός παιδιού μπορεί να ποικίλλει λόγω της αύξησης της ανάπτυξης και των αλλαγών στη δραστηριότητα. Επιπλέον, η αναφορά της πρόσληψης τροφής, καθώς και η ικανότητα να αρθρώνεται η απώλεια ελέγχου μπορεί να είναι πρόκληση σε παιδιά και εφήβους.

Για αυτόν τον λόγο, οι συνεντεύξεις γιατρού-εμπειρογνώμονα είναι απαραίτητες αντί να βασίζονται στην αυτοαναφορά, προκειμένου να χαρακτηριστεί καλύτερα ένα υπερφαγικό επεισόδιο διατροφής. Ακόμη και με συνεντεύξεις, οι ειδικοί εξακολουθούν να βασίζονται στην αυτοαναφερόμενη πρόσληψη τροφής, η οποία σχετίζεται ελάχιστα με την πραγματική αντικειμενικά μετρημένη πρόσληψη. Οι λεκτικές περιγραφές μερίδας ή / και εικόνων μερίδων τροφίμων μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση (Gorrell *et al.*, 2020).

Η απώλεια ελέγχου ή η επεισοδιακή υπερφαγία μπορεί να αντιπροσωπεύει μια πρόδρομη φάση διατροφικών διαταραχών για ορισμένα άτομα. Η δίαιτα ακολουθεί την εξέλιξη της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής σε πολλά άτομα με διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη ψυχογενής βουλιμία, στην οποία η δυσλειτουργική δίαιτα συνήθως προηγείται της έναρξης της υπερβολικής κατανάλωσης.

Τα άτομα που αναζητούν θεραπεία για αυτή τη διατροφική διαταραχή συνήθως είναι μεγαλύτερα σε ηλικία από τα άτομα με βουλιμία ή νευρική ανορεξία (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Διαγνωστικά κριτήρια η επεισοδιακή υπερφαγία σύμφωνα με το DSM-5 είναι τα ακόλουθα:

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τα εξής δύο:

- Κατανάλωση, σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ποσότητα φαγητού που είναι μεγαλύτερη από αυτή που θα κατανάλωναν άλλα άτομα σε αυτή τη χρονική στιγμή και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
- Απουσία αισθήματος ελέγχου σχετικά με το φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.

B. Τα επεισόδια σχετίζονται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Το άτομο τρώει πολύ πιο γρήγορα από το φυσιολογικό.
- Το άτομο τρώει μέχρι να εμφανιστεί το δυσάρεστο αίσθημα πληρότητας.
- Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού χωρίς να νιώθει πραγματική πείνα.
- Το άτομο τρώει χωρίς παρέα γιατί νιώθει ντροπή για το πόσο πολύ τρώει.
- Το άτομο αισθάνεται αηδία με τον εαυτό του, μελαγχολία ή μεγάλη ενοχή μετά το επεισόδιο.

Γ. Το άτομο αισθάνεται έντονη δυσφορία σχετικά με το υπερφαγικό επεισόδιο.

Δ. Τα επεισόδια συμβαίνουν, κατά προσέγγιση, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες.

E. Τα επεισόδια δεν σχετίζονται με επαναλαμβανόμενες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως συμβαίνει στην ψυχογενή βουλιμία και δεν συμβαίνουν απαραίτητα κατά τη διάρκεια της ψυχογενούς βουλιμίας ή της ψυχογενούς ανορεξίας.

Όρια της ύφεσης των συμπτωμάτων:

- Σε μερική ύφεση: Αφού πληρούσε όλα τα κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας στο παρελθόν, επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα κατά μέσο όρο σε παρατεταμένη χρονική περίοδο.

- Σε πλήρη ύφεση: Αφού πληρούσε όλα τα κριτήρια επεισοδιακής υπερφαγίας στο παρελθόν, κανένα από τα κριτήρια δεν πληρεί πλέον για παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Καθορισμός σοβαρότητας ψυχογενούς βουλιμίας:

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται στη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων. Έτσι η σοβαρότητα της διαταραχής διακρίνεται σε:

Ήπια: 1-3 επεισόδια την εβδομάδα.

Μέτρια: 4-7 επεισόδια την εβδομάδα.

Σοβαρή: 8-13 επεισόδια την εβδομάδα.

Ακραία: 14 ή περισσότερα επεισόδια την εβδομάδα (Hidalgo Vicario and Rodríguez Hernández, 2013).

Θεραπεία

Η θεραπεία για την επεισοδιακή υπερφαγία σε παιδιά και εφήβους δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Μέχρι σήμερα, μόνο λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τέτοιες θεραπείες σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές.

Οι θεραπείες ενηλίκων με τρέχουσες ενδείξεις σε ενήλικες περιλαμβάνουν γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς αυτοβοήθειας όπου επικεντρώνεται στη ρύθμιση του τρόπου διατροφής και στην αντιμετώπιση των σχετικών με τη διατροφή σκέψεων που συμβάλλουν στα συμπτώματα. Επιπλέον χρησιμοποιείται η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία όπου στοχεύει στην επίλυση διαπροσωπικών δυσκολιών που πιστεύεται ότι διατηρούν τα υπερφαγικά επεισόδια.

Ένα άλλο είδος είναι η θεραπεία διαλεκτικής συμπεριφοράς η οποία, περιλαμβάνει τον εντοπισμό των συναισθημάτων που σχετίζονται με τους συναγερμούς για την υπερβολική κατανάλωση φαγητού και τη διδασκαλία στρατηγικών για τη διαχείριση και την ανοχή αυτών των συναισθημάτων χωρίς την εμπλοκή σε υπερφαγικό επεισόδιο (Hyochol Ahn, et al, 2017).

Έγινε έρευνα με συμμετέχοντες 105 μαθητές γυμνασίου από 2 δημόσια γυμνάσια, οι οποίοι πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια: να έχουν δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερο ή ίσο με το 85ο εκατοστημόριο για τον ΔΜΣ προσαρμοσμένο στην ηλικία, να έχουν κάνει

συμπεριφορές υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα στους προηγούμενους 3 μήνες, να έχουν πρόσβαση σε υπολογιστή και διαδίκτυο, που δεν είναι εγγεγραμμένοι τη στιγμή της έρευνας σε επίσημο πρόγραμμα υπερφαγίας ή απώλειας βάρους, να υπάρχει απουσία ιατρικής κατάστασης στην οποία η πραγματική κατάσταση ή η θεραπεία επηρεάζει το βάρος και / ή την όρεξη (π.χ. καρκίνο, ενδοκρινικές ασθένειες ή ορισμένα φάρμακα) και να υπάρχει απουσία νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας. Οι μαθητές για 16 εβδομάδες συμμετείχαν στο Διαδίκτυο, σε πρόγραμμα υγιεινής διατήρησης βάρους μέσω φυλλαδίων και παρουσιάσεων σε μαθήματα εκπαίδευσης υγείας και φυσικής αγωγής σε συνεργαζόμενα γυμνάσια. Ασχολήθηκαν με τα υπερφαγικά επεισόδια που είχαν και διαπιστώσαν ότι μειώθηκε ο ΔΜΣ του σώματος, τα υπερφαγικά επεισόδια, καθώς και η μείωση των ανησυχιών για το βάρος και το σχήμα του σώματος (Jones *et al.*, 2008).

3.2 Διατροφικές διαταραχές και αθλητισμός

Η διατροφή παίζει ζωτικό ρόλο στην υγεία και την απόδοση της αθλήτριας. Η διατροφή ενός αθλητή θα πρέπει να είναι βέλτιστη τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα των τροφίμων για να αναπληρώσει τα ενεργειακά του αποθέματα και να αποφύγει την κούραση ή την ανεπαρκή διατροφή. Οι μεμονωμένες ανάγκες σε μακροθρεπτικά συστατικά και μικροθρεπτικά συστατικά θα ποικίλλουν ανάλογα με διάφορους παράγοντες, όπως το είδος του αθλητισμού, το φίλο και την ηλικία. Είναι ανάγκη να γίνεται επαρκή πρόσληψη θερμίδων από μια ποικιλία τροφών με τη μορφή μιας ισορροπημένης διατροφής με σκοπό την προώθηση της υγείας και της απόδοσης των αθλητών (Gastrich *et al.*, 2020).

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες αθλητές συχνά δεν επαρκούν για την κάλυψη διατροφικών και ενεργειακών αναγκών (τόσο σε μακροθρεπτικά όσο και σε μικροθρεπτικά συστατικά), οδηγώντας σε ιατρικά προβλήματα και κακές επιδόσεις. Για παράδειγμα, οι γυναίκες αθλήτριες συχνά δεν προσλαμβάνουν ικανοποιητική ποσότητα θερμίδων (2000–5000 kcal / ημέρα ανάλογα με το άθλημα) ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις υψηλές απαιτήσεις του αθλήματος τους. Η μειωμένη πρόσληψη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των οστών και την αναπαραγωγική τους λειτουργία (Thompson, Petrie and Anderson, 2017).

Ορισμένες αθλήτριες μπορεί σκόπιμα να περιορίσουν την πρόσληψη θερμίδων για λόγους απόδοσης ή αισθητικής, ενώ άλλες μπορεί να έχουν ακούσια χαμηλή πρόσληψη θερμίδων λόγω απρόβλεπτων λόγων όπως το αυξημένο φορτίο προπόνησης ή η έλλειψη εκπαίδευσης για το πώς να τραφούν σωστά για να καλύψουν τις αθλητικές απαιτήσεις τους (Gastrich *et al.*, 2020).

Η «διαταραγμένη διατροφή» μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές, όπως, μεταξύ άλλων:

- χρόνια δίαιτα
- υπερβολική μέτρηση θερμίδων
- άγχος που σχετίζεται με τα τρόφιμα και χρήση καθαρτικών

Σε μια προσπάθεια βελτιστοποίησης της απόδοσης, μερικές γυναίκες αθλήτριες προσπαθούν συχνά να διατηρήσουν ή να φθάσουν σε χαμηλό σωματικό βάρος, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί με χρόνιες δίαιτες που στην συνέχεια οδηγούν σε κυκλικές διατροφικές συμπεριφορές (Arthur-Cameselle, Sossin and Quatromoni, 2017).

Αυτές οι συμπεριφορές, με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να οδηγήσουν σε δυνητικά επιβλαβή πρότυπα μακροχρόνιας δίαιτας, διαταραγμένης διατροφής με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, μειωμένη απόδοση και ψυχολογικές διαταραχές. Υπάρχουν συγκεκριμένες υποομάδες αθλητών που μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε διατροφικές διαταραχές από άλλους αθλητές. Συγκεκριμένα, οι αθλήτριες που συμμετέχουν σε αθλήματα όπου προτιμάται ή είναι απαραίτητο το χαμηλό σωματικό βάρος, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τις υπόλοιπες αθλήτριες ή τις μη αθλήτριες. Συγκεκριμένα αθλήματα, όπως η αγωνιστική γυμναστική, οι καταδύσεις, το πατινάζ, και το κλασικό μπαλέτο υπογραμμίζουν το χαμηλό σωματικό βάρος (Gastrich *et al.*, 2020).

Η ανταγωνιστική φύση του αθλητισμού ενισχύει χαρακτηριστικά όπως η τελειομανία, τα υψηλά κίνητρα επίτευξης, την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά και τον έλεγχο του σώματος. Οι αθλήτριες θέτουν υψηλούς στόχους και εργάζονται σκληρά για να τους πετύχουν. Τα χαρακτηριστικά αυτά βοηθούν την αθλήτρια να έχει αθλητική επιτυχία και να διεκδικεί καλύτερες θέσεις επιτυχίας ανάμεσα στις συναθλήτριες τους. Όμως όσο αυξάνεται ο ανταγωνισμός και η πίεση για την τελειότητα οι αθλήτριες ενδέχεται να

οδηγηθούν στον κίνδυνο διατροφικών διαταραχών. Όταν οι γυναίκες αθλήτριες ωθούνται σε υψηλότερα επίπεδα ανταγωνισμού ελίτ, οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να γίνουν ένα μεγαλύτερο πρόβλημα. Οι πιέσεις που δέχονται είναι έντονες και περίπλοκες (Quinn and Robinson, 2020). Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες αθλήτριες σε αυτά τα αθλήματα είναι πιο πιθανό από άλλες αθλήτριες να περιορίσουν την πρόσληψη ενέργειας και να παρουσιάσουν ανεπαρκή πρόσληψη θερμίδων, κακή εικόνα του σώματος, διαταραγμένη διατροφή ή διατροφικές διαταραχές όπως νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία (Gastrich *et al.*, 2020). Παράλληλα οι ελίτ αθλητές για να μπορέσουν να φτάσουν σε αυτό το στάδιο επιτυχίας ασκούνται από μικρή ηλικία. Η φυσιολογικές αλλαγές που γίνονται κατά την εφηβεία αλλάζουν τη μορφή του σώματος και τα ποσοστά λίπους (de Bruin and Oudejans, 2018).

Η χρονική περίοδος με τις καλύτερες επιδόσεις του αθλητή συχνά συμπίπτει με την εφηβεία και αυτοί οι έφηβοι αθλήτριες πρέπει να αντιμετωπίσουν τόσο με τις απαιτήσεις ενός περιβάλλοντος υψηλής απόδοσης όσο και με τις αλλαγές που σχετίζονται με τη σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη και ωρίμανση. Αυτές οι φυσιολογικές αναπτυξιακές αλλαγές μπορεί να θεωρηθούν στο πλαίσιο της γυμναστικής τόσο ανεπιθύμητες όσο και επιβλαβείς για την απόδοση, όπως φαίνεται από αυτή τη γυναίκα αθλήτρια (Tan *et al.*, 2016). Απομακρύνουν την αθλήτρια από τον στόχο της, έτσι η πίεση που δέχεται η έφηβη από τον περίγυρο της την οδηγεί σε ακατάλληλες μεθόδους διαίτας (de Bruin and Oudejans, 2018).

Λόγω της σχετικά μικρής ηλικίας τους και της εντατικής φύσης της απαιτούμενης εκπαίδευσης για την υψηλή απόδοση, οι προπονητές έχουν εκτεταμένη επαφή με τις αθλήτριες υψηλών επιδόσεων και καθίστανται σημαντικοί στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και δομής στην αθλητική τους ζωή, η οποία διαχέεται στην καθημερινή ζωή. Κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης του σώματος και της απόδοσής τους, οι προπονητές αναπτύσσουν ισχυρούς δεσμούς εμπιστοσύνης και βοηθούν στην διαμόρφωση της στάσης και των αξιών τους, μεταδίδοντας τις δικές τους αξίες και στόχους στους αναπτυσσόμενους αθλήτριες. Όταν όμως οι αξίες των προπονητών είναι διαστρεβλωμένες ή γίνονται έντονα πιεστικοί προς τις έφηβες το αποτέλεσμα είναι καταστροφικό (Tan *et al.*, 2016).

Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι παράγοντες όπως η ενδυμασία που απαιτείται να φορέσουν κατά την διάρκεια του αγώνα μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο διαταραχής της διατροφής. Οι αθλήτριες που πρέπει να φορούν σφιχτή και αποκαλυπτική ενδυμασία, όπως οι στολές γυμναστικής ή του δρομέα, οδηγούνται πιο εύκολα στην επίτευξη ενός εξαιρετικά αδύνατου σώματος για να αισθάνονται αποδεκτές στις στολές που πρέπει να φορούν (Quinn and Robinson, 2020).

Αυτό το εύρημα υποδηλώνει μεγαλύτερη ευπάθεια αυτών των αθλητών σε πιέσεις για απώλεια βάρους. Ο επιπολασμός των μη φυσιολογικών διατροφικών συμπεριφορών όπως η ανησυχία για τον έλεγχο του σωματικού βάρους και η χρήση ακατάλληλων πρακτικών από τις αθλήτριες (όπως αυτοεφαρμοσμένες και συνήθως περιοριστικές δίαιτες) για να φθάσει στα επιθυμητά πρότυπα σωματικού βάρους υποδηλώνουν ότι κινδυνεύει από την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (de Oliveira *et al.*, 2017).

3.3 Σχετική ενεργειακή ανεπάρκεια στον αθλητισμό (RED-S)

Το σύνδρομο του RED-S αναφέρεται σε «μειωμένη φυσιολογική λειτουργία που προκαλείται από σχετική ενεργειακή ανεπάρκεια και περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε, διαταραχές του μεταβολικού ρυθμού, της εμμηνορροϊκής λειτουργίας, της υγείας των οστών, την ανοσία, την σύνθεση πρωτεϊνών και την καρδιαγγειακή υγεία (Mountjoy *et al.*, 2014).

Ο αιτιολογικός παράγοντας του συνδρόμου της Σχετικής Ενεργειακής Ανεπάρκειας στον αθλητισμό είναι η χαμηλή διαθεσιμότητα ενέργειας η οποία είναι μια αναντιστοιχία μεταξύ της πρόσληψης ενέργειας ενός αθλητή από τη διατροφή και της ενέργειας που καταναλώνεται κατά την άσκηση, αφήνοντας ανεπαρκή ενέργεια για να υποστηρίξει τις λειτουργίες που απαιτούνται από τον οργανισμό για τη διατήρηση της βέλτιστης υγείας και απόδοσης.

Αν και η βιβλιογραφία για τη ανεπαρκή πρόσληψη τροφής έχει επικεντρωθεί σε γυναίκες αθλητές, έχει επίσης αναφερθεί ότι συμβαίνει και σε άνδρες αθλητές. Φαίνεται πως και τα δύο φύλα εμφανίζουν τα ίδια αθλήματα κινδύνου. Αυτά είναι αθλήματα όπου χρειάζονται είτε χαμηλό βάρος επειδή είναι σημαντικό στην απόδοση ή την αποκαλυπτική ενδυμασία, είτε είναι απαιτούμενο για την ένταξη σε συγκεκριμένη κατηγορία βάρους. Οι αθλητές που πάσχουν από μακροχρόνια χαμηλή πρόσληψη τροφής

μπορεί να παρουσιάσουν ανεπάρκειες θρεπτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της αναιμίας, χρόνια κόπωση και αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και ασθενειών, οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να βλάψουν την υγεία και την απόδοση. Οι φυσιολογικές και ιατρικές επιπλοκές περιλαμβάνουν τα καρδιαγγειακά, γαστρεντερικά, ενδοκρινικά, αναπαραγωγικά, σκελετικά, νεφρικά και κεντρικά νευρικά συστήματα (Mountjoy *et al.*, 2014).



Σχήμα 3-1 Σχετική ενεργειακή ανεπάρκεια στον αθλητισμό

(Πηγή: Mountjoy *et al.*, 2014)

εμμηνόρροια μπορεί να έχουν σημαντικό συναισθηματικό αντίκτυπο δημιουργώντας άγχος και αλλοιωμένη αντίληψη της αυτο-κανονικότητας. Επίσης έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία των οστών, αφού επηρεάζει την οστική τους πυκνότητα. Αυτές οι αλλαγές στη δομή των οστών οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων, όπου στην ηλικία της εφηβείας μπορούν να έχουν σοβαρές μακροπρόθεσμες συνέπειες (Mountjoy *et al.*, 2014).

Ο έλεγχος και η διάγνωση του συνδρόμου είναι πρόκληση, καθώς η συμπτωματολογία μπορεί να είναι λεπτή. Χρειάζεται υψηλός δείκτης υποψίας για τον αθλητή σε κίνδυνο. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της απόδοσης και την

Οι ορμονικές και μεταβολικές ανωμαλίες που προκαλούνται από το σύνδρομο RED-S και η μειωμένη πρόσληψη υδατανθράκων μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της χρήσης γλυκόζης από τον οργανισμό, την κινητοποίηση των αποθεμάτων λίπους, την επιβράδυνση του μεταβολικού ρυθμού και την μειωμένη παραγωγή αυξητικής ορμόνης. Η ακανόνιστη ή απύσχα

πρόληψη μακροπρόθεσμων συνεπειών στην υγεία. Ο έλεγχος για RED-S πρέπει να πραγματοποιείται ως μέρος μιας ετήσιας περιοδικής εξέτασης υγείας και όταν ένας αθλητής παρουσιάζει διατροφική διαταραχή, απώλεια βάρους, έλλειψη φυσιολογικής ανάπτυξη, δυσλειτουργία της εμμηνου ρύσεως, επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς, ασθένειες, μειωμένη απόδοση ή αλλαγές στη διάθεση. Αν και υπάρχουν διάφορα όργανα διαλογής, δεν έχουν επικυρωθεί και δεν υπάρχει συναίνεση για το ποιο εργαλείο διαλογής έχει την καλύτερη αποτελεσματικότητα (Mountjoy *et al.*, 2014).

Επομένως, η θεραπεία πρέπει να επικεντρωθεί στην αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης ή και στη μείωση των θερμιδικών δαπανών, δηλαδή των απαιτήσεων κατάρτισης, για τη διόρθωση της ενεργειακής ισορροπίας. Η εκπαίδευση είναι κρίσιμη, καθώς πολλοί αθλητές πιστεύουν ότι είναι φυσιολογικό να αισθάνονται κόπωση, μεταβολή της όρεξης, μεταβολές της διάθεσης, επαναλαμβανόμενους τραυματισμούς και για τις γυναίκες εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία (Statuta, Asif and Drezner, 2017).

Συστάσεις για αθλητές

Το περιβάλλον του αθλητή μπορεί να αποτρέψει το RED-S μέσω της εφαρμογής των ακόλουθων στρατηγικών:

- Εκπαιδευτικά προγράμματα για RED-S και την υγιεινή διατροφή με σκοπό την ενημέρωση για τους κινδύνους της χαμηλής πρόσληψης τροφής και πώς αυτά επηρεάζουν την υγεία και την απόδοση.
- Μείωση της έμφασης στο βάρος, δίνοντας έμφαση στη διατροφή και την υγεία ως μέσο για την ενίσχυση της απόδοσης.
- Ανάπτυξη ρεαλιστικών και υγειονομικών στόχων που σχετίζονται με το βάρος και τη σύνθεση του σώματος.
- Αποφυγή κριτικών σχολίων σχετικά με το σχήμα / βάρος του σώματος ενός αθλητή.
- Χρήση αξιόπιστων πηγών για την πληροφόρηση του αθλητή.
- Προώθηση της συνειδητοποίησης ότι η καλή απόδοση δεν σημαίνει πάντα ότι ο αθλητής είναι υγιής.

- Ενθάρρυνση και υποστήριξη κατάλληλης, έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας.

Συστάσεις επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να μειώσουν τις επιπτώσεις του RED-S στην υγεία μέσω των ακόλουθων παρεμβάσεων:

- Προσδιορισμός μιας πολυεπιστημονικής ομάδας υποστήριξης υγείας αθλητών που περιλαμβάνει αθλητικό ιατρό, διατροφολόγο, ψυχολόγο, φυσιοθεραπευτή και φυσιολόγο.
- Εκπαίδευση της ιατρικής ομάδας στην ανίχνευση και θεραπεία του RED-S (Mountjoy *et al.*, 2014).

Κεφάλαιο 4: Αγωνιστική γυμναστική και έφηβες αθλήτριες

4.1 Ρυθμική γυμναστική



Εικόνα 4-1 Ρυθμική γυμναστική

Η ρυθμική γυμναστική έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και μάλιστα ξεπέρασε τη Γυμναστική των Αρχαίων Ελλήνων. Ίχνη της μπορούν να βρεθούν στην Αρχαία Αίγυπτο, όπου ενθαρρύνθηκε η αισθητική έκφραση της ανθρώπινης μορφής και η ομορφιά ανυψώθηκε σε κατάσταση λατρείας. Είναι ένα άθλημα το οποίο οφείλει την προέλευσή της στο μπαλέτο και συνδυάζει ευλυγισία, μουσική, χορό και χορογραφία εμφανίστηκε στην δεκαετία του '30. Επίσης τα πρώτα χρόνια λεγόταν και μοντέρνα γυμναστική.

Οι αθλητές πρέπει να είναι δυνατοί, ευέλικτοι, ευέλικτοι, επιδέξιοι και συντονισμένοι. Η ρυθμική γυμναστική διοικείται από τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυμναστικής (FIG), η οποία το αναγνώρισε για πρώτη φορά ως άθλημα το 1963. Έγινε ολυμπιακό άθλημα το 1984. Η Ολυμπιακή ρυθμική γυμναστική περιορίζεται συνήθως σε γυναίκες συμμετέχοντες, αν και η Ιαπωνία έχει αρχίσει να αναπτύσσει προγράμματα στα οποία οι άνδρες μπορούν να διαγωνιστούν και στην Ισπανία, επιτρέπεται στους άνδρες να συμμετέχουν σε αγώνες γυναικών. Το ανδρικό πρόγραμμα δεν έχει ακόμη αναγνωριστεί επίσημα από τη FIG, και

οι άνδρες δεν μπορούν να αγωνιστούν στους Ολυμπιακούς ως αθλητής ρυθμικής γυμναστικής.

Στη ρυθμική γυμναστική υπάρχουν δύο είδη:

- Τα ατομικά προγράμματα στα οποία η αθλήτρια χειρίζεται: κορύνες (δύο), στεφάνι, μπάλα ή κορδέλα
- Τα ομαδικά προγράμματα (2 έως 6 άτομα) στα οποία οι αθλήτριες χειρίζονται ένα ή περισσότερα από τα επόμενα όργανα: σκοινάκι, κορύνες (δύο ανά αθλήτρια), στεφάνι, μπάλα και κορδέλα.

Επίσης υπάρχει και η επιλογή να μην χρησιμοποιήσει κάποιο όργανο το λεγόμενο "floor routine".

Οι αθλητές στη Ρωσία και την Ευρώπη αρχίζουν συνήθως να εκπαιδεύονται σε πολύ μικρή ηλικία και φτάνουν συνήθως στις καλύτερες επιδόσεις τους συνήθως στα τέλη της εφηβείας τους (15-19) ή στις αρχές της δεκαετίας του '20. Οι κορυφαίοι αθλητές πρέπει να έχουν καλή ισορροπία, ευελιξία, συντονισμό και δύναμη και πρέπει να διαθέτουν ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως την ικανότητα να ανταγωνίζονται υπό έντονη πίεση, στην οποία ένα λάθος μπορεί να τους κοστίσει τον τίτλο, και την πειθαρχία και την ηθική εργασία για να εξασκήσουν τις ίδιες δεξιότητες ξανά και ξανά (*FIG - Discipline*, 2020).

Η επιτυχία στη ρυθμική γυμναστική εξαρτάται έντονα από τη φυσική εμφάνιση. Η φυσική εμφάνιση των ελίτ αθλητών καθορίζεται από το συνδυασμό μειωμένης και ελεγχόμενης διατροφής με έντονη σωματική άσκηση που οδηγεί σε μια λεπτή, σχεδόν ανόρεκτη σωματική διάπλαση. Επομένως, η εμφάνιση των αθλητών κρίνεται εκτός από την απόδοσή τους. Αυτοί οι αθλητές μειώνουν το σωματικό βάρος και τη μάζα λίπους για αισθητικούς λόγους, αν και η μείωση αυτή τους επιτρέπει την αύξηση της απόδοσής τους (*Mountjoy et al.*, 2014).

Οι αθλητές αθλητικής ρυθμικής γυμναστικής εκτός από το χαμηλό σωματικό βάρος πρέπει να διαθέτουν και συγκεκριμένες φυσικές ικανότητες, όπως δηλαδή ευελιξία, εκρηκτική δύναμη, συντονισμός) για να επιτύχουν μια επιτυχή απόδοση. Επιπλέον, η επιτυχημένη απόδοση στη ρυθμική γυμναστική απαιτεί χρόνια πρακτικής και εκπαίδευσης που ξεκινούν από την νεαρή ηλικία των 6 ετών και συνεχίζονται μέχρι την εφηβεία. Ως εκ τούτου, οι αθλητές για να φτάσουν σε υψηλό ανταγωνιστικό επίπεδο

προπονούνται εντατικά, δίνοντας βάση στο καρδιαγγειακό και μυοσκελετικό σύστημα τους κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής τους περιόδου. Από την άλλη πλευρά, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η ανάπτυξη συνεπάγεται αλλαγές στο μέγεθος του σώματος, καθώς και σε άλλα φυσιολογικά χαρακτηριστικά. Εκτός από την αλληλεπίδραση ή τον συνδυασμό φυσικής ανάπτυξης και την εξαιρετικά εξειδικευμένη έντονη προπόνηση, ιδιαίτερη σημασία έχουν και τα μορφολογικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά των αθλητριών (Douda *et al.*, 2008).

Μελέτη που έγινε σε 34 έφηβες Ελληνίδες και Κύπριες αθλήτριες που παρατηρήθηκαν και μετρήθηκαν σωματικά χαρακτηριστικά, η ευελιξία, η εκρηκτική ισχύ, η αερόβια ικανότητα, οι διαστάσεις σώματος και ο αναερόβιος μεταβολισμός ως συμπεράνε πως για την καλύτερη απόδοση χρειαζόντουσαν συγκεκριμένα σωματικά χαρακτηριστικά. Πράγματι, η εμφάνιση και τα αισθητικά πρότυπα του σχήματος του σώματος σε ρυθμικούς γυμναστές συνεπάγονται καλύτερη εκτέλεση γυμναστικών κινήσεων, κάτι που μπορεί επίσης να είναι πιο ευχάριστο για τους κριτές. Επιπλέον, το χαμηλό βάρος φαίνεται να είναι ένα προφανές πλεονέκτημα κατά την εκτέλεση δεξιοτήτων που απαιτούν περίπλοκες επαναλαμβανόμενες κινήσεις. Επιπλέον, οι αθλητές ρυθμικής γυμναστικής έχουν πλατιούς ώμους, στενούς γοφούς, μακριά και λεπτά άνω και κάτω άκρα, και πολύ χαμηλό σωματικό λίπος. Αυτό τις βοηθάει στο να δείχνουν συμμετρικές και με ωραίες αναλογίες και όταν είναι όρθιες αλλά και όταν κάθονται. Αυτά τα χαρακτηριστικά φαίνεται να είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα της αθλητικής απόδοσης (Douda *et al.*, 2008).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι μεταβλητές φυσιολογικής και φυσικής απόδοσης επηρεάζονται συχνά από το μέγεθος του σώματος. Κατά την εφηβεία, η αύξηση του απόλυτου VO₂ max σχετίζεται με την ανάπτυξη της καρδιάς και του σώματος. Πράγματι, το απόλυτο VO₂ max αυξάνεται ανάλογα με το μέγεθος του σώματος, ενώ το σχετικό VO₂ max παραμένει σταθερό στα αγόρια και μειώνεται στα κορίτσια κατά την εφηβεία. Έτσι φαίνεται ότι οι αθλήτριες με χαμηλότερο σωματικό βάρος έχουν καλύτερες επιδόσεις αφού το μεγάλο ποσοστό άπαχης μάζας που διαθέτουν σε συνδυασμό με την συχνή προπόνηση καταφέρνουν να “κτίσουν” καλή αερόβια κατάσταση με αποτέλεσμα να εκτελούν τις ασκήσεις τους χωρίς να χρειάζεται να φτάσουν στο VO₂ max τους (Douda *et al.*, 2008).

Ιδανικά ένας συνδυασμός αντοχής και ευελιξίας είναι σημαντικός για απόδοση υψηλής ποιότητας και για τη στήριξη των αρθρώσεων. Για παράδειγμα, χρειάζεται κάποιος βαθμός δύναμης για έναν αθλητή να κουνήσει το πόδι κατά τη διάρκεια ενός άλματος, αλλά χρειάζεται μυς και αντοχή να επαναλαμβάνετε αυτές τις κινήσεις συχνά κατά τη διάρκεια των 3 έως 4 ωρών της τακτικής προπόνησης. Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη της δύναμης και της ευελιξίας των αθλητριών είναι μεταξύ από τους πιο σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας (Douda *et al.*, 2008). Οι αθλήτριες για να μπορέσουν να εκτελέσουν τις ασκήσεις που θα παρουσιάσουν στην παράσταση τους χρειάζεται να έχουν ιδιαίτερα καλή ισορροπία, όπου για να υπάρξει είναι ανάγκη να συνεργαστεί ολόκληρο το μυϊκό σύστημα του σώματος για να το καταφέρουν (Poliszczuk and Broda, 2010).

Η ρυθμική γυμναστική μπορεί να οριστεί ως ένα άθλημα που απαιτεί υψηλό άλμα. Η ικανότητα πηδήματος είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της παράστασης της ρυθμικής γυμναστικής, που απαιτείται για την εκτέλεση τόσο δυσκολιών άλματος όσο και χορογραφικών στοιχείων (Di, 2006).

Τέλος, όταν έχουν στόχο την υψηλή αθλητική απόδοση και την διεκδίκηση υψηλών θέσεων μεταξύ των συναθλητριών τους, μαθαίνουν πως πρέπει να τηρούν συγκεκριμένους κανόνες. Η πειθαρχία είναι από τα πρώτα πράγματα που μαθαίνουν από πολύ ηλικία όσοι ασχολούνται με τον αθλητισμό και είναι ένας από τους καλύτερους συμμάχους τους για την επιτυχία (Di, 2006).

4.2 Ενόργανη γυμναστική

Η ενόργανη γυμναστική είναι το πιο παλιό, δημοφιλές και εντυπωσιακό άθλημα της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ονομασία της προκύπτει από το γεγονός ότι ο αθλητής ή η αθλήτρια εκτελεί ένα πρόγραμμα σε ένα ειδικά διαμορφωμένο όργανο, με ή χωρίς χρονικό περιορισμό (ανάλογα με το όργανο) και χωρίς τη συνοδεία μουσικής (με εξαίρεση τις ασκήσεις εδάφους γυναικών).



Εικόνα 4-2 Ενόργανη γυμναστική

(Πηγή: *Gymnastics Vocabulary | Vocabulary | EnglishClub*)

βαθμολογία για το σύνολο του προγράμματος προκύπτει από το άθροισμα των βαθμών που συγκέντρωσε κάθε κίνηση ξεχωριστά. Οι ασκήσεις ή αλλιώς τα αγωνίσματα που συνθέτουν το άθλημα της ενόργανης γυμναστικής παίρνουν το όνομά τους από το όργανο στο οποίο εκτελεί κάθε φορά το πρόγραμμά του ένας αθλητής ή μία αθλήτρια (*FIG - Discipline, 2020*).

Οι άντρες διαγωνίζονται σε έξι αγωνίσματα-όργανα: ασκήσεις εδάφους, πλάγιο ίππο, κρίκους, άλμα, δίζυγο και μονόζυγο, ενώ οι γυναίκες σε τέσσερα: άλμα, δίζυγο ή ασύμμετρους ζυγούς, δοκό ισορροπίας και ασκήσεις εδάφους, με τη συνοδεία μουσικής.

Αναλυτικά τα αγωνίσματα για τους άνδρες είναι:

- Άλμα

Στο όργανο αυτό χρησιμοποιείται ένα ελαφρά κεκλιμένο επίπεδο σώμα ύψους 1,25 μέτρων. Οι αθλητές πρέπει να εκτελέσουν ελιγμούς και περιστροφές ύστερα από γρήγορο τρέξιμο και πάτημα στο βαθύρα.

- Έδαφος

Η ενόργανη γυμναστική ανήκει στην κατηγορία των αθλημάτων κρίσης, στα οποία η επίδοση κάθε αθλητή καθορίζεται από τη βαθμολογία που του δίνει μια ειδική επιτροπή κριτών. Ένα πρόγραμμα αποτελείται από μια σειρά κινήσεων που βαθμολογούνται ανεξάρτητα, ανάλογα με το βαθμό δυσκολίας τους και την αρτιότητα, τεχνική και καλλιτεχνική, με την οποία εκτελούνται. Η τελική

Το ταπί όπου εκτελούνται οι ασκήσεις εδάφους είναι 12x12 μέτρα με ένα μέτρο επιπλέον γύρω γύρω ως όριο ασφαλείας. Οι αθλητές έχουν γύρω στα 70 δευτερόλεπτα για να εκτελέσουν ακροβατικά σάλτα και διάφορες ασκήσεις.

- Κρίκοι

Οι κρίκοι είναι ξύλινοι, απέχουν μεταξύ τους 50 εκατοστά και κρέμονται από συρματόσχοινα και ιμάντες, δύο μέτρα και πενήντα πέντε εκατοστά πάνω από την εξέδρα. Εκτελούν μια σειρά από ασκήσεις στους κρίκους και χρειάζεται μεγάλη δύναμη στο πάνω μέρος του σώματος.

- Ίππος

Έχει μήκος 1,60 μέτρα, ύψος 1,05 μέτρα και η απόσταση μεταξύ των λαβών είναι 45 εκατοστά. Οι αθλητές πρέπει να ακολουθήσουν μια σειρά από ασκήσεις χωρίς να σταματήσουν με κλειστά πόδια ή να κάνουν ψαλίδια, τα χέρια τους πάντα πάνω στις λαβές.

- Μονόζυγο

Το μονόζυγο έχει διάμετρο 2,8 εκατοστά και μήκος 2,4 μέτρα. Το όργανο αυτό περιλαμβάνει ασκήσεις αιώρησης και πτήσης με αλλαγές λαβών και περιστροφές γύρω από την μπάρα.

- Παράλληλοι ζυγοί

Πρόκειται για δυο παράλληλες μπάρες μήκους 3,5 μέτρων που βρίσκονται 2 μέτρα πάνω από το έδαφος. Οι αθλητές εκτελούν στους ζυγούς ασκήσεις όμοιες με αυτές του μονόζυγου.

Αναλυτικά τα αγωνίσματα για τις γυναίκες είναι:

- Δίζυγο

Οι ζυγοί των γυναικών είναι μήκους 2,4 μέτρων και είναι τοποθετημένοι σε διαφορετικό ύψος ο καθένας από τους οποίους ο πρώτος απέχει από το έδαφος 1,45 μέτρα και ο δεύτερος 1,65 μέτρα. Εκτελούν ασκήσεις όπως το μονόζυγο των αντρών με την διαφορά ότι πρέπει να χρησιμοποιηθούν και οι 2 μπάρες.

- Άλμα

Το άλμα είναι ακριβώς ίδιο και στους άντρες και στις γυναίκες.

- Έδαφος

Και σ' αυτήν την περίπτωση το έδαφος είναι ίδιο για άντρες και γυναίκες με την μόνη διαφορά ότι οι γυναίκες έχουν μουσική και το πρόγραμμά τους είναι πιο χορευτικό.

- Δοκός

Η δοκός έχει μήκος 5 μέτρα, ύψος 1,25 μέτρα και πλάτος 10 εκατοστά. Οι αθλήτριες πρέπει να εκτελέσουν ακροβατικές κινήσεις χωρίς αστάθειες και πτώσεις μέσα σε 1 λεπτό και 30 δεύτερα (*FIG - Discipline*, 2020).

Η γυμναστική είναι ένα από τα ελάχιστα αθλήματα που περιλαμβάνονται συνεχώς στο πρόγραμμα των σύγχρονων Ολυμπιακών Αγώνων, από την πρώτη Ολυμπιάδα του 1896 στην Αθήνα έως σήμερα. Αρχικά, στο αγώνισμα συμμετείχαν μόνο άντρες. Η αγωνιστική ενόργανη γυμναστική των γυναικών άρχισε να αναπτύσσεται μόλις στις αρχές της δεκαετίας του 1920 και το 1928 περιλήφθηκε στο πρόγραμμα των Ολυμπιακών Αγώνων του Άμστερνταμ, μόνο όμως ως ομαδικό αγώνισμα. Με την ίδια μορφή εισήχθη για πρώτη φορά το 1934 και στο Παγκόσμιο Πρωτάθλημα Ενόργανης Γυμναστικής της FIG. Με αφετηρία το Παγκόσμιο Πρωτάθλημα του 1950, οι γυναίκες άρχισαν να διαγωνίζονται και να βαθμολογούνται και ατομικά σε κάθε όργανο, αφού μέχρι τότε οι επιδόσεις τους στα όργανα μετρούσαν μόνο για τη συγκεντρωτική βαθμολογία της ομάδας τους. Το ίδιο ίσχυσε και το 1952 στους Ολυμπιακούς Αγώνες του Ελσίνκι, όπου οριστικοποιήθηκαν το πλήθος, το είδος, και οι προδιαγραφές των οργάνων για τους άντρες και τις γυναίκες, καθώς και το πλήθος των αθλητών και των αθλητριών ανά ομάδα. Η FIG είναι υπεύθυνη για τη θέσπιση και την τήρηση των κανόνων της αγωνιστικής γυμναστικής που ισχύουν για το Παγκόσμιο Πρωτάθλημα και τους Ολυμπιακούς Αγώνες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι προδιαγραφές για τα όργανα της ενόργανης γυμναστικής, οι περιορισμοί που ισχύουν για τα προγράμματα και το σύστημα ή, αλλιώς, ο κώδικας βαθμολόγησης που χρησιμοποιείται για τον καθορισμό της επίδοσης ενός αθλητή ή μιας αθλήτριας.

Οι αθλητές ανταγωνίζονται μόνο με άλλους αθλητές στο επίπεδό τους. Ξεκινούν στο χαμηλότερο επίπεδο ανταγωνισμού και προχωρούν σε υψηλότερα επίπεδα μαθαίνοντας δεξιότητες γυμναστικής και επιτυγχάνοντας βαθμολογίες σε προκριματικούς διαγωνισμούς. Η κατάταξη και ο αριθμός των επιπέδων αλλάζει από χώρα σε χώρα. Η τελική βαθμολογία καθορίζεται από το βαθμό δυσκολίας των επιμέρους ασκήσεων, από το πόσο άρτια εκτελέστηκαν, από τη χάρη και την τεχνική του γυμναστή ή της

γυμνάστριας, τη συνοχή της κίνησης κατά τη μετάβαση από τη μία άσκηση στην επόμενη και από την καλλιτεχνική διάσταση του όλου προγράμματος. Πολλές πρωτότυπες και δύσκολες ασκήσεις «βαπτίζονται» με τα ονόματα των αθλητών που τις πραγματοποίησαν για πρώτη φορά (*FIG - Discipline*, 2020).

Η FIG επιβάλλει ένα ελάχιστο όριο ηλικίας σε αθλητές που συμμετέχουν σε διεθνείς διοργανώσεις. Επί του παρόντος, οι γυναίκες αθλήτριες πρέπει να είναι τουλάχιστον δεκαέξι ετών ενώ τα αγόρια 18 (*FIG - Discipline*, 2020). Για να μπορεί να έχει εξέλξει ο αθλητής στην ενόργανη γυμναστική έχει φανεί ότι θα πρέπει να έχει συγκεκριμένα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, σωματότυπο, σύνθεση σώματος και χαρακτηριστικά βιολογικής ωρίμανσης.

Παρά τις γενικές ομοιότητες ως προς τα χαρακτηριστικά της επιτυχίας, έχουν παρατηρηθεί διαφορές που σχετίζονται με το φύλο. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες αθλητές της ενόργανης ήταν μικρότεροι και λεπτότεροι από τους συνομηλικούς τους και έδειξαν σημαντική καθυστέρηση στην ωρίμανση του σκελετού. Όσον αφορά το ύψος και το βάρος και τα δύο φύλα ήταν μικρότερα από τον μέσο πληθυσμό με ιδιαίτερη έμφαση στις γυναίκες. Ένα άτομο με πιο κοντά άκρα θα μπορούσε να επωφεληθεί στη γυναικεία ενόργανη γυμναστική, λόγω των συγκεκριμένων οργάνων που χρησιμοποιούνται για την παράσταση, τα οποία είναι διαφορετικά από αυτά που χρησιμοποιούνται στην ανδρική (*Georgopoulos et al.*, 2004).

Η βιολογική ωρίμανση αναφέρεται στην πρόοδο προς μια βιολογικά ώριμη κατάσταση. Η διαδικασία ωρίμανσης αποτελείται από δύο συστατικά, το χρονοδιάγραμμα και το ρυθμό. Το χρονοδιάγραμμα αναφέρεται στην χρονική στιγμή που συμβαίνουν συγκεκριμένα γεγονότα ωριμότητας, ενώ ο ρυθμός σχετίζεται με τον ρυθμό με τον οποίο εξελίσσεται η ωρίμανση. Και τα δύο ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων (*João and Filho*, 2015; *Bacciotti et al.*, 2017).

Η βιολογική ωρίμανση παρατηρείται συχνότερα στο πλαίσιο της ωρίμανσης του σκελετού (ηλικία του σκελετού), του σεξουαλικού (δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου) και του σωματικού (ηλικία στην κορυφή του ύψους κορυφής). Συνοπτικά, η μεταγενέστερη ηλικία σε δείκτες ωριμότητας, η σκελετική ηλικία και η ηλικία κατά την εμμηνόρροια, είναι σταθερά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται από ελίτ αθλητές, ανεξάρτητα από την προέλευση του δείγματος, δηλαδή, τοπικούς ή παγκόσμιας κλάσης

αθλητές. Οι αθλήτριες αργής ωρίμανσης φαίνεται να έχουν πλεονεκτήματα στην απόδοση τους, στην προπόνηση και στους αγώνες. Υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις ότι η καθυστερημένη ωρίμανση προκαλείται από την προπόνηση (João and Filho, 2015; Bacciotti *et al.*, 2017).

Σε αυτή την θεωρία όμως υπάρχουν αντικρουόμενες έρευνες όπου υποστηρίζουν ότι η γυμναστική δεν φαίνεται να εξασθενεί την εφηβική ανάπτυξη και ωρίμανση. Θεωρούν ότι αυτή η διαφορά στην ωρίμανση που παρουσιάζεται οφείλεται στην επιλογή των εφήβων αθλητριών να συνεχίζουν την εκπαίδευση τους στο άθλημα. Πιο συγκεκριμένα οι αθλητές της ενόργανης ξεκινούν την ενασχόληση τους με το άθλημα αυτό από την παιδική ηλικία. Οι αθλητές που συνεχίζουν την προπόνηση τους ως και κατά την διάρκεια της εφηβείας είναι αυτοί που έχουν ελαφρός καθυστερημένη ανάπτυξη, επειδή ευνοούνται στην απόδοση τους από τα σωματικά τους χαρακτηριστικά. Κατά την εφηβεία τα άτομα που έχουν αυξημένους ρυθμούς ανάπτυξης συχνά παρουσιάζουν μειωμένη απόδοση. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις πολλές ώρες προπόνησης και τις αυξημένες υποχρεώσεις τους λόγω της ηλικίας οδηγεί πολλούς στο να εγκαταλείψουν την ενόργανη (Sands *et al.*, 2012; Malina *et al.*, 2013).

Πολλοί αθλητές με στόχο να μειώσουν το βάρος τους και να έχουν το ιδανικό σώμα για την ενόργανη καταλήγουν να κάνουν στερητικές δίαιτες. Όμως έχει αποδειχθεί ότι τόσο η εμφάνιση όσο και η απόδοση του αθλητή να μπορούν να αναπτυχθούν καλύτερα σε ένα περιβάλλον βέλτιστης ενεργειακής ισορροπίας. Επομένως, θα πρέπει να αποφεύγεται ο διατροφικός περιορισμός που οδηγεί σε κατανάλωση ενέργειας κάτω από τις εκτιμώμενες ενεργειακές ανάγκες αφού επηρεάζει αρνητικά την απόδοση (Deutz *et al.*, 2000).

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής και οι ακραίες μέθοδοι που ακολουθούν για την μείωση του βάρους οδηγεί στην δημιουργία διατροφικών διαταραχών. Ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών σε ελίτ αθλητές, ιδιαίτερα εκείνους στον αισθητικό αθλητισμό, είναι υψηλότερος από τον γενικό πληθυσμό. Η δυσαρέσκεια του σώματος, η διαταραγμένη διατροφή, ο αυτοπροσανατολισμός τελειομανίας και το σθένος για την ενόργανη γυμναστική διαφέρουν ανάλογα με την περίοδο του ανταγωνισμού. Μάλιστα στις περιόδους προετοιμασίας των αγώνων και κατά την διάρκεια τους εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα δυσαρέσκειας (Neves *et al.*, 2017).

4.3 Αγωνιστικό Τραμπολίνο



Εικόνα 4-3 Αγωνιστικό τραμπολίνο

(Πηγή: *Trampolining: History, Varieties and Equipment*, 2020)

Ο άνθρωπος, ήδη από τα πρώτα χρόνια της ιστορικής του εξέλιξης προσπάθησε να υπερνικήσει τους νόμους της βαρύτητας και να παραμείνει στον αέρα έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα. Η προσπάθεια αυτή σε συνδυασμό με την ανάγκη του ανθρώπου να νιώθει ελεύθερος και την περιέργεια του για κάθε τι που ανεβάζει την αδρεναλίνη του στα ύψη, αποτέλεσαν την απαρχή της εμφάνισης ενός απαιτητικού και συγχρόνως εντυπωσιακού αθλήματος, του Τραμπολίνου.

Η γυμναστική με τραμπολίνο είναι μια ψυχαγωγική δραστηριότητα που γίνεται σε ένα ακροβατικό εργαλείο προπόνησης καθώς και ένα ανταγωνιστικό ολυμπιακό άθλημα στο οποίο οι αθλητές εκτελούν ακροβατικά ενώ αναπηδούν σε ένα τραμπολίνο. Ο Larry Griswold το 1900, δουλεύοντας στο πανεπιστήμιο της Αιόβα, επινόησε ένα αγωνιστικό πρόγραμμα που περιλάμβανε άλματα με Τραμπολίνο. Έτσι, κατασκεύασε ένα Τραμπολίνο και συγκέντρωσε αθλητές από την ενόργανη γυμναστική, ανάμεσα τους και ο George Nissen, Αμερικανός καθηγητής φυσικής αγωγής. Ο ίδιος ο Griswold έγραψε και το πρώτο βιβλίο για το Τραμπολίνο μέσα στο οποίο περιγράφονται πληροφορίες για

τη χρήση του οργάνου καθώς και για τις δεξιότητες που μπορούσαν να αναπτυχθούν. Αυτή ήταν η αφετηρία στην αναγνώριση του Τραμπολίνου πλέον ως αθλήματος και όχι ως θεάματος. Λίγα χρόνια αργότερα, ο George Nissen ίδρυσε την πρώτη εταιρεία παραγωγής Τραμπολίνου. Κατά τη δεκαετία του 1950 το Τραμπολίνου έγινε πλέον γνωστό και στην Ευρώπη με καθοδηγητές τους George Nissen και Kurt Baechler (*FIG - Discipline*, 2020; Esposito and Esposito, 2009)

Το 1964 ιδρύθηκε η Διεθνής Ομοσπονδία του αθλήματος (FIT) και την ίδια χρονιά διοργανώθηκε στο Λονδίνο το πρώτο Παγκόσμιο Πρωτάθλημα. Η επίσημη αναγνώριση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Τραμπολίνου από τη Διεθνή Ολυμπιακή Επιτροπή έγινε το 1988. Ωστόσο ριζικές αλλαγές στην Διεθνή Ομοσπονδία Τραμπολίνου στα τέλη της δεκαετίας του 1990 οδήγησαν στην ένωση της με τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυμναστικής. Το Τραμπολίνου εμφανίστηκε για πρώτη φορά στους Ολυμπιακούς Αγώνες στο Σίδνεϋ το 2000, όπου άντρες και γυναίκες συμμετείχαν σε ατομικά αγωνίσματα. Σε διεθνές επίπεδο διοργανώσεων, το Τραμπολίνου περιλαμβάνει:

- το ατομικό Τραμπολίνου,
- το συγχρονισμένο Τραμπολίνου
- τον ακροβατικό διάδρομο
- το διπλό μίνι τραμπολίνου (*FIG - Discipline*, 2020).

Στην Ελλάδα, το αγωνιστικό Τραμπολίνου έκανε την εμφάνιση του στην δεκαετία του 1990. Συγκεκριμένα, το 1998 η Fabiana Florez, προπονήτρια από την Αργεντινή, αναλαμβάνει την οργάνωση του αθλήματος στη χώρα μας. Έτσι, την ίδια χρονιά το πρώτο Πανελλήνιο Πρωτάθλημα Τραμπολίνου ήταν πλέον γεγονός. Το Τραμπολίνου αποτελείται από ένα δίχτυ κατασκευασμένο από ειδικό ελαστικό, που σταθεροποιείται σε ένα σιδερένιο πλαίσιο με ελατήρια. Οι διαστάσεις του είναι 5,05μ. x 2,91μ. και απέχει 1,155μ. από το έδαφος. Οι αθλητές του Τραμπολίνου εκτελούν αναπηδήσεις, ώστε να εκτιναχθούν όσο το δυνατόν υψηλότερα και να εκτελέσουν μια σειρά από ακροβατικές εναέριες ασκήσεις. Στο φάσμα των ασκήσεων που εκτελούν οι αθλητές περιλαμβάνονται απλά άλματα σε θέση δίπλωσης, συσπείρωσης ή ευθείας θέσης καθώς και πολύπλοκοι συνδυασμοί περιφορών και περιστροφών προς τα εμπρός ή προς τα πίσω. Ο αθλητής θα

πρέπει στο σύνολο να εκτελέσει 10 ασκήσεις, ώστε η αξιολόγηση του να αρχίσει με την μέγιστη δυνατή βαθμολογία (*FIG - Discipline*, 2020).

Η αξιολόγηση γίνεται από κριτές ικανούς να βαθμολογήσουν την τεχνική των ασκήσεων του αθλητή καθώς και την δυσκολία τους. Από το 2011 στην αξιολόγηση των αθλητών τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο συμπεριλαμβάνεται και ένας τρίτος παράγοντας, ο χρόνος πτήσης, δηλαδή ο χρόνος στον οποίο ο αθλητής βρίσκεται στον αέρα κατά την εκτέλεση του προγράμματος του, δίνοντας στο άθλημα νέες διαστάσεις και προσφέροντας πλούσιο θέαμα. Ο τελικός βαθμός του κάθε αθλητή προκύπτει από την πρόσθεση του βαθμού τεχνικής με τον βαθμό δυσκολίας και τον χρόνο πτήσης κατά τη διάρκεια του προγράμματος (*FIG - Discipline*, 2020).

Το αγωνιστικό Τραμπολίνο σε επίπεδο πρωταθλητισμού προάγει αρχικά το 'ευ αγωνίζεσθαι' και προσφέρει τις συγκινήσεις του Πρωταθλητισμού στους πιο τολμηρούς. Ωστόσο, το Τραμπολίνο αποτελεί ένα εξαιρετικό μέσο άθλησης και ψυχαγωγίας, ανεξάρτητα του πρωταθλητισμού. Αρκετοί πιστεύουν ότι το Τραμπολίνο είναι άθλημα που δεν απαιτεί ιδιαίτερη σωματική δύναμη καθώς τα ελατήρια είναι αυτά που κάνουν όλη τη δουλειά. Στην πράξη κάτι τέτοιο δεν ισχύει, καθώς πρόκειται για μια πλειομετρική δραστηριότητα που ενδυναμώνει ταυτόχρονα πολλά μέρη του σώματος και μάλιστα χωρίς τις καταπονήσεις του εδάφους. Αυτό φυσικά επιτρέπει την ομαλή και αρμονική ανάπτυξη καθώς και την άρτια κινησιακή εκπαίδευση των παιδιών καθώς και την απόκτηση φυσικής υγείας στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Παιδιά οποιασδήποτε ηλικίας μπορούν να ασχοληθούν με το Τραμπολίνο στα πλαίσια της ενδυνάμωσης και της ψυχαγωγίας. Παρόλα αυτά, η ενασχόληση με τον Πρωταθλητισμό εστιάζεται κυρίως στις μικρές ηλικίες καθώς αποτελεί μια πολυετή, επίμονη και στοχευμένη εκπαίδευση. Τα παιδιά μπορούν να ξεκινήσουν το άθλημα ακόμη και από την ηλικία των τριών ετών (*FIG - Discipline*, 2020).

Η επιλογή των αθλητών που θα ασχοληθούν με τον πρωταθλητισμό είναι μία δύσκολη διαδικασία, διότι ο πρωταθλητισμός αναφέρεται σε γυμναστικές επιδόσεις υψηλού επιπέδου στις οποίες ο αθλητής καλείται να ανταπεξέλθει. Απαιτεί κατάλληλο σωματότυπο και καλή φυσική κατάσταση. Πρωτεύοντα ρόλο στα πλαίσια του πρωταθλητισμού παίζουν και τα ψυχικά προσόντα των αθλητών. Οι αθλητές του Τραμπολίνο πέραν του αθλήματος αποκτούν πειθαρχία και σεβασμό αρχικά προς τον

προπονητή και φυσικά προς τους συναθλητές και τους συναγωνιστές, ήδη από τις μικρές ηλικίες (*FIG - Discipline*, 2020).

Το Τραμπολίνο είναι ένα ιδιαίτερα απαιτητικό άθλημα που απαιτεί τόλμη, αποφασιστικότητα, πείσμα και το σημαντικότερο θέληση, ώστε να καταφέρει κάποιος να εκτελεί εναέρια ακροβατικά σε ύψος 8-9 μέτρων. Βασικές προϋποθέσεις είναι ο άριστος συντονισμός του αθλητή και η ρυθμικότητα των κινήσεων του ώστε να μπορεί να αντιλαμβάνεται με ακρίβεια τη θέση του στον χώρο και το χρόνο. Βεβαίως η ικανότητα αυτή δεν αποκτάται απευθείας αλλά απαιτείται προσπάθεια και εξάσκηση πολλών ετών για να αποκτηθεί, αφού αποτελεί το βασικότερο γνώρισμα ενός καλού αθλητή Τραμπολίνο. Η εκτέλεση των ασκήσεων απαιτεί μεγάλη συγκέντρωση, ώστε ο αθλητής να αντιλαμβάνεται με ακρίβεια την κάθε κίνηση του (*FIG - Discipline*, 2020).

Είναι σημαντικό για τους αθλητές να καταναλώνουν επαρκή ενέργεια, σε συγκεκριμένα χρονικά σημεία πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση για να διατηρήσουν την υγεία και την απόδοση. Ορισμένες ομάδες αθλητών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ενεργειακής πρόσληψης που δεν ικανοποιούν πλήρως τις υψηλότερες φυσιολογικές απαιτήσεις άσκησης. Αυτή η αποτυχία μπορεί να οδηγήσει σε κατάσταση ενεργειακής ανεπάρκειας, αποτέλεσμα ανεπαρκούς πρόσληψης θερμίδων ή / και υπερβολικής κατανάλωσης ενέργειας και χαμηλής διαθεσιμότητας ενέργειας, η οποία ορίζεται ως μεμονωμένη αναντιστοιχία μεταξύ πρόσληψης ενέργειας και άσκησης, οδηγώντας σε ανεπαρκή ενέργεια υποστηρίζουν τη φυσιολογική λειτουργία. Η κατάσταση μακροπρόθεσμης ενεργειακής ανεπάρκειας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αθλητική απόδοση, την εμμηνορροϊκή λειτουργία, την υγεία των οστών, τον μεταβολικό ρυθμό, την ανάκαμψη της άσκησης, την ασυλία, την καρδιαγγειακή λειτουργία και την ψυχική υγεία (Meng *et al.*, 2020).

Τα αισθητικά αθλήματα, στα οποία ανήκει και το τραμπολίνο, ορίζονται ως εκείνα που απαιτούν καλά ανεπτυγμένες φυσικές ικανότητες (ισχύς, ταχύτητα, αντοχή, ευελιξία) καθώς και τεχνικές δεξιότητες και καλλιτεχνικά έργα. Σε τέτοια αθλήματα, οι ελίτ εκτελεστές συνήθως εμφανίζουν χαμηλή μάζα λίπους, και / ή χαμηλό σωματικό βάρος, και η βαθμολογία έχει ένα υποκειμενικό συστατικό. Λόγω του σημαντικού ρόλου του σχήματος και της εμφάνισης του σώματος στα αισθητικά αθλήματα, οι αθλητές συχνά αποτυγχάνουν να ικανοποιήσουν τις ενεργειακές απαιτήσεις, περιορίζοντας την

πρόσληψη ενέργειας ή αυξάνοντας την ενεργειακή δαπάνη μέσω της υπερβολικής άσκησης για να επιτύχουν τους στόχους της σύνθεσης του σώματος (Meng *et al.*, 2020).

Εν κατακλείδι, η έμφαση στη σημασία της χαμηλής ενεργειακής πρόσληψης και η προώθηση στρατηγικών διαλογής και πρόληψης είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη του σημαντικού στόχου της προστασίας της υγείας των αθλητών που συμμετέχουν σε αισθητικά αθλήματα (Meng *et al.*, 2020).

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία

5.1 Σκοπός της έρευνας

Η ανάπτυξη συνδρόμων διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα στο χώρο του αθλητισμού, τα τελευταία χρόνια έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων ανήκουν οι αθλητές και οι αθλήτριες που συμμετέχουν σε αθλήματα που απαιτούν συστηματικό έλεγχο του σωματικού βάρους και κατά συνέπεια συνδέουν το αδύνατο σώμα με την υψηλότερη επίδοση, όπως είναι τα αγωνίσματα «εμφάνισης». Η σύνδεση της επιτυχίας στο άθλημα με το χαμηλό βάρος, η αποκαλυπτική εμφάνιση, η πίεση των προπονητών σε συνδυασμό με της αλλαγές που επιφέρει η εφηβεία στο σώμα ωθεί τους αθλητές σε διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες και διαταραγμένη εικόνα σώματος.

Σκοπός της εργασίας είναι να εξεταστεί η διατροφική συμπεριφορά των εφήβων (11-18 ετών) θηλυκών αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής (τραμπολίνο, ενόργανη και ρυθμική γυμναστική) στην Πάτρα. Πιο συγκεκριμένα στόχος είναι να διερευνηθεί η σχέση που έχουν με το φαγητό, η τάση εμφάνισης διατροφικής διαταραχής και η γενικότερη εικόνα που έχουν διαμορφώσει οι αθλήτριες για το σώμα τους.

5.2 Υλικά και μέθοδοι

5.2.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από κοπέλες που βρίσκονται στο στάδιο της εφηβείας. Πιο συγκεκριμένα το δείγμα χωρίζεται σε δύο ισάριθμες ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από 45 έφηβες, ηλικίας 11-18 ετών, αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής στην πόλη της Πάτρας. Από αυτές 21 αθλήτριες ασχολούνται με την ρυθμική γυμναστική, 9 με την ενόργανη και 15 με το τραμπολίνο. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από 45 κορίτσια στην εφηβεία, ηλικίας 11-18 ετών, που δεν ασχολούνται με την αγωνιστική γυμναστική.

5.2.2 Μέθοδος

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρειάστηκε να γίνει επικοινωνία με τους συλλόγους που συμμετέχουν οι αθλήτριες για να μπορέσουν να ενταχθούν στην έρευνα. Στη συνέχεια, αφού δέχτηκαν οι προπονητές να ενταχθούν οι ομάδες τους στην έρευνα μου, ήρθα σε επικοινωνία με τους γονείς των αθλητριών λόγω του ότι είναι ανήλικες. Όταν τελείωσαν τα διαδικαστικά της έρευνας βρέθηκα με αθλήτριες (Ιούνιο του 2020) τους μέτρησα το βάρος, το ύψος και τους παρέδωσα το ερωτηματολόγιο της έρευνας, αφού έγιναν οι ανάγκες επεξηγήσεις. Παράλληλα ήρθα σε επικοινωνία με τα κορίτσια που αποτελούσαν το δεύτερο μου δείγμα. Αφού έγιναν από την αρχή οι διαδικασίες για την έγκριση των γονέων βρέθηκα με τα άτομα, έγιναν οι μετρήσεις και συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο.

Το σωματικό βάρος υπολογίστηκε με τη χρήση ψηφιακού ζυγού με πλησιέστερο αποτέλεσμα το 0,1 kg. Κατά τη μέτρηση του βάρους ο ζυγός βρισκόταν σε σταθερή και επίπεδη επιφάνεια, ενώ οι εξεταζόμενοι είχαν βγάλει τα παπούτσια τους, φορούσαν ελαφρύ ρουχισμό, στέκονταν ακίνητοι στο κέντρο της πλατφόρμας του ζυγού και κοίταζαν μπροστά χωρίς να στηρίζονται κάπου. Επιπλέον, τα άτομα έπρεπε να ακολουθήσουν τουλάχιστον τρίωρη νηστεία και μία ώρα χωρίς να καταναλώσουν κάποιο υγρό (Μανιός, 2006).

Το σωματικό ύψος είναι απαραίτητο για τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος. Μετρήθηκε με μια μη εκτατή ταινία που είχε προσαρμοστεί σε μια κάθετη επιφάνεια. Κατά τη διαδικασία της μέτρησης τα άτομα στέκονταν ίσια χωρίς να φορούν παπούτσια και κάλτσες. Οι πτέρνες ήταν ενωμένες, τα γόνατα ευθεία, οι ώμοι χαλαροί και οι παλάμες «έβλεπαν» προς τους μηρούς και το κεφάλι. Τέλος, οι γλουτοί και το κεφάλι εφάπτονταν στον τοίχο (Μανιός, 2006).

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελούταν από ερωτήσεις που αφορούσαν προσωπικά στοιχεία για τις κοπέλες όπως ηλικία, άθληση και εφόσον αθλούνταν τις ώρες προπόνησης. Το υπόλοιπο αποτελούταν από δύο σταθμισμένα ερωτηματολόγια το Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner, Bohr and Garfinkel, 1982) και το Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, Olmstead and Polivy, 1983).

5.2.3 Ερωτηματολόγιο

Το Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EAT-26) αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιημένα εργαλεία για την αξιολόγηση συμπεριφορών και τον διαχωρισμό ατόμων που έχουν αυξημένες τάσεις για εμφάνιση διαταραχών στη λήψη τροφής. Περιλαμβάνει 26 προτάσεις (το ερωτηματολόγιο είχε αρχικά 40 προτάσεις), για τις οποίες το άτομο καλείται να δηλώσει τη συχνότητα με την οποία ασχολείται με τις συγκεκριμένες συμπεριφορές. Αυτές οι προτάσεις χωρίζονται σε 3 υποκλίμακες: την ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος, την βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο της κατανάλωσης φαγητού. Κάθε πρόταση ανήκει σε μια μόνο υποκλίμακα. Η κάθε υποκλίμακα βαθμολογείται με βάση τον βαθμό των προτάσεων που περιλαμβάνει. Ως απάντηση επιλέγει το άτομο από μια εξάβαθμη κλίμακα (από το 1 που σημαίνει «ποτέ» έως το 6 που σημαίνει «πάντα») το βαθμό που περιγράφει ακριβέστερα τα συναισθήματα του. Για τον υπολογισμό του σκορ αποδίδεται βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις από 0-3 ως εξής: πάντα=3, συνήθως=2, συχνά=1, μερικές φορές=0, σπάνια=0, ποτέ=0, εκτός από την 26^η ερώτηση που βαθμολογείται ως εξής: πάντα=0, συνήθως=0, συχνά=0, μερικές φορές=1, σπάνια=2, ποτέ=3. Η τελική βαθμολογία του EAT-26 προκύπτει αθροίζοντας το σύνολο των προτάσεων που το απαρτίζουν. Το σκορ έχει ένα εύρος τιμών από 0 έως 78 βαθμούς. Εάν το τελικό σκορ είναι ≥ 20 αυτό υποδεικνύει υψηλό επίπεδο ανησυχίας για τη διατροφή, το σωματικό βάρος ή προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές. Εάν κάποιος έχει σκορ > 20 τότε θα πρέπει να αναζητήσει κάποιον ειδικευμένο επιστήμονα υγείας, ώστε αυτός να προσδιορίσει εάν το σκορ αντανακλά σε πρόβλημα που δικαιολογεί κλινική παρακολούθηση. Το EAT-26 δεν χρησιμοποιείται για την διάγνωση μιας διατροφικής διαταραχής και δεν αντικαθιστά την διάγνωση από έναν επαγγελματία (Garner, Bohr and Garfinkel, 1982).

Το ερωτηματολόγιο Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής (EDI) ως στόχο έχει την αξιολόγηση κλινικών και ψυχολογικών παραμέτρων που σχετίζονται με το διατροφικές διαταραχές και ειδικότερα την νευρική ανορεξία και την ψυχογενής βουλιμία. Το EDI αποτελείται από 64 ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνουν 8 υποκατηγορίες. Αυτές είναι:

- Παρόρμηση για λεπτότητα: ορίζει την υπερβολική ενασχόληση με την δίαιτα, το λεπτό σώμα και το χαμηλό σωματικό βάρος

- Βουλιμία: αξιολογεί την τάση του ατόμου ως προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τον αυτοπροκαλούμενο εμετό.
- Δυσαρέσκεια με το σώμα: αφορά τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται στο άτομο από συγκεκριμένα μέρη τους σώματος στα οποία συσσωρεύεται το λίπος. Τέτοιου είδους μέρη είναι οι γλουτοί, η μηροί και η λεκάνη.
- Αναποτελεσματικότητα: προβάλλει τα αισθήματα ανασφάλειας, αναξιοτήτας και την έλλειψη ελέγχου
- Τελειομανία: προβάλλει την θέληση για την επιδίωξη του τέλειου αποτελέσματος
- Διαπροσωπική Δυσπιστία: παρουσιάζει την απουσία θέλησης για την δημιουργία στενών σχέσεων
- Ενδοδεκτική Αντίληψη: περιγράφει την ανικανότητα του ατόμου να μπορεί να προσδιορίζει με ακρίβεια τα αισθήματα της πείνας και κορεσμού
- Φόβοι ενηλικίωσης: Δεν θέλει να δεχτεί την ενηλικίωση και προσπαθεί να γυρίσει πίσω στα παιδικά χρόνια, όπου δεν είχαν υποχρεώσεις και ευθύνες

Οι απαντήσεις συμπεριλαμβάνονται σε μία κλίμακα εξάβαθμων από το «ποτέ» έως το «πάντα». Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται από τα άθροισμα της κάθε υποομάδας ξεχωριστά και ως ένα συνολικό νούμερο. Η πιο ανορεκτική απάντηση βαθμολογείται με 3 βαθμούς, η γειτονική της με 3 βαθμούς, η επόμενη με 1 βαθμό και οι τρεις υπόλοιπες με 0 βαθμούς. Ως κατώφλι του συνολικού σκορ θεωρείται ο αριθμός 40. Όσο πιο υψηλές τιμές συγκεντρώνει το άτομο τόσο τείνει πως υψηλότερη ψυχοπαθολογία (Garner, Olmstead and Polivy, 1983).

Έπειτα από την συλλογή των απαραίτητων δεδομένων, οι απαντήσεις των εφήβων καταγράφηκαν στο πρόγραμμα Microsoft Excel και αναλύθηκαν με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics. Η περιγραφική και η επαγωγική ανάλυση οδήγησαν στην εξαγωγή συμπερασμάτων και στην διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Μέσω της περιγραφικής στατιστικής βλέπουμε πληροφορίες για το δείγμα με την εύρεση συχνοτήτων και ποσοστών, μέσων όρων και τυπικής απόκλισης. Μέσω της επαγωγικής στατιστικής εφαρμόστηκαν από το explore to normality plots with tests για να βρούμε

εάν υπάρχει κανονική κατανομή στις συγκρίσεις που κάναμε. Έπειτα ανάλογα με το αν υπήρχε κανονική κατανομή ή όχι εφαρμόστηκε από το correlate-bivariate η συσχέτιση Pearson ή Spearman και παρατηρήθηκε αν υπάρχει βαθμός συσχέτισης (r-value) μεταξύ 2 μεταβλητών και το επίπεδο σημαντικότητας της συσχέτισης (p-value). Για τη δημιουργία των γραφημάτων χρησιμοποιήθηκε το Microsoft Office Excel και το Microsoft Office Word.

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 90 έφηβα κορίτσια 11-17 ετών από την περιοχή της Πάτρας, του νομού Αχαΐας, από τα οποία τα 45 ήταν αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής και οι υπόλοιπες 45 μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής.

Πίνακας 6-1 Ηλικία και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων.

	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ύψος (m)	1.59	± 0.09	1.62	± 0.08
Βάρος (kg)	45.40	± 6.06	56.83	± 13.13
Ηλικία (έτη)	13.8	± 1.95	15.4	± 1.80

Ο μέσος όρος ύψους των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής ήταν $1.59 \pm 0,09$ μέτρα, λίγο χαμηλότερος δηλαδή από των μη αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής που ήταν $1.62 \pm 0,08$ μέτρα. Ο μέσος όρος βάρους των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής ήταν $45.40 \pm 6,06$ κιλά, ενώ των μη αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής μεγαλύτερος στα $56.83 \pm 13,13$ κιλά. Ο μέσος όρος ηλικίας του 1ου δείγματος ήταν $13.8 \pm 1,95$ ετών, ενώ του 2ου $15.4 \pm 1,80$ ετών.

Οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής κατά μέσο όρο την εβδομάδα προπονούνται 14.7 ± 7.16 ώρες ενώ από το υπόλοιπο δείγμα γυμνάζεται το 53.33% με κατά μέσο όρο προπόνησης 3.92 ± 1.84 ώρες ανά εβδομάδα. Το ποσοστό των εφήβων που δεν ανήκουν στις αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής αλλά και δεν κάνουν κάποια άλλη αθλητική δραστηριότητα είναι 46,67%.

Πίνακας 6-2 Συμμετοχή σε πανελλήνιους αγώνες των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής

Συμμετέχετε σε πανελλήνιους αγώνες;	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ναι	42	93.3%
Όχι	3	6.7%

Στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 6-2) βλέπουμε ότι το 93.3% των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής έχει συμμετοχή σε πανελλήνιους αγώνες ενώ μόνο το 6,7% απέχει.

Δείκτης Μάζας Σώματος

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις του βάρους και του ύψους χρησιμοποιήθηκαν για να βρεθεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) του συνολικού δείγματος. Επειδή ο πληθυσμός του δείγματος είναι ανήλικος για την αξιολόγηση του ΔΜΣ χρησιμοποιήθηκαν οι καμπύλες CDC ΔΜΣ ανά ηλικία.

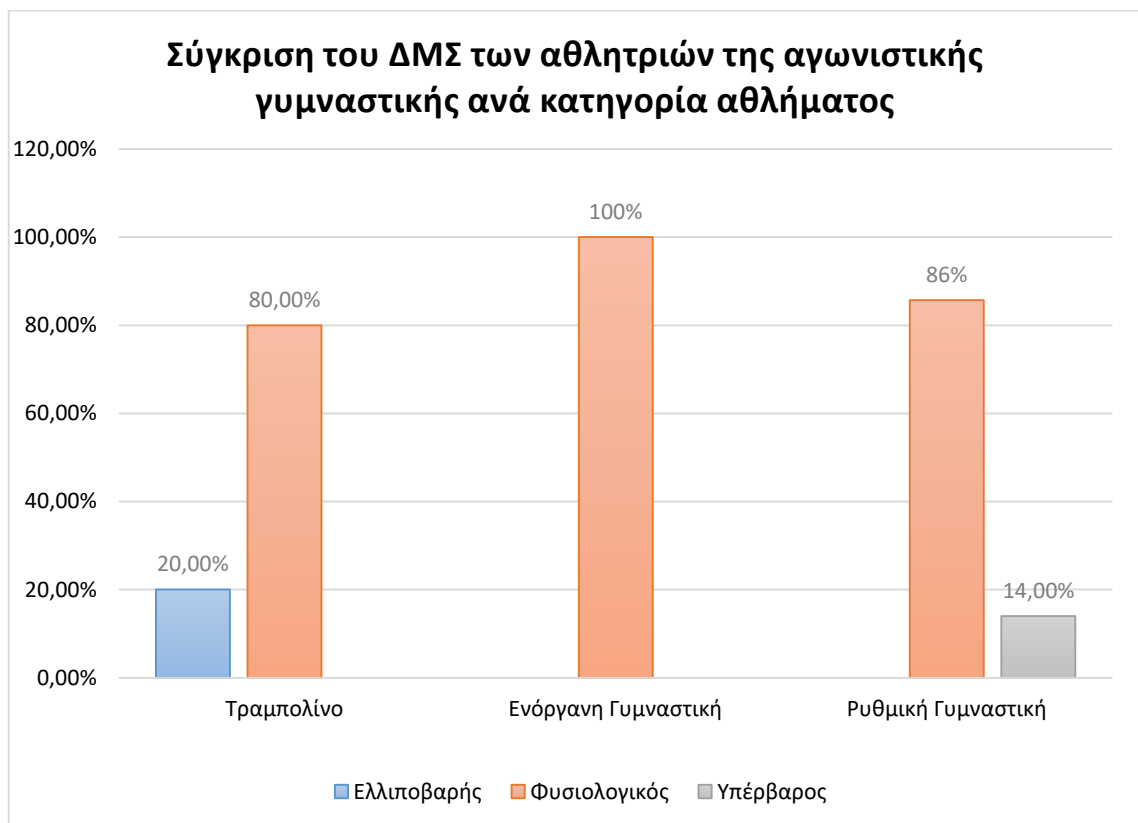
Πίνακας 6-3 Αξιολόγηση δείκτη μάζας σώματος των δύο δειγμάτων.

Δείκτης Μάζας Σώματος	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Συνολικό δείγμα	
	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ελλειποβαρής	3	6.7%	3	6.7%	6	6.6%
Φυσιολογικός	39	86.7%	32	71.1%	71	78.8%
Υπέρβαρος	3	6,7%	6	13.3%	9	10%
Παχύσαρκος	0	0%	4	8.95%	4	4.4%

Σύμφωνα με την αξιολόγηση του δείκτη μάζας σώματος από τις καμπύλες CDC παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (78.8%) του δείγματος είναι εντός των ορίων του φυσιολογικού βάρους. Στην ομάδα των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής ο ΔΜΣ κυμαίνεται κυρίως στο φυσιολογικό με ισάξια ποσοστά (6.7%) ως προς το ελλειποβαρή και το υπέρβαρο ΔΜΣ. Στο δείγμα με τις έφηβες κοπέλες που δεν αθλούνται

με την αγωνιστική γυμναστική παρατηρείται πως ένα μικρό ποσοστό (6.7%) εντάσσεται στο ελλειποβαρή ΔΜΣ ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (71.1%) ανήκει στα όρια του φυσιολογικού ΔΜΣ. Επίσης το 22.25% του δεύτερου δείγματος ανήκει σε βαθμίδες πάνω από το φυσιολογικό. Ειδικότερα εντός των ορίων του υπέρβαρου ανήκει το 13.3% του δεύτερου δείγματος ενώ εντός των ορίων του παχύσαρκου εντάσσεται το 8.95%. Τέλος η γενική εικόνα των δύο δειγμάτων είναι πως το δείγμα της αγωνιστικής γυμναστικής ανήκει κοντά στο φυσιολογικό ΔΜΣ με ελαφριές διακυμάνσεις γύρω από αυτό. Το δείγμα που δεν ανήκει στην αγωνιστική έχει ως κύριο ΔΜΣ το φυσιολογικό όμως ένα σημαντικό ποσοστό 22.25% είναι πάνω από τα όρια του φυσιολογικού με το 8.95% να εντάσσεται στα όρια του παχύσαρκου.

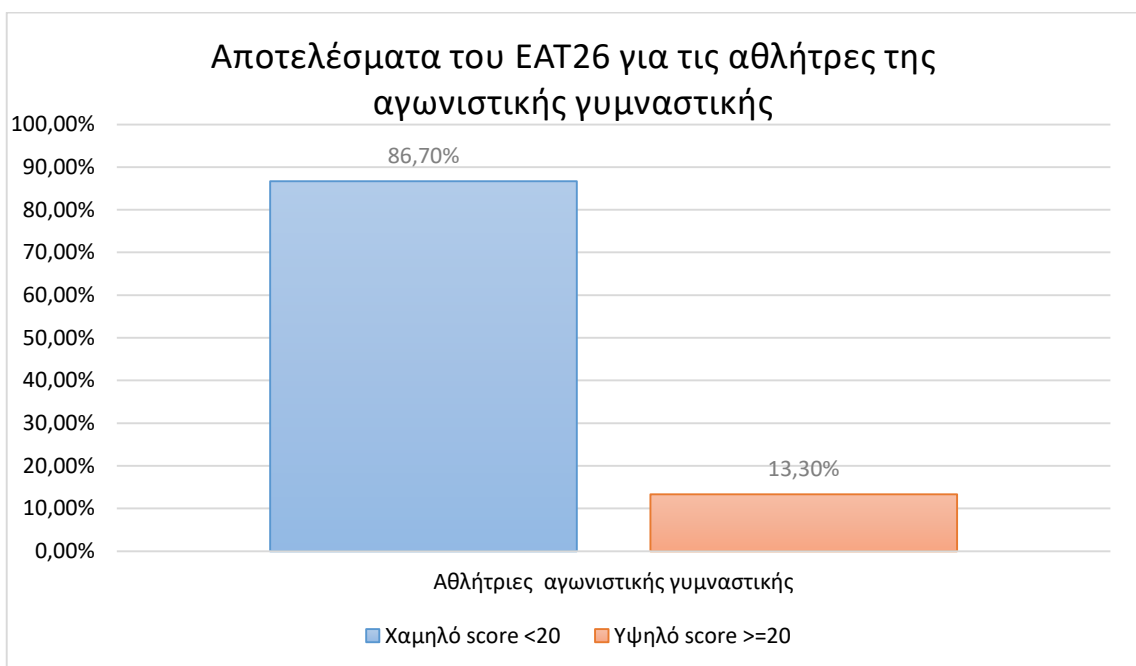
Στο Σχήμα 6-1 απεικονίζεται η σύγκριση του ΔΜΣ των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής κατηγορία αθλήματος.



Σχήμα 6-2 Σύγκριση του ΔΜΣ των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής κατηγορία αθλήματος

Εάν παρατηρηθεί μεμονωμένα το δείγμα της αγωνιστικής γυμναστικής ως προς το Δείκτη Μάζας Σώματος και τα αθλήματα που εμπεριέχονται σε αυτή παρατηρείται μία διαφορετική διακύμανση του ΔΜΣ. Όλες οι αθλήτριες της ενόργανης έχουν φυσιολογικό ΔΜΣ. Οι αθλήτριες του τραμπολίνο έχουν κατά 80% φυσιολογικό ΔΜΣ ενώ το 20% είναι ελλειποβαρής. Οι αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής ως προς το φυσιολογικό ΔΜΣ ήταν το 86% ενώ το 14% ήταν υπέρβαρες.

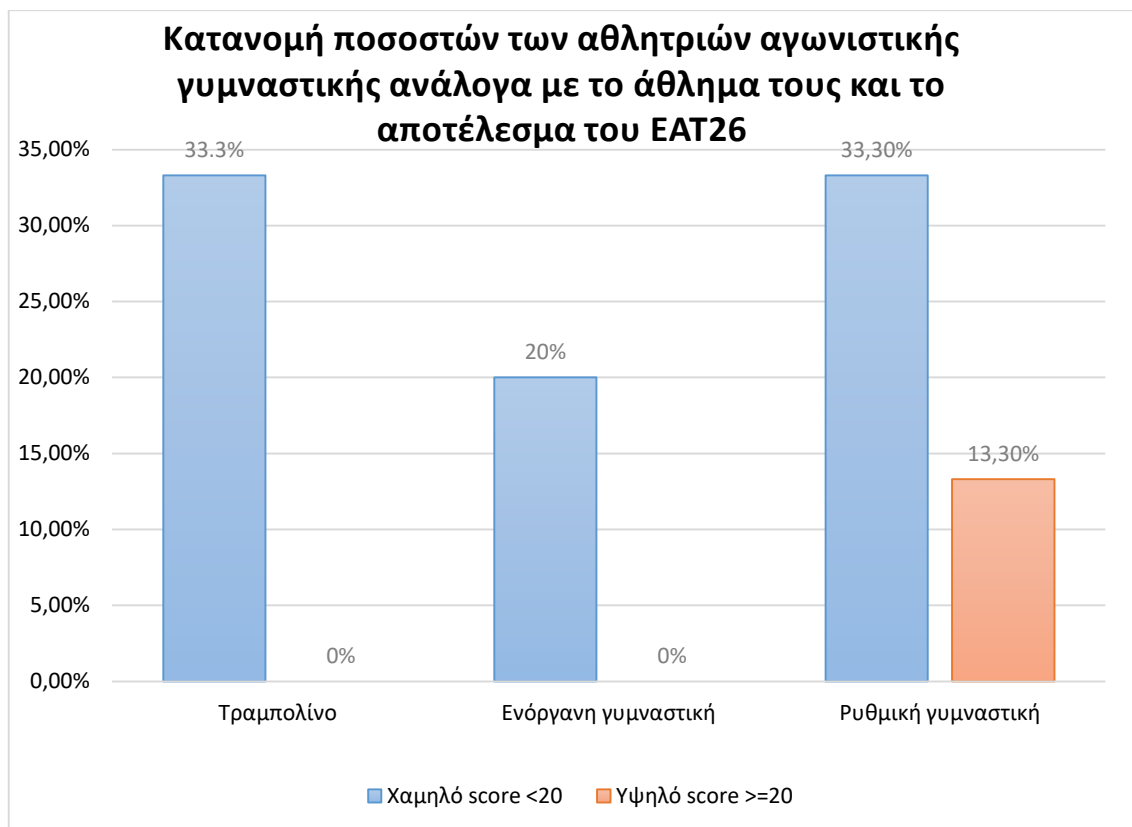
Στο Σχήμα 6-2 απεικονίζονται τα αποτελέσματα του EAT26 για τις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.



Σχήμα 6-2 Αποτελέσματα του EAT26 για τις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής

Στο παραπάνω διάγραμμα δείχνει την ποσοστιαία κατανομή του score EAT-26 των 45 ατόμων του δείγματος της αγωνιστικής γυμναστικής, τα 39 με ποσοστό 86,70% έχουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (score <20), ενώ τα 6 με ποσοστό 13.30% υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (score \geq 20).

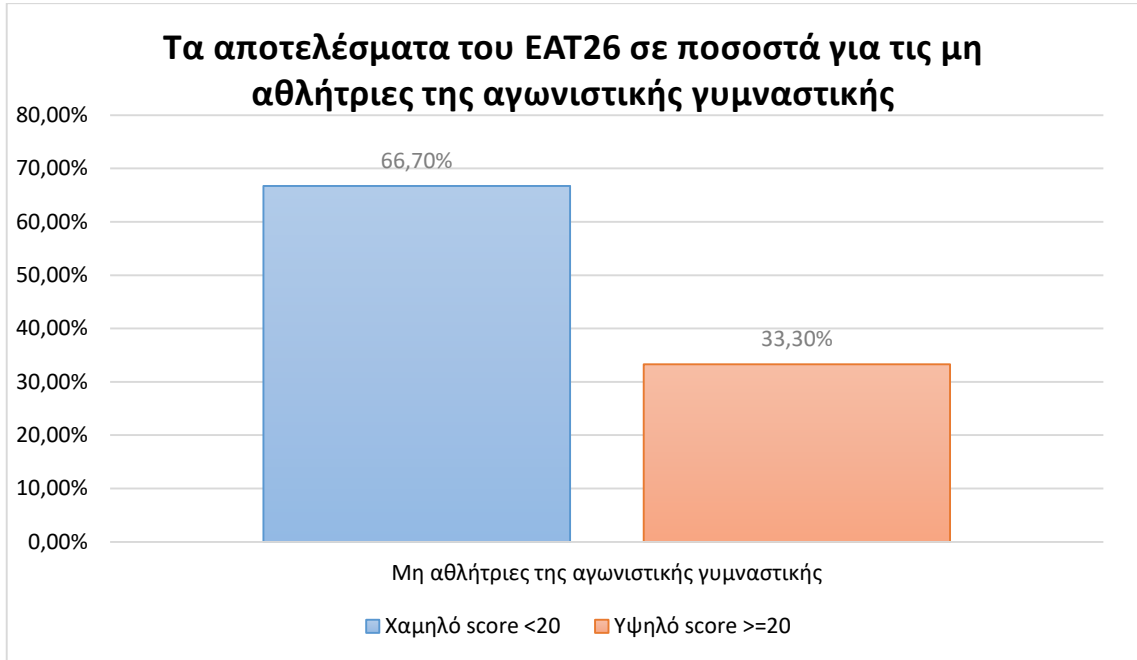
Στο Σχήμα 6-3 απεικονίζεται η κατανομή ποσοστών των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής ανάλογα με άθλημα τους και το αποτέλεσμα του EAT26.



Σχήμα 6-3 Κατανομή ποσοστών των αθλητριών αγωνιστικής γυμναστικής ανάλογα με άθλημα τους και το αποτέλεσμα του EAT26

Στο παραπάνω διάγραμμα δείχνει την ποσοστιαία κατανομή του score EAT-26 των 45 ατόμων του δείγματος της αγωνιστικής γυμναστικής ανάλογα με το άθλημα. Παρατηρείται ότι καμία αθλήτρια από το τραμπολίνο και την ενόργανη δεν παρουσίασε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (score ≥ 20). Στο άθλημα της ρυθμικής γυμναστικής όμως παρατηρείται ότι 15 κοπέλες είχαν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (score <20), ενώ οι υπόλοιπες 6 είχαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (score ≥ 20).

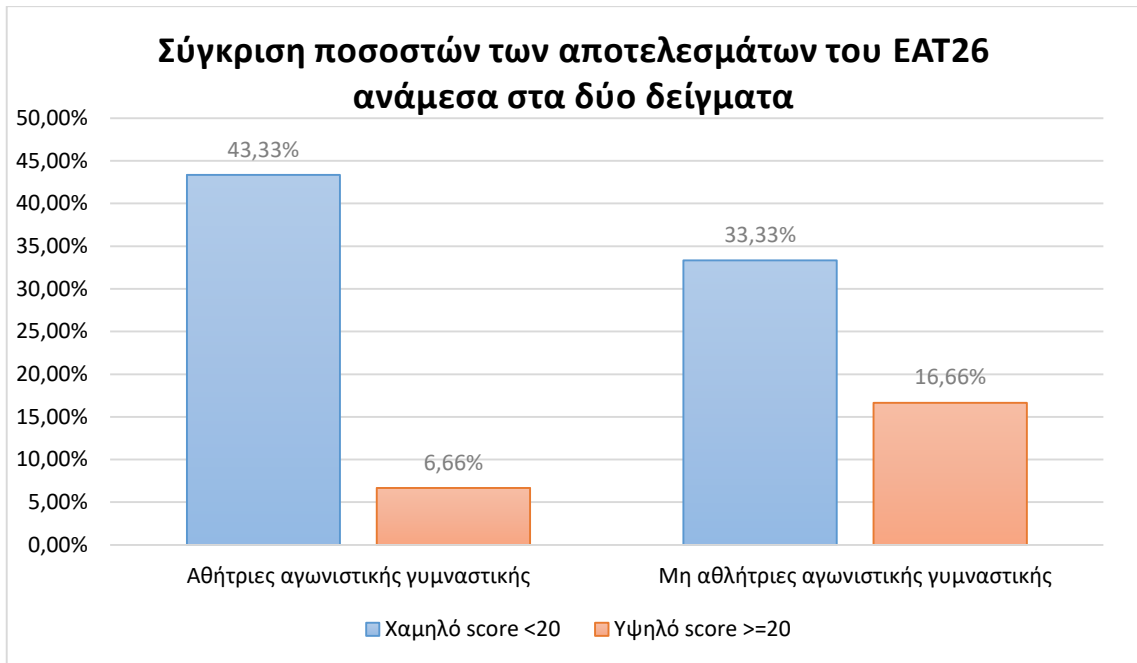
Στο Σχήμα 6-4 απεικονίζονται τα αποτελέσματα του EAT26 σε ποσοστά για τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.



Σχήμα 6-4 Τα αποτελέσματα του EAT26 σε ποσοστά για τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής

Στο παραπάνω διάγραμμα δείχνει την ποσοστιαία κατανομή του score EAT-26 των 45 ατόμων του δείγματος που δεν αθλούνται με την αγωνιστική γυμναστική. Οι 30 έφηβες κοπέλες με ποσοστό 66.70% έχουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (σκορ <20), ενώ οι 15 με ποσοστό 33.30% έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (σκορ ≥ 20).

Στο Σχήμα 6-5 απεικονίζεται η σύγκριση ποσοστών των αποτελεσμάτων του EAT26 ανάμεσα στα δύο δείγματα.



Σχήμα 6-5 Σύγκριση ποσοστών των αποτελεσμάτων του EAT26 ανάμεσα στα δύο δείγματα

Στο παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζεται η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο δειγμάτων. Παρατηρείται πως οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής παρουσιάζουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (score <20) κατά 43.33% όλου του δείγματος των 90 κοριτσιών. Στη συνέχεια ακολουθεί το ποσοστό 33.33% των μη αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής που παρουσιάζουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (score <20). Το 16.66% των έφηβων που δεν αθλούνται συστηματικά με την αγωνιστική γυμναστική παρουσίασαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (score ≥ 20) ενώ οι αθλήτριες της αγωνιστικής παρουσίασαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (score ≥ 20) κατά 6.66%.

Πίνακας 6-4 Μέσος όρος και τυπική απόκλιση EAT-26

	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής	Μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής	Συνολικό δείγμα
Μέσος όρος	11,38	16,87	14,12
Τυπική απόκλιση	±9,81	±10,58	±10,51
Χαμηλότερη τιμή	2	5	2
Υψηλότερη τιμή	41	45	45

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται πως ο μέσος όρος του EAT26 για το συνολικό δείγμα είναι 14,12 με τυπική απόκλιση $\pm 10,51$ με μέγιστη τιμή το 45 και ελάχιστη το 2. Η ομάδα των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε score με μέσο όρο για το EAT26 11,38 με τυπική απόκλιση 9,81 με μέγιστη τιμή το 41 και ελάχιστη το 2. Οι έφηβες κοπέλες που δεν ασχολούνται με την αγωνιστική γυμναστική ως μέσο όρο του score του EAT26 είναι 16,87 με τυπική απόκλιση 10,58. Η μέγιστη τιμή του δείγμα τους είναι η 45 και η ελάχιστη το 5.

Πίνακας 6-5 Αποτελέσματα Μ.Ο του EAT-26 για τα δείγματα σε σχέση με το ΔΜΣ.

	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Συνολικό δείγμα	
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Δείκτης Μάζας Σώματος						
Ελλειποβαρής	8	±0	21,66	±9,81	14,83	±9,72
Φυσιολογικός	10,58	±9,75	16,5	±11,71	13,33	±10,94
Υπέρβαρος	25	±0	13,66	±7,25	17,44	±8,06
Παχύσαρκος	0	±0	21	±1,41	21	±1,41

Στο παραπάνω πίνακα συνυπολογίζεται ο Δείκτη Μάζας Σώματος με το score του EAT26 σε κάθε ομάδα του δείγματος. Το χαμηλότερο score παρουσιάζεται στις ελλειποβαρείς αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής ενώ το μεγαλύτερο παρουσιάζεται στις υπέρβαρες αθλήτριες της αγωνιστικής.

Πίνακας 6-6 Ο Μ.Ο. του συνολικού σκορ του EAT26 και οι υποκατηγορίες του στα δύο δείγματα.

	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Συνολικό δείγμα	
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
EAT26 (ολική βαθμολογία)	11,38	±9,81	16,87	±10,58	14,12	±10,51
Ενασχόληση με την δίαιτα	6,40	±7,53	7,49	±7,35	5,31	±7,82
Τάση προς βουλιμία	2,86	±2,1	3,18	±2,33	2,53	±1,78
Έλεγχος κατανάλωσης τροφής	4,87	±4,1	6,20	±4,62	3,53	±2,90

Το EAT26 αποτελείται από τρεις υποκατηγορίες οι οποίες προσδιορίζουν ως προς τα πού τείνει η διαταραγμένη συμπεριφορά του ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Στον πίνακα παρατηρείται πως και οι δύο ομάδες του δείγματος παρουσιάζουν μεγαλύτερο score στην ενασχόληση με την δίαιτα και μικρότερο στην τάση για βουλιμία.

Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό score του EAT26 ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής και στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df= 88$, $p= 0.012$.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο score της υποκατηγορίας του EAT26 «Έλεγχος κατανάλωσης τροφής» ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής

και στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df= 73.150$, $p= 0.001$.

Πίνακας 6-7 Ο Μ.Ο. του συνολικού σκορ του EAT26 και οι υποκατηγορίες του στις έφηβες κοπέλες ανάλογα με το άθλημα που κάνουν.

	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής					
	Τραμπολίνο		Ενόργανη γυμναστική		Ρυθμική γυμναστική	
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
EAT26 (ολική βαθμολογία)	10,2	±4,74	6,6	±2,99	14,66	±12,99
Ενασχόληση με την διαίτα	5,37	±10,07	3,1	±1,44	10,12	±10,78
Τάση προς βουλιμία	3	±1,46	1,66	±0,5	2,42	±2,11
Έλεγχος κατανάλωσης τροφής	4	±2,69	1	±1,5	4,60	±3,04

Εξετάστηκαν οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής ανάλογα με το άθλημα που κάνουν (ενόργανη, ρυθμική, τραμπολίνο) και τις υποκατηγορίες του EAT26. Το score που συμπληρώθηκε από τις αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής στις περισσότερες υποκατηγορίες είναι το μεγαλύτερο. Εξάιρεση αποτελεί η υποκατηγορία της τάσης προς βουλιμία. Οι αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής παρουσίασαν σε όλες τις υποκατηγορίες την χαμηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 6-8 Μέσοι όροι των υποκατηγοριών του EDI των δύο ομάδων του δείγματος

Υποκατηγορίες του EDI	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής		Μη αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής	
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Παρόρμηση για λεπτότητα	4,73	±5,63	6,20	±6,5
Βουλιμία	0,67	±1,98	3,07	±3,83
Δυσαρέσκεια για το σώμα	6,51	±8,44	9,58	±8,03
Αναποτελεσματικότητα	5,09	±5,80	10,58	±7,55
Τελειομανία	3,33	±2,52	6,53	±4,03
Διαπροσωπική Δυσπιστία	5,36	±5,90	5,53	±4,71
Ενδοδεκτική Αντίληψη	5,60	±6,31	11,9	±5,77
Φόβοι Ενηλικίωσης	7,84	±3,48	7,36	±5,75

Η ομάδα των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής παρουσιάζει ως μεγαλύτερη τιμή το 7,84 στην κατηγορία για τους φόβους της ενηλικίωσης ενώ ως μικρότερη τιμή είναι η 0.67 στην κατηγορία για την Βουλιμία. Στην ίδια υποκατηγορία παρουσιάζει και η δεύτερη ομάδα την χαμηλότερη τιμή της η οποία είναι 3,07 ενώ ως υψηλότερη τιμή είναι η 11,9 στην ενδοδεκτική αντίληψη.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο score της υποκατηγορίας του EDI «Βουλιμία» ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής και στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df= 65.856$, $p= 0.000$.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο score της υποκατηγορίας του EDI «Αναποτελεσματικότητα» ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής και στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df= 88$, $p= 0.000$.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο score της υποκατηγορίας του EDI «Τελειομανία» ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής και στις μη

αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df= 79.935$, $p= 0.000$.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο score της υποκατηγορίας του EDI «Ενδοδεκτική Αντίληψη» ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής και στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Η ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df= 88$, $p= 0.000$.

Πίνακας 6-9 Μέσοι όροι των υποκατηγοριών του EDI για τα διαφορετικά αθλήματα της αγωνιστικής γυμναστικής.

Υποκατηγορίες του EDI	Αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής					
	Τραμπολίνο		Ενόργανη γυμναστική		Ρυθμική γυμναστική	
	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
Παρόρμηση για λεπτότητα	3,2	±4,82	5,33	±1,8	5,57	±7,03
Βουλιμία	1,2	±3,16	0	±0	0,57	±1,07
Δυσαρέσκεια για το σώμα	4,25	±7,75	4,66	±3,60	10	±10,43
Αναποτελεσματικότητα	2,73	±2,93	1,33	±1,32	8,38	±6,74
Τελειομανία	2,8	±1,69	2	±2,12	4,28	±2,86
Διαπροσωπική Δυσπιστία	3,06	±2,86	3,8	±1,93	7,85	±7,59
Ενδοδεκτική Αντίληψη	4,2	±3,72	4	±1,73	7,28	±8,42
Φόβοι Ενηλικίωσης	8,12	±4,22	6,2	±3,42	9,04	±3,93

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται οι υποκατηγορίες του EDI ανάλογα με τα αθλήματα της αγωνιστικής γυμναστικής. Τον χαμηλότερο βαθμό παρουσίασαν και τα τρία αθλήματα στην κατηγορία της βουλιμίας. Τα αθλήματα παρουσίασαν παρόμοια

αποτελέσματα ως προς την υψηλότερη βαθμολογία. Η κατηγορία που συγκέντρωσε τη μεγαλύτερη βαθμολογία είναι οι φόβοι ως προς την ενηλικίωση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ PEARSON-SPEARMAN

Επεξήγηση συμβόλων των πινάκων που ακολουθούν

Συνολικό → Αφορά το δείγμα των 90 ατόμων

** → $p < 0.01$

* → $p < 0.05$

Δ_1 → Έφηβες αθλήτριες αγωνιστικής γυμναστικής (45 άτομα)

Δ_2 → Έφηβες που δεν ασχολούνται με την αγωνιστική γυμναστική (45 άτομα)

→ Με λευκό είναι τα κουτιά όπου έγιναν συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων

→ Με γκρι είναι τα κουτιά όπου δεν έγιναν συσχετίσεις

Έγινε συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό score του EAT26 και της αξιολόγησης του Δείκτη μάζας σώματος του ολικού δείγματος. Βρέθηκε ότι υπήρχε χαμηλή συσχέτιση ανάμεσα τους με συντελεστή $r = 0,537$ και επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,000$. Αυτό σημαίνει πως οι αθλήτριες με χαμηλό ΔΜΣ σημείωσαν χαμηλές βαθμολογίες στο EAT26 ενώ όσο αυξανόταν το score αυξανόταν και Δείκτης Μάζας Σώματος.

Πίνακας 6-10 Συσχετίσεις ανάμεσα στο EAT26, τις υποκατηγορίες του και το Δείκτη Μάζας Σώματος των δύο δειγμάτων.

	Ηλικία	$\Delta\text{ΜΣ}_{\Delta_1}$	$\Delta\text{ΜΣ}_{\text{ΕΓ}}$	$\Delta\text{ΜΣ}_{\text{ΡΓ}}$	$\Delta\text{ΜΣ}_{\text{ΑΤ}}$	$\Delta\text{ΜΣ}_{\Delta_2}$	Ενασχόληση με την διαίτα Δ_2	Τάση προς βουλιμία Δ_2	Έλεγχος κατανάλωσης τροφής Δ_2
EAT26 συνολικό Δ_1	0,161	0,255	-	0,408	0,322				

EAT26 συνολικόΔ2						0,008	0,829** P=0,001	0,477** P=0.002	0,501** P=0,001
Ενασχόληση με την διαίτα Δ1	-0,002	0,143	-	0,412	- 0,363				
Τάση προς βουλιμία Δ1	0,497** P=0,001	0,000	-	0,000	0,412				
Έλεγχος κατανάλωσης τροφής Δ1	0,021	0,000	-	- 0,312	0,354				

Στο δείγμα με τις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής υπάρχει χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκατηγορίας του EAT26 «Τάση προς βουλιμία» με συντελεστή $r = 0,497$ και επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,0001$.

Στο δείγμα με τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής παρατηρήθηκε θετική υψηλή συσχέτιση μεταξύ του συνολικού score του EAT26 για το δείγμα των εφήβων της μη αθλητικής αγωνιστικής γυμναστικής και της υποκατηγορίας του EAT26 «Ενασχόληση με τη διαίτα» με συντελεστή $r = 0,829$ και επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,001$.

Με το συνολικό score του EAT26 για το δείγμα των εφήβων της μη αγωνιστικής αθλητικής γυμναστικής έγινε συσχέτιση και με τις υπόλοιπες υποκατηγορίες του EAT26. Με την υποκατηγορία «Τάση προς βουλιμία» βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση με συντελεστή $r = 0,477$ και επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,0002$ ενώ με την υποκατηγορία «Έλεγχος κατανάλωσης τροφής» βρέθηκε μέτρια συσχέτιση με συντελεστή $r = 0,501$ και επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,0001$.

Πίνακας 6-11 Συσχετίσεις ανάμεσα στο Δείκτη Μάζας Σώματος και τις υποκατηγορίες του EDI για τις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.

	ΔΜΣ _{Δ1}	Παρόρμηση για λεπτότητα	Βουλιμία	Δυσaréσκεια για το σώμα	Αναποτελεσματικ ότητα	Τελειομανία	Διαπροσωπική Δυσπιστία	Ενδοδεκτική Αντίληψη
Παρόρμηση για λεπτότητα	0,459** 0,002							
Βουλιμία	0,474** 0,001	0,295* 0,049						
Δυσaréσκεια για το σώμα	0,472** 0,001	0,791** 0,000	0,372* 0,010					
Αναποτελεσματ ικότητα	0,354* 0,017	0,497** 0,001	0,460** 0,001	0,580** 0,000				
Τελειομανία	0,370* 0,012	-0,124	0,356* 0,017	-0,061	0,091			
Διαπροσωπική Δυσπιστία	0,405** 0,006	0,629** 0,000	0,335* 0,025	0,847** 0,000	0,662** 0,000	-0,145		
Ενδοδεκτική Αντίληψη	0,426** 0,004	0,489** 0,001	0,501** 0,000	0,507** 0,000	0,725** 0,000	0,235	0,578** 0,000	
Φόβοι Ενηλικίωσης	0,321* 0,031	0,076	0,086	0,109	0,246	0,645** 0,00	-0,086	0,232

Έγινε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής και των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου EDI. Με τις υποκατηγορίες «Αναποτελεσματικότητα», «Τελειομανία» και «Φόβοι Ενηλικίωσης» βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση ενώ με τις υποκατηγορίες «Παρόρμηση για λεπτότητα», «Βουλιμία», «Δυσaréσκεια για το σώμα», «Διαπροσωπική Δυσπιστία», «Ενδοδεκτική Αντίληψη» βρέθηκε μέτρια συσχέτιση.

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Παρόρμηση για λεπτότητα» με τις υπόλοιπες υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Δυσαρέσκεια για το σώμα», με την υποκατηγορία «Διαπροσωπική Δυσπιστία» βρέθηκε μέτρια συσχέτιση ενώ με τις υποκατηγορίες «Αναποτελεσματικότητα», «Ενδοδεκτική Αντίληψη» βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση.

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Βουλιμία» » με τις υπόλοιπες υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI βρέθηκε μέτρια συσχέτιση την κατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη» ενώ χαμηλή με τις υποκατηγορίες «Δυσαρέσκεια για το σώμα», «Αναποτελεσματικότητα», «Τελειομανία», «Διαπροσωπική Δυσπιστία».

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Δυσαρέσκεια για το σώμα» με τις υπόλοιπες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI και βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με τις υποκατηγορίες «Διαπροσωπική Δυσπιστία», «Αναποτελεσματικότητα» και «Ενδοδεκτική Αντίληψη».

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Αναποτελεσματικότητα» με τις υπόλοιπες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI και βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη» ενώ βρέθηκε μέτρια συσχέτιση με την υποκατηγορία «Διαπροσωπική Δυσπιστία».

Η υποκατηγορία του ερωτηματολογίου EDI «Τελειομανία» βρέθηκε με μέτρια συσχέτιση με την υποκατηγορία «Φόβοι Ενηλικίωσης».

Η υποκατηγορία του ερωτηματολογίου EDI «Διαπροσωπική Δυσπιστία» » βρέθηκε με μέτρια συσχέτιση με την υποκατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη».

Πίνακας 6-12 Συσχετίσεις ανάμεσα στο Δείκτη Μάζας Σώματος και τις υποκατηγορίες του EDI για τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής.

	ΔΜΣ _{Δ2}	Παρόρμηση για λεπτότητα	Βουλιμία	Δυσaréσκεια για το σώμα	Αναποτελεσματικ ότητα	Τελειοθηρία	Διαπροσωπική Δυσπιστία	Ενδοδεκτική Αντίληψη
Παρόρμηση για λεπτότητα	0,245							
Βουλιμία	0,472** 0,001	0,446** 0,002						
Δυσaréσκεια για το σώμα	0,423** 0,004	0,609** 0,000	0,770** 0,000					
Αναποτελεσματ ικότητα	0,188	0,499** 0,000	0,568** 0,000	0,815** 0,000				
Τελειομανία	-0,110	0,562** 0,000	0,001	0,198	0,366* 0,013			
Διαπροσωπική Δυσπιστία	0,128	0,382** 0,010	0,537** 0,000	0,639** 0,000	0,862** 0,000	0,206		
Ενδοδεκτική Αντίληψη	0,046	0,098	0,299* 0,046	0,294	0,492** 0,001	0,403** 0,006	0,578** 0,000	
Φόβοι Ενηλικίωσης	0,007	0,117	0,284	0,381** 0,010	0,482** 0,001	0,141	0,228	0,443** 0,002

Έγινε συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος των εφήβων που δεν ασχολούνται με την αγωνιστική γυμναστική και των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου EDI όπου βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση με τις υποκατηγορίες «Βουλιμία» και «Δυσaréσκεια για το σώμα».

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Παρόρμηση για λεπτότητα» με τις υπόλοιπες υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI βρέθηκε μέτρια συσχέτιση με την υποκατηγορία «Δυσaréσκεια για το σώμα», «τελειομανία» ενώ με τις υποκατηγορίες

«Βουλιμία», «Αναποτελεσματικότητα», «Διαπροσωπική Δυσπιστία» βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση.

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Βουλιμία» με τις υπόλοιπες υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI βρέθηκε υψηλή συσχέτιση την κατηγορία «Δυσαρέσκεια για το σώμα». Με τις υποκατηγορίες «Αναποτελεσματικότητα», «Διαπροσωπική Δυσπιστία» βρέθηκε μέτρια συσχέτιση ενώ χαμηλή βρέθηκε με την υποκατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη».

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Δυσαρέσκεια για το σώμα» με τις υπόλοιπες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI και βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Αναποτελεσματικότητα». Με την υποκατηγορία «Διαπροσωπική Δυσπιστία» βρέθηκε μέτρια συσχέτιση ενώ με την υποκατηγορία «Φόβοι ενηλικίωσης» βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση.

Στην σύγκριση της υποκατηγορίας «Αναποτελεσματικότητα» με τις υπόλοιπες κατηγορίες του ερωτηματολογίου EDI και βρέθηκε υψηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Διαπροσωπική Δυσπιστία» ενώ βρέθηκε χαμηλή συσχέτιση με τις υποκατηγορίες «τελειομανία», «Ενδοδεκτική Αντίληψη», «Φόβοι ενηλικίωσης».

Η υποκατηγορία του ερωτηματολογίου EDI «Τελειομανία» βρέθηκε με χαμηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη».

Η υποκατηγορία του ερωτηματολογίου EDI «Διαπροσωπική Δυσπιστία» βρέθηκε με χαμηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη».

Η υποκατηγορία του ερωτηματολογίου EDI «Φόβοι ενηλικίωσης» βρέθηκε με χαμηλή συσχέτιση με την υποκατηγορία «Ενδοδεκτική Αντίληψη».

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η διατροφική συμπεριφορά των εφήβων (11-18 ετών) θηλυκών αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής (τραμπολίνο, ενόργανη και ρυθμική γυμναστική) στην Πάτρα. Για την σύγκριση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση και μια ομάδα ελέγχου από έφηβες κοπέλες που δεν αθλούνται με την αγωνιστική γυμναστική. Οι περισσότερες έρευνες που θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια έχουν ως δείγμα είτε το σύνολο της αγωνιστικής γυμναστικής είτε αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής. Ο αριθμός των ερευνών που περιείχαν αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής ήταν λιγοστές ενώ δεν βρέθηκε έρευνα με τις αθλήτριες του αγωνιστικού τραμπολίνου.

Οι πρώτες παράμετροι που εξετάστηκαν είναι το βάρος και το ύψος του δείγματος και κατά επέκταση ο Δείκτης μάζας σώματος. Βρέθηκε ότι οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής είχαν κατά μέσο όρο μικρότερο σωματικό βάρος από τις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής. Συγκεκριμένα το 6,7% των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής είχε χαμηλότερο ή υψηλότερο από το φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν πως οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής είχαν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με την ομάδα ελέγχου όπου το 71,1% είχαν φυσιολογικό βάρος ενώ το 22,25% παρουσίασε ΔΜΣ πάνω από το φυσιολογικό. Μάλιστα μέσα σε αυτό το ποσοστό το 8,95% ήταν παχύσαρκοι.

Τα ευρήματα της έρευνας έχουν κοινά αποτελέσματα με έρευνα που έγινε στην Βραζιλία σε δείγμα που αποτελούταν από 413 εφήβους: 40 αθλητές ελίτ (37 κορίτσια - 92,5%), 245 μη ελίτ αθλητές (207 κορίτσια - 84,49%) και 128 μη αθλητές (60 κορίτσια - 46,88%). Η ομάδα ελέγχου στην έρευνα της Βραζιλίας ως μέσω ΔΜΣ είχε 21,07 kg/m². Είναι ο μεγαλύτερος ΔΜΣ όλου του δείγματος αφού οι μη ελίτ αθλητές είχαν ΔΜΣ 19,34 kg/m² ενώ οι ελίτ είχαν 18,15 kg/m² (Neves *et al.*, 2016).

Εν γίνει ανασκόπηση στο ΔΜΣ των αθλητριών, θα φανεί μια διαφορά ως προς τις κατηγορίες του και τα αθλήματα της αγωνιστικής γυμναστικής. Όλες οι αθλήτριες της ενόργανης έχουν φυσιολογικό ΔΜΣ, οι αθλήτριες του τραμπολίνου έχουν κατά 80% φυσιολογικό ΔΜΣ ενώ το 20% είναι ελλειποβαρείς. Στη ρυθμική γυμναστική το 86% είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ ενώ το 14% ήταν υπέρβαρο. Η παρουσία του υπέρβαρου στις

αθλήτριες ρυθμικής έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα που ακολουθεί, όπου οι αντίστοιχες αθλήτριες είχαν χαμηλότερο βάρος από το φυσιολογικό. Πιο συγκεκριμένα στην Πολιτεία της Παρανάς έγινε μελέτη σε έφηβες κοπέλες (10-18ετών), με δείγμα από 48 αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής και 48 έφηβες που δεν αθλούνταν. Στην ανάλυση βρέθηκε ότι η ομάδα ελέγχου είχε υψηλότερο σωματικό βάρος σε όλες τις ηλικίες. Αυτά τα αποτελέσματα σε απόλυτες τιμές είναι 10,8 κιλά σε ηλικία 10-12 ετών, 8,4 κιλά σε ηλικία 13-14 ετών και 10,4 κιλά σε ηλικία άνω των 15 ετών (Vieira *et al.*, 2009).

Για την αξιολόγηση συμπεριφορών και τον διαχωρισμό ατόμων που έχουν αυξημένη τάση για εμφάνιση διαταραχών στη λήψη τροφής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT26. Οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής κατά 86,70% παρουσίασαν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (σκορ <20) ενώ μόνο το 13,30% είχε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (σκορ ≥ 20). Αν παρατηρηθεί το score του EAT26 ξεχωριστά για τα αθλήματα της αγωνιστικής, θα φανεί διαφορά ως προς την τάση των αθλητριών για διατροφικές διαταραχές. Συγκεκριμένα καμία αθλήτρια του τραμπολίνου και της ενόργανη δεν παρουσίασε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (σκορ ≥ 20). Στο άθλημα της ρυθμικής γυμναστικής όμως παρατηρείται ότι 15 κοπέλες (86,7%) είχαν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (σκορ <20), ενώ οι υπόλοιπες 6 (13,3%) είχαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (σκορ ≥ 20). Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και σε έρευνα που έγινε σε 27 αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής, με μέση ηλικία 15.2 ± 2.6 έτη, με μέσο βάρος τα 49.2 ± 8.8 κιλά και μέσο ύψος 158.0 ± 8.8 εκατοστά. Το ποσοστό των αθλητριών που παρουσίασε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (σκορ ≥ 20) ήταν 14,8% ενώ το ποσοστό που είχε χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (σκορ <20) ήταν 85,2% (Boone *et al.*, 2017). Από τις κοπέλες που δεν αθλούνται με την αγωνιστική γυμναστική το 66.70% είχαν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (σκορ <20), ενώ το 33.30% είχαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής (σκορ ≥ 20). Αν συγκρίνουμε το ποσοστό εφήβων που ασχολούνται με την αγωνιστική και είχαν υψηλό score στο ερωτηματολόγιο του EAT26 είναι μικρότερο από της κοπέλες που δεν αθλούνται με αυτού του είδους τη γυμναστική. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό score του EAT26 ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής και στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής, όπου η τελευταία παρουσίασε μεγαλύτερο score με τιμές $df=$

88, $p= 0.012$. Στην έρευνα που έγινε στην Βραζιλία ανάμεσα σε ομάδα ελέγχου, ελίτ και μη ελίτ αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής βρέθηκε ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ της βαθμολογίας του EAT26 στις ομάδες μελέτης. Αρχικά θεωρήθηκε ότι οι αθλητές, επειδή εκτίθενται σε εξωτερική κοινωνική πίεση του ιδανικού λεπτού σώματος και επίσης από την πίεση από το ανταγωνιστικό περιβάλλον, θα μπορούσαν να έχουν πιο αρνητικά συναισθήματα σχετικά με το σώμα. Ωστόσο, αυτή η υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε, δηλαδή, και οι τρεις ομάδες παρουσίασαν παρόμοια βαθμολογία (Neves *et al.*, 2016). Παρατηρείται μία αύξηση του score του EAT26 σε σχέση με τις κατηγορίες του ΔΜΣ του δείγματος, όταν αυτές είναι εκτός του φυσιολογικού. Από αυτό βγαίνει το συμπέρασμα ότι τα άτομα που έχουν είτε μειωμένο είτε αυξημένο βάρος για το ύψος και την ηλικία τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιου είδους διατροφική διαταραχή.

Το EAT26 αποτελείται από τρεις υποκατηγορίες οι οποίες προσδιορίζουν προς τα που τείνει η διαταραγμένη συμπεριφορά του ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Στο δείγμα οι δύο ομάδες παρουσιάζουν μεγαλύτερο score στην ενασχόληση με την διαίτα και μικρότερο στην τάση για βουλιμία. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο score της υποκατηγορίας του EAT26 «Ελεγχος κατανάλωσης τροφής» με την ομάδα της μη αγωνιστικής γυμναστικής να παρουσιάζει μεγαλύτερο score με τιμές $df= 73.150$, $p= 0.001$. Ανάμεσα στα αθλήματα της αγωνιστικής γυμναστικής οι αθλήτριες της ρυθμικής είχαν την μεγαλύτερη βαθμολογία και μάλιστα αυτή ήταν στην υποκατηγορία «Ενασχόληση με την διαίτα». Στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής βρέθηκε θετική υψηλή συσχέτιση μεταξύ του συνολικού score του και της υποκατηγορίας του EAT26 «Ενασχόληση με τη διαίτα» με συντελεστή $r= 0,829$ και επίπεδο σημαντικότητας $p= 0,001$.

Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε η ομάδα των αθλητριών της αγωνιστικής γυμναστικής παρουσίασε ως μεγαλύτερη τιμή το 7,84 στην κατηγορία για τους φόβους της ενηλικίωσης και στη συνέχεια στην κατηγορία δυσαρέσκεια με το σώμα με τιμή 6,51. Οι μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν στην κατηγορία ενδοδεκτική αντίληψη με 11,9 ενώ ακολουθεί η κατηγορία αναποτελεσματικότητα με τιμή 10,58. Στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής ανάμεσα στις κατηγορίες παρόρμηση για λεπτότητα και δυσαρέσκεια για το σώμα

βρέθηκε υψηλή συσχέτιση. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και στις κατηγορίες αναποτελεσματικότητα και ενδοδεκτική αντίληψη.

Αυτή η έρευνα σε σχέση με μια έρευνα που έγινε σε 50 κοπέλες της αγωνιστικής γυμναστικής είχε ομοιότητες και διαφορές. Πιο συγκεκριμένα το δείγμα ήταν 17 αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής, 17 αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής και 16 αθλήτριες της ακροβατικής. Βλέποντας τα αθλήματα μεμονωμένα και συγκρίνοντας τα μεταξύ τους στην κατηγορία παρόρμηση για λεπτότητα οι αθλήτριες της ρυθμικής σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία (MO = 6,65, TA = 5,85) σε σχέση με τα άλλα δύο αθλήματα, ακροβατική γυμναστική (MO = 1,56, TA = 3,16) και η ενόργανη γυμναστική (MO = 1,24, TA = 1,75), όπου δεν διέφεραν μεταξύ τους ιδιαίτερα οι βαθμολογίες. Στην παρούσα έρευνα σε σχέση με την παραπάνω έρευνα ως κοινά έχουν ότι την υψηλότερη βαθμολογία είχαν οι αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής (MO = 5,57, TA = 7,03) και την χαμηλότερη οι αθλήτριες του αγωνιστικού τραμπολίνου (MO = 3,2, TA = 4,82). Η διαφορά βρίσκεται στην ενόργανη γυμναστική. Στην έρευνα που έκανα οι αθλήτριες παρουσίασαν βαθμολογία (MO = 5,38, TA = 1,8) πολύ κοντινή με της ρυθμικής γυμναστικής (Nordin, Harris and Cumming, 2003).

Στις μη αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής βρέθηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις κατηγορίες: αναποτελεσματικότητα - δυσαρέσκεια για το σώμα, βουλιμία - δυσαρέσκεια για το σώμα και διαπροσωπική δυσπιστία – αναποτελεσματικότητα.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και μετά από την σύγκριση της με άλλες μελέτες διαπιστώνεται πως η αγωνιστική γυμναστική δεν αποτελεί ιδιαίτερο παράγοντα για την δημιουργία διατροφικών διαταραχών. Όμως η ρυθμική γυμναστική ή το βάρος μπορεί να αποτελέσει κύριο λόγο στην τάση εμφάνισης διατροφικής διαταραχής.

Συμπεράσματα

Η αγωνιστική γυμναστική είναι μια κατηγορία αθλημάτων όπου τα άτομα που ασχολούνται με αυτήν ξεκινούν από πολύ μικρή ηλικία και μαθαίνουν ότι πρέπει να έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά για να επιτύχουν σε αυτή. Σε αυτά τα χαρακτηριστικά ανήκει το αδύνατο σώμα. Οι πιέσεις που δέχονται οι αθλήτριες σε συνδυασμό με το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας είναι δυνατόν να οδηγήσουν τις αθλήτριες στην διαταραγμένη σχέση τους με το φαγητό και στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η αγωνιστική γυμναστική δεν αποτελεί αυτοτελή παράγοντα για την εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Βέβαια βρέθηκε μια μεγαλύτερη ροπή των αθλητριών της ρυθμικής γυμναστικής ως προς την τάση για διατροφική διαταραχή. Παρατηρώντας τα σωματικά χαρακτηριστικά και τις απαντήσεις όλου του δείγματος βρέθηκε πως ο Δείκτης Μάζας Σώματος των εφήβων επηρεάζει αρκετά το αποτέλεσμα, αφού οι κοπέλες που είχαν ΔΜΣ εκτός του φυσιολογικού είχαν παράλληλα και αυξημένο score στο ερωτηματολόγιο. Η ηλικία σε αυτό το στάδιο της ανάπτυξης των παιδιών έχει έναν ιδιαίτερο ρόλο και είναι ικανή να επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογία των εφήβων. Στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε υπάρχει μια διαφορά ως προς την ηλικία. Όλες οι κοπέλες ανήκαν στο αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας, όμως οι αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής είχαν ελαφρώς μικρότερη ηλικία. Αυτός παράγοντας μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως ανάμεσα στις αθλήτριες της αγωνιστικής γυμναστικής οι αθλήτριες της ρυθμικής διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Όμως ακόμα μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις κοπέλες που έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος εκτός του φυσιολογικού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα κάθε έφηβος, είτε είναι αθλητής είτε όχι, ανάλογα με τις πιέσεις που δέχεται από το ηλικιακό στάδιο ανάπτυξης που βρίσκεται σε συνδυασμό με το περιβάλλον του ατόμου, είναι δυνατόν να αναπτύξει διαταραγμένη σχέση με το φαγητό και το σώμα του. Για αυτό το λόγο κάθε έφηβος είναι ανάγκη να έχει την στήριξη του περίγυρου του και την πρόσβαση σε μια ομάδα ειδικών για την επίλυση των προβλημάτων που μπορεί να δημιουργηθούν.

Περιορισμοί της Έρευνας

Στην παρούσα έρευνα παρουσιάστηκαν κάποιοι περιορισμοί. Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τις ανθρωπομετρήσεις, ο ΔΜΣ είναι μεν ένα γρήγορο εργαλείο αξιολόγησης του βάρους αλλά δεν είναι τόσο αξιόπιστο όσο άλλες μέθοδοι αξιολόγησης της σύστασης σώματος (BIA). Ο ΔΜΣ δε λαμβάνει υπόψη του τη μυική και οστική μάζα ούτε κάνει διάκριση μεταξύ μυικής μάζας σώματος και λιπώδους μάζας. Ως εκ τούτου, μερικοί άνθρωποι, όπως για παράδειγμα οι αθλητές, μπορεί να έχουν υψηλό ΔΜΣ ακόμα και εάν δεν έχουν υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να ανήκουν αθλήτριες τους δείγματος με αποτέλεσμα να έχουν επηρεαστεί οι μετρήσεις της έρευνας. Επιπλέον υπήρξαν προβλήματα σχετικά με τη λήψη του δείγματος λόγω της απροθυμίας τόσο των προπονητών όσο και των ίδιων των αθλητριών για συμμετοχή στην έρευνα. Αυτό περιόρισε αρκετά το μέγεθος του δείγματος. Ένας άλλος λόγος όπου επηρέασε τις μετρήσεις είναι η χρονική περίοδος που έγιναν. Οι μετρήσεις έγιναν τον Ιούνιο του 2020, δηλαδή λίγο καιρό μετά την λήξη της πρώτης καραντίνας για τον COVID-19 και έπειτα από μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς αγώνες. Η διαδικασία της καραντίνας είναι πιθανό να επηρέασε την διατροφή και την ψυχολογία των κοριτσιών. Τέλος από την βιβλιογραφική ανασκόπηση βρέθηκε έλλειψη σε παρόμοιες έρευνες ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις ειδικά στην ομάδα του αγωνιστικού τραμπολίνου.

Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Ενδιαφέρον θα είχε σε μελλοντική έρευνα να γίνει χρήση οργάνου που θα μπορεί να μετρήσει το ποσοστό λίπους και της άπαχης σωματικής μάζας. Επίσης θα μπορούσε να δοθεί το ερωτηματολόγιο σε διαφορετικές περιόδους προπόνησης των αθλητριών όπως πριν την περίοδο των αγώνων, μετά τους αγώνες και σε περιόδους ξεκούρασης με σκοπό να ερευνηθεί πως η κάθε περίοδος προπόνησης επηρεάζει την διατροφική κατανάλωση και την ψυχολογία.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Adolescent health (2014). Available at: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1.

Ahmed Zaky, E. (2016) ‘Adolescence; a Crucial Transitional Stage in Human Life’, *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 04(06), pp. 5–6. doi: 10.4172/2375-4494.1000e115.

Alves Junior, C. A. S. *et al.* (2017) ‘Anthropometric indicators as body fat discriminators in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis’, *Advances in Nutrition*, 8(5), pp. 718–727. doi: 10.3945/an.117.015446.

Anorexia nervosa The Lieutenant Model Death The White Tiger, model, celebrities, child png / PNGEgg (2020). Available at: <https://www.pngegg.com/en/png-cjjpo>.

Arthur-Cameselle, J., Sossin, K. and Quatromoni, P. (2017) ‘A qualitative analysis of factors related to eating disorder onset in female collegiate athletes and non-athletes’, *Eating Disorders*. Routledge, 25(3), pp. 199–215. doi: 10.1080/10640266.2016.1258940.

Bacciotti, S. *et al.* (2017) ‘The Physique of Elite Female Artistic Gymnasts: A Systematic Review’, *Journal of Human Kinetics*, 58(1), pp. 247–259. doi: 10.1515/hukin-2017-0075.

Bacciotti, S. *et al.* (2018) ‘Body physique and proportionality of Brazilian female artistic gymnasts’, *Journal of Sports Sciences*. Routledge, 36(7), pp. 749–756. doi: 10.1080/02640414.2017.1340655.

Balantekin, K. N., Birch, L. L. and Savage, J. S. (2018) ‘Family, friend, and media factors are associated with patterns of weight-control behavior among adolescent girls’, *Eating and Weight Disorders*. Springer International Publishing, 23(2), pp. 215–223. doi: 10.1007/s40519-016-0359-4.

Berner, L. A. *et al.* (2018) ‘Altered cortical thickness and attentional deficits in adolescent girls and women with bulimia nervosa’, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 43(3), pp. 151–160. doi: 10.1503/jpn.170070.

Binge Eating Disorder and Compulsive Eating - Acacia Dreams (2020). Available at:

<https://acaciadreams.co.uk/compulsive-eating-and-binge-eating-disorder/>.

Blakemore, S. J. (2019) 'Adolescence and mental health', *The Lancet*, 393(10185), pp. 2030–2031. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31013-X.

Block, J. and Robins, R. W. (1993) 'A Longitudinal Study of Consistency and Change in Self-Esteem from Early Adolescence to Early Adulthood', *Child Development*, 64(3), pp. 909–923. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02951.x.

Boone, T. *et al.* (2017) 'Journal of Exercise Physiologyonline', 20.

de Bruin, A. P. K. and Oudejans, R. R. D. (2018) 'Athletes' body talk: The role of contextual body image in eating disorders as seen through the eyes of elite women athletes', *Journal of Clinical Sport Psychology*, 12(4), pp. 675–698. doi: 10.1123/jcsp.2018-0047.

Cagno A, Baldari C, Battaglia C, Brasili P, Merni F, Piazza M, Toselli S, Ventrella AR, G. L. (2008) 'Leaping ability and body composition in rhythmic gymnasts for talent identification.', *J Sports Med Phys Fitness*, 72(2), pp. 199–205. doi: 10.1002/14651858.CD005654.

Cash, T. F. (2004) 'Body image: Past, present, and future', *Body Image*, 1(1), pp. 1–5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1.

Chung, J. M. *et al.* (2017) 'High, low, and in between: Self-esteem development from middle childhood to young adulthood', *Journal of Research in Personality*, 70, pp. 122–133. doi: 10.1016/j.jrp.2017.07.001.

Cradock, B. L. (2019) 'Dietary intake and food sources of protein among adolescent females aged 15-18 years living in New Zealand', (June).

Cruz-Sáez, S. *et al.* (2020) 'The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents', *Journal of Health Psychology*, 25(8), pp. 1098–1108. doi: 10.1177/1359105317748734.

Current Issue Table of Contents: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2020). Available at: [https://jaacap.org/issue/S0890-8567\(20\)X0011-6](https://jaacap.org/issue/S0890-8567(20)X0011-6).

Das, J. K. *et al.* (2017) 'Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional

- needs', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393(1), pp. 21–33. doi: 10.1111/nyas.13330.
- David, P. (1994) 'What is Body Image?', *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), pp. 497–502.
- Davison, T. E. and McCabe, M. P. (2006) 'Adolescent body image and psychosocial functioning', *Journal of Social Psychology*, 146(1), pp. 15–30. doi: 10.3200/SOCP.146.1.15-30.
- Deutz, R. C. *et al.* (2000) 'Relationship between energy deficits and body composition in elite female gymnasts and runners', *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(3), pp. 659–668. doi: 10.1097/00005768-200003000-00017.
- Di, T. (2006) 'C in Ig M C in', 72(2), pp. 199–205.
- Dingemans, A., Danner, U. and Parks, M. (2017) 'Emotion regulation in binge eating disorder: A review', *Nutrients*, 9(11), pp. 1–11. doi: 10.3390/nu9111274.
- Dogan, O. *et al.* (2018) 'Body image in adolescents and its relationship to socio-cultural factors', *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 18(3), pp. 561–577. doi: 10.12738/estp.2018.3.0569.
- Douda, H. T. *et al.* (2008) 'Physiological and anthropometric determinants of rhythmic gymnastics performance', *International Journal of Sports Physiology and Performance*, 3(1), pp. 41–54. doi: 10.1123/ijsp.3.1.41.
- Education, J. P. (2016) 'IMPLICATIONS OF SELF-ESTEEM IN', XIV(1), pp. 90–99.
- Esposito, P. W. and Esposito, L. M. (2009) 'The Reemergence of the Trampoline as a Recreational Activity and Competitive Sport', *Current Sports Medicine Reports*, 8(5), pp. 273–277. doi: 10.1249/JSR.0b013e3181b8f60a.
- FIG - Discipline* . Available at: <https://www.gymnastics.sport/site/pages/disciplines/pres-wag.php>.
- Forney, K. J. *et al.* (2020) 'HHS Public Access', pp. 178–184. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.12.008.Interaction.
- Frank, G. K. W., Shott, M. E. and DeGuzman, M. C. (2019) 'Recent advances in understanding anorexia nervosa', *F1000Research*, 8, p. 504. doi:

10.12688/f1000research.17789.1.

Garner, D. M., Bohr, Y. and Garfinkel, P. E. (1982) ‘The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates’, *Psychological Medicine*, 12(4), pp. 871–878. doi: 10.1017/S0033291700049163.

Garner, D. M., Olmstead, M. P. and Polivy, J. (1983) ‘Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia’, *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), pp. 15–34. doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6.

Gastrich, M. D. *et al.* (2020) ‘Nutritional Risks among Female Athletes’, *Journal of Women’s Health*, 29(5), pp. 693–702. doi: 10.1089/jwh.2019.8180.

Georgopoulos, N. A. *et al.* (2004) ‘Growth and skeletal maturation in male and female artistic gymnasts’, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(9), pp. 4377–4382. doi: 10.1210/jc.2003-031864.

Golden, N. H. *et al.* (2015) ‘Position paper of the society for adolescent health and medicine: Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults references’, *Journal of Adolescent Health*. Society for Adolescent Health and Medicine, 56(1), pp. 121–125. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.259.

Goldstein, A. and Gvion, Y. (2019) ‘Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review’, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V., 245(November 2018), pp. 1149–1167. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.015.

Golnaz, R., Zainalabidin, M. and Mad Nasir, S. (2012) ‘Assessment of consumers’ confidence on Halal labeled manufactured food in Malaysia’, *Pertanika Journal of Social Science and Humanities*, 20(1), pp. 33–42. Available at: [http://psasir.upm.edu.my/id/eprint/57738/1/JSSH Vol. 20 %281%29 Mar. 2012 %28View Full Journal%29.pdf#page=47](http://psasir.upm.edu.my/id/eprint/57738/1/JSSH_Vol_20_281%29_Mar_2012_28View_Full_Journal%29.pdf#page=47).

Gordon, C. S. *et al.* (2020) ‘A cluster randomized controlled trial of the SoMe social media literacy body image and wellbeing program for adolescent boys and girls: Study protocol’, *Body Image*, 33, pp. 27–37. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.02.003.

Gorrell, S. *et al.* (2020) ‘HHS Public Access’, pp. 1–14. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.002.Update.

Guo, S. S. *et al.* (1998) ‘Age- and maturity-related changes in body composition during adolescence into adulthood: The Fels longitudinal study’, *Applied Radiation and Isotopes*, 49(5–6), pp. 581–585. doi: 10.1016/S0969-8043(97)00190-5.

Gymnastics Vocabulary | Vocabulary | EnglishClub (no date). Available at: <https://www.englishclub.com/vocabulary/sports-gymnastics.htm> (Accessed: 19 November 2020).

Hail, L. and Le Grange, D. (2018) ‘Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges’, *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 9, pp. 11–16. doi: 10.2147/ahmt.s135326.

Hartman-Munick, S. M., Gordon, A. R. and Guss, C. (2020) ‘Adolescent body image: influencing factors and the clinician’s role’, *Current opinion in pediatrics*, 32(4), pp. 455–460. doi: 10.1097/MOP.0000000000000910.

Herpertz-Dahlmann, B. (2009) ‘Adolescent Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity’, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Elsevier Ltd, 18(1), pp. 31–47. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.005.

Hidalgo Vicario, M. H. and Rodríguez Hernández, P. R. (2013) *DSM-5. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. últimas novedades, Pediatría Integral*.

Hoste, R. R., Labuschagne, Z. and Le Grange, D. (2012) ‘Adolescent bulimia nervosa’, *Current Psychiatry Reports*, 14(4), pp. 391–397. doi: 10.1007/s11920-012-0280-0.

Hughes, E. K. (2012) ‘Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome’, *Clinical Psychologist*, 16(1), pp. 15–24. doi: 10.1111/j.1742-9552.2011.00034.x.

Hyochol Ahn, et al, 2017 (2017a) ‘乳鼠心肌提取 HHS Public Access’, *Physiology & behavior*, 176(10), pp. 139–148. doi: 10.1007/s11920-019-0988-1.Sex.

Hyochol Ahn, et al, 2017 (2017b) ‘乳鼠心肌提取 HHS Public Access’, *Physiology &*

- behavior*, 176(10), pp. 139–148. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.008.Randomized.
- Hyochol Ahn, et al, 2017 (2017c) ‘乳鼠心肌提取 HHS Public Access’, *Physiology & behavior*, 176(10), pp. 139–148. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.003.Binge.
- Ivanović, M., Milosavljević, S. and Ivanović, U. (2018) ‘Sociocultural Influences of Parents on Body Dissatisfaction in Adolescents’, *Physical Education and Sport Through the Centuries*, 4(1), pp. 45–70. doi: 10.1515/spes-2016-0021.
- Jain, R. and Anand, P. (2016) ‘Awareness of pubertal changes and reproductive health in adolescent girls: a comparative study’, *International Journal of Community Medicine and Public Health*, (January), pp. 3313–3319. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20164061.
- Jankauskiene, R. et al. (2019) ‘Are adolescent body image concerns associated with health-compromising physical activity behaviours?’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), pp. 1–13. doi: 10.3390/ijerph16071225.
- João, A. F. and Filho, J. F. (2015) ‘Somatotype and body composition of elite Brazilian gymnasts’, *Science of Gymnastics Journal*, 7(2), pp. 45–54.
- Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H. and Lee, Y. (2004) ‘Body Image and the Appearance Culture among Adolescent Girls and Boys: An Examination of Friend Conversations, Peer Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals’, *Journal of Adolescent Research*, 19(3), pp. 323–339. doi: 10.1177/0743558403258847.
- Jones, M. et al. (2008) ‘Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents’, *Pediatrics*, 121(3), pp. 453–462. doi: 10.1542/peds.2007-1173.
- Kalhan, S. C. and Kiliç (1999) ‘Carbohydrate as nutrient in the infant and child: Range of acceptable intake’, *European Journal of Clinical Nutrition*, 53, pp. s94–s100. doi: 10.1038/sj.ejcn.1600749.
- Kelly, C., Molcho, M. and Nic Gabhainn, S. (2010) ‘Patterns in weight reduction behaviour by weight status in schoolchildren’, *Public Health Nutrition*, 13(8), pp. 1229–1236. doi: 10.1017/S1368980009992102.
- Kenny, U. et al. (2017) ‘Peer Influences on Adolescent Body Image: Friends or Foes?’,

- Journal of Adolescent Research*, 32(6), pp. 768–799. doi: 10.1177/0743558416665478.
- Kleemans, M. *et al.* (2018) ‘Picture Perfect: The Direct Effect of Manipulated Instagram Photos on Body Image in Adolescent Girls’, *Media Psychology*. Routledge, 21(1), pp. 93–110. doi: 10.1080/15213269.2016.1257392.
- Latiff, A. A., Muhamad, J. and Rahman, R. A. (2018) ‘Body image dissatisfaction and its determinants among young primary-school adolescents’, *Journal of Taibah University Medical Sciences*. Elsevier Ltd, 13(1), pp. 34–41. doi: 10.1016/j.jtumed.2017.07.003.
- Lawler, M. and Nixon, E. (2011) ‘Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals’, *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), pp. 59–71. doi: 10.1007/s10964-009-9500-2.
- Líaarodriguezdeelaavegaa, W. and Toscano (2018) *International Handbooks of Quality-of-Life Handbook of Leisure, Physical Activity, Sports, Recreation and Quality of Life*. Available at: <http://www.springer.com/series/8365>.
- M., S., M., M.-D. and Z., P. (2008) ‘Dietary intake and body composition of prepubescent female aesthetic athletes’, *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 18(3), pp. 343–354. Available at: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L352481039%0Ahttp://www.humankinetics.com/eJournalMedia/pdfs/15843.pdf%0Ahttp://findit.library.jhu.edu/resolve?sid=EMBASE&issn=1526484X&id=doi:&atitle=Dietary+intake+and+body+composi>.
- Malina, R. M. *et al.* (2013) ‘Role of intensive training in the growth and maturation of artistic gymnasts’, *Sports Medicine*, 43(9), pp. 783–802. doi: 10.1007/s40279-013-0058-5.
- Markey, C. N. (2010) ‘Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development’, *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), pp. 1387–1391. doi: 10.1007/s10964-010-9510-0.
- Matheson, B. E. *et al.* (2020) ‘Investigating Early Response to Treatment in a Multi-Site Study for Adolescent Bulimia Nervosa’, *Frontiers in Psychiatry*, 11(February), pp. 1–9. doi: 10.3389/fpsy.2020.00092.

McLeod Saul (2014) *Carl Rogers / Simply Psychology*. Available at: <https://www.simplypsychology.org/carl-rogers.html>.

Meeus, W., Branje, S. and Overbeek, G. J. (2004) 'Parents and partners in crime: A six-year longitudinal study on changes in supportive relationships and delinquency in adolescence and young adulthood', *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(7), pp. 1288–1298. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00312.x.

Meng, K. *et al.* (2020) 'The risk of low energy availability in Chinese elite and recreational female aesthetic sports athletes', *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 17(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/s12970-020-00344-x.

Minev, M. *et al.* (2018) 'Self-esteem in adolescents', *Trakia Journal of Science*, 16(2), pp. 114–118. doi: 10.15547/tjs.2018.02.007.

Mountjoy, M. *et al.* (2014) 'The IOC consensus statement: Beyond the Female Athlete Triad-Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S)', *British Journal of Sports Medicine*, 48(7), pp. 491–497. doi: 10.1136/bjsports-2014-093502.

Neale, J. and Hudson, L. D. (2020) 'Anorexia nervosa in adolescents', *British Journal of Hospital Medicine*, 81(6), pp. 24–30. doi: 10.12968/hmed.2020.0099.

Neves, C. M. *et al.* (2016) 'Insatisfação corporal de adolescentes atletas e não atletas de ginástica artística', *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. Universidade Federal de Santa Catarina, 18(1), pp. 82–92. doi: 10.5007/1980-0037.2016v18n1p82.

Neves, C. M. *et al.* (2017) 'Body dissatisfaction in women's artistic gymnastics: A longitudinal study of psychosocial indicators', *Journal of Sports Sciences*. Routledge, 35(17), pp. 1745–1751. doi: 10.1080/02640414.2016.1235794.

Nordin, S. M., Harris, G. and Cumming, J. (2003) 'Disturbed eating in young, competitive gymnasts: Differences between three gymnastics disciplines', *European Journal of Sport Science*, 3(5), pp. 1–14. doi: 10.1080/17461390300073502.

de Oliveira, G. L. *et al.* (2017) 'Body image and eating disorders in female athletes of different sports', *Journal of Exercise Physiology Online*, 20(2), pp. 45–54.

- Özdemir, A., Utkualp, N. and Pallos, A. (2016) 'Physical and psychosocial effects of the changes in adolescence period', *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), p. 7. Available at: https://www.researchgate.net/publication/311607528_Special_Article_Physical_and_Psychosocial_Effects_of_the_Changes_in_Adolescence_Period.
- Poliszczuk, T. and Broda, D. (2010) 'Somatic constitution and the ability to maintain dynamic body equilibrium in girls practicing rhythmic gymnastics Budowa somatyczna oraz zdolność zachowania równowagi dynamicznej dziewcząt uprawiających gimnastykę artystyczną', *Theory and Practice*, (January 2010), pp. 94–99.
- Quinn, M. A. and Robinson, S. (2020) 'College Athletes Under Pressure: Eating Disorders Among Female Track and Field Athletes'. doi: 10.1177/0569434520938709.
- Ribeiro-Silva, R. de C. *et al.* (2018) 'Body image dissatisfaction and dietary patterns according to nutritional status in adolescents', *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 94(2), pp. 155–161. doi: 10.1016/j.jpdp.2017.08.011.
- Salbach, H. *et al.* (2007) 'Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts', *Psychopathology*, 40(6), pp. 388–393. doi: 10.1159/000106469.
- Salomon, I. and Brown, C. S. (2019) 'The Selfie Generation: Examining the Relationship Between Social Media Use and Early Adolescent Body Image', *Journal of Early Adolescence*, 39(4), pp. 539–560. doi: 10.1177/0272431618770809.
- Sands, W. A. *et al.* (2012) 'Historical trends in the size of US Olympic female artistic gymnasts', *International Journal of Sports Physiology and Performance*, 7(4), pp. 350–356. doi: 10.1123/ijsp.7.4.350.
- Schaumberg, K. *et al.* (2017) 'The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders', *European Eating Disorders Review*, 25(6), pp. 432–450. doi: 10.1002/erv.2553.
- Schroeder, K. and Sonnevile, K. (2015) 'Adolescent Nutrition', *Encyclopedia of Food and Health*, (June), pp. 43–50. doi: 10.1016/B978-0-12-384947-2.00008-8.
- Scott, E. W. and Henne, A. L. (1935) 'Titration of Fluorine in Biological Materials', *Industrial and Engineering Chemistry - Analytical Edition*, 7(5), pp. 299–300. doi:

10.1021/ac50097a005.

Shroff, H. and Thompson, J. K. (2006) 'Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls', *Journal of Health Psychology*, 11(4), pp. 533–551. doi: 10.1177/1359105306065015.

Šmídová, S. *et al.* (2018) 'Adolescent body image: Results of Czech elspac study', *Central European Journal of Public Health*. Central European Journal of Public Health, 26(1), pp. 60–64. doi: 10.21101/cejph.a4930.

Smits, F., Jacobs, F. and Knoppers, A. (2017) "“Everything revolves around gymnastics”": athletes and parents make sense of elite youth sport', *Sport in Society*. Routledge, 20(1), pp. 66–83. doi: 10.1080/17430437.2015.1124564.

Solmi, M. *et al.* (2020) 'Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses', *Brazilian Journal of Psychiatry*, 00(00), pp. 1–10. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099.

Statuta, S. M., Asif, I. M. and Drezner, J. A. (2017) 'Relative energy deficiency in sport (RED-S)', *British Journal of Sports Medicine*, 51(21), pp. 1570–1571. doi: 10.1136/bjsports-2017-097700.

Stice, E. *et al.* (2017) 'Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females', *Journal Abnormal Psychology*, 126(1), pp. 38–51. doi: 10.1037/abn0000219.Risk.

Stice, E. and Whitenton, K. (2002) 'Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation.', *Developmental psychology*, 38(5), pp. 669–678. doi: 10.1037/0012-1649.38.5.669.

Syed, M. and Azmitia, M. (2009) 'Longitudinal trajectories of ethnic identity during the college years', *Journal of Research on Adolescence*, 19(4), pp. 601–624. doi: 10.1111/j.1532-7795.2009.00609.x.

Syed, M. and Juang, L. P. (2014) 'Ethnic identity, identity coherence, and psychological functioning: testing basic assumptions of the developmental model', *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 20(2), pp. 176–190. doi: 10.1037/a0035330.

Tan, J. O. A. *et al.* (2016) 'Understanding Eating Disorders in Elite Gymnastics. Ethical

and Conceptual Challenges’, *Clinics in Sports Medicine*, 35(2), pp. 275–292. doi: 10.1016/j.csm.2015.10.002.

Teenage Depression Treatment Options | Newport Academy (no date). Available at: https://www.newportacademy.com/resources/treatment/teenage-depression-treatment/?fbclid=IwAR1iYDT6vLpRWyoyjNXaxpNbzwlTYP-1LBjLr4by9VAk_iZ2O2zfNzE90sgU.

Thompson, A., Petrie, T. and Anderson, C. (2017) ‘Eating disorders and weight control behaviors change over a collegiate sport season’, *Journal of Science and Medicine in Sport*. Sports Medicine Australia, 20(9), pp. 808–813. doi: 10.1016/j.jsams.2017.03.005.

Trampolining: History, Varieties and Equipment (no date). Available at: <https://sport-wiki.org/sports/trampolining/>.

Videon, T. M. and Manning, C. K. (2003) ‘Influences on adolescent eating patterns: The importance of family meals’, *Journal of Adolescent Health*, 32(5), pp. 365–373. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00711-5.

Vieira, J. L. L. *et al.* (2009) ‘Eating disorders and body image distortion in the rhythmic gymnastics competitive context’, *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Redprint Editora Ltda, 15(6), pp. 410–414. doi: 10.1590/s1517-86922009000700001.

de Vries, D. A., Vossen, H. G. M. and van der Kolk – van der Boom, P. (2019) ‘Social Media and Body Dissatisfaction: Investigating the Attenuating Role of Positive Parent–Adolescent Relationships’, *Journal of Youth and Adolescence*. Springer US, 48(3), pp. 527–536. doi: 10.1007/s10964-018-0956-9.

Wade, T. D. (2007) ‘Epidemiology of Eating Disorders: Creating Opportunities’, (September), pp. 27–30. doi: 10.1002/eat.

Walker, S. P. *et al.* (2002) ‘The effects of birth weight and postnatal linear growth retardation on body mass index, fatness and fat distribution in mid and late childhood’, *Public Health Nutrition*. doi: 10.1079/phn2002275.

Walter, O. and Shenaar-Golan, V. (2017) ‘Effect of the Parent–Adolescent Relationship on Adolescent Boys’ Body Image and Subjective Well-Being’, *American Journal of Men’s Health*, 11(4), pp. 920–929. doi: 10.1177/1557988317696428.

White, H. J., Haycraft, E. and Meyer, C. (2019) ‘Family mealtime negativity and adolescent binge-eating: A replication and extension study in a community sample’, *Eating Behaviors*. Elsevier, 34(November 2018), p. 101306. doi: 10.1016/j.eatbeh.2019.101306.

Zohar, A. H. *et al.* (2019) ‘The development of temperament and character during adolescence: The processes and phases of change’, *Development and Psychopathology*, 31(2), pp. 601–617. doi: 10.1017/S0954579418000159.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Τριχοπούλου, Α. (2010). “Άρθρο Σύνταξης, Μεσογειακή Διατροφή, Παραδοσιακά Μεσογειακά Τρόφιμα Και Υγεία.” *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ* 1(1): 13–15.

Μανιός, Γ. (2006) *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό και Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.

Πασχαλίδης

Παράρτημα Α: «Ερωτηματολόγιο»

- Ύψος (m)
- Βάρος (kg)
- Ηλικία (έτη)
- Ασχολείσαι με κάποια αθλητική δραστηριότητα; Ναι Όχι
- Αν ναι ασχολείσαι με κάποιο από τα παρακάτω;
 - Τραμπολίνο
 - Ενόργανη
 - Ρυθμική
 - Άλλο
- Αν ναι πόσες ώρες προπονείς την εβδομάδα;
- Αν ναι συμμετέχετε σε Πανελλήνιους αγώνες;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)

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

		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	Μερικές φορές	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
1	Με τρομοκρατεί η σκέψη ότι μπορεί να είμαι βαρύτερη/ος από το κανονικό						
2	Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω						
3	Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού						
4	Μου συμβαίνει να τρώω κατά κόρον, οπότε αισθάνομαι ότι δεν θα μπορέσω να σταματήσω						
5	Όταν τρώω, κόβω την τροφή μου σε μικρά κομματάκια						

6	Έχω πλήρη επίγνωση για το πόσες θερμίδες περιέχουν οι τροφές που τρώω						
7	Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι κλπ)						
8	Πιστεύω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο						
9	Κάνω εμετό μετά το φαγητό						
10	Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχη/ος αφού έχω φάει						
11	Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατη/ος						
12	Σκέφτομαι όταν γυμνάζομαι ότι καίω θερμίδες						
13	Οι άλλοι νομίζουν ότι είμαι πολύ λεπτή/ος						
14	Με απασχολεί πολύ η σκέψη ότι έχω περίσσιο βάρος στο σώμα μου						
15	Κάνω περισσότερη ώρα από τους άλλους να φάω το φαγητό μου						
16	Αποφεύγω τις τροφές που περιέχουν ζάχαρη						
17	Τρώω διαιτητικές τροφές (ή τροφές δίαιτας)						
18	Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου						
19	Ασκώ έλεγχο στον εαυτό μου γύρω από το φαγητό						
20	Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω						
21	Αφιερώνω υπερβολικό χρόνο και σκέψη στο φαγητό						
22	Αισθάνομαι δυσάρεστα όταν φάω γλυκά						
23	Κάνω συστηματικά δίαιτα						
24	Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι						
25	Ευχαριστιέμαι να δοκιμάζω νέα πλούσια φαγητά						
26	Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό						

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EDI

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται σε συνήθειες, συναισθήματα και συμπεριφορές. Μερικές από τις ερωτήσεις αυτές έχουν σχέση με την διατροφή και το φαγητό, ενώ άλλες αναφέρονται στα προσωπικά σας συναισθήματα για τον εαυτό σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά και ειλικρινά σε κάθε ερώτηση, βάζοντας ένα X στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
1.	Τρώγω γλυκά και τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι) χωρίς να νοιώθω εκνευρισμένη/ος						
2.	Πιστεύω ότι το στομάχι μου είναι πολύ μεγάλο						
3.	Θα θελα να γινόταν να ξαναγυρίσω στην σιγουριά της παιδικής ηλικίας						
4.	Όταν είμαι αναστατωμένη/ος το ρίχνω στο φαγητό						
5.	Τρώγω το καταπέτασμα ή του σκασμού						
6.	Θα θελα να γινόταν να είμαι νεώτερη/ος						
7.	Με απασχολεί το θέμα της δίαιτας						
8.	Τρομάζω όταν τα συναισθήματα μου είναι υπερβολικά έντονα						
9.	Νομίζω ότι οι μηροί μου είναι υπερβολικά παχείς						
10.	Αισθάνομαι ότι σαν άτομο δεν είμαι αποτελεσματική/ος						
11.	Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχη/ος όταν παραφάω						
12.	Νομίζω ότι το στομάχι μου έχει κανονικό μέγεθος						
13.	Μονάχα οι εξαιρετικές επιδόσεις θεωρούνται αποδεκτές στην οικογένεια μου						
14.	Η πιο ευτυχισμένη περίοδος στη ζωή μας είναι τα χρόνια της παιδικής ηλικίας						
15.	Εκφράζω ελεύθερα τα συναισθήματα μου						
16.	Με τρομοκρατεί η σκέψη να πάρω βάρος						
17.	Εμπιστεύομαι την υπόλοιπο κόσμο						
18.	Νοιώθω ολομόναχη/ος στον κόσμο						
19.	Νοιώθω ικανοποιημένη/ος με το σχήμα του σώματος μου						
20.	Γενικά, νοιώθω να ελέγχω τη ζωή μου						
21.	Μπερδεύομαι σχετικά με το ποιά ακριβώς είναι τα συναισθήματα μου						
22.	Προτιμώ να είμαι ενήλικας, παρά παιδί						
23.	Μπορώ να επικοινωνώ εύκολα με τους άλλους ανθρώπους						
24.	Θα ήθελα να ήμουν κάποια/ος άλλη/ος						
25.	Υπερβάλλω ή μεγαλοποιώ την σημασία του σωματικού βάρους						
26.	Μπορώ να προσδιορίσω τα συναισθήματα μου με ακρίβεια						
27.	Νοιώθω ανεπαρκής (ότι δεν θα τα καταφέρω)						
28.	Μου έχει τύχει να τρώγω ακατάπαυστα μέχρι που νόμιζα ότι δεν θα μπορούσα να σταματήσω						
29.	Έχω στενές σχέσεις με άλλους ανθρώπους						
30.	Μου αρέσει το σχήμα που έχουν οι γλουτοί μου						
31.	Με απασχολεί έντονα η επιθυμία να είμαι λεπτότερη/ος						
32.	Δεν ξέρω τι μου συμβαίνει						

33.	Δυσκολεύομαι να εκφράσω τα συναισθήματα μου στους άλλους							
34.	Οι απαιτήσεις της ζωής του ενήλικα είναι υπερβολικά μεγάλες							
35.	Απεχθάνομαι τον εαυτό μου όταν δεν είμαι η/ο καλύτερη/ος σε ότι κάνω							
36.	Νοιώθω σίγουρη/ος για τον εαυτό μου							
37.	Με απασχολεί το θέμα της πολυφαγίας							
38.	Νοιώθω ευχαριστημένη/ος που δεν είμαι πια παιδί							
39.	Δεν μπορώ να καταλάβω εύκολα αν πεινάω ή όχι							
40.	Έχω άσκημη γνώμη για τον εαυτό μου							
41.	Αισθάνομαι ότι μπορώ να επιτύχω τους στόχους μου							
42.	Οι γονείς μου περίμεναν από μένα ότι πιο καλύτερο							
43.	Φοβάμαι μήπως χάσω τον έλεγχο των συναισθημάτων μου							
44.	Νομίζω ότι η περιφέρεια μου είναι υπερβολικά παχιά							
45.	Τρώγω με μέτρο μπροστά στους άλλους και μπουκώνομαι φαγητό μόλις φύγουν							
46.	Νοιώθω παραφουσκωμένος μετά από ένα κανονικό γεύμα							
47.	Έχω τη γνώμη ότι οι άνθρωποι είναι πανευτυχείς όταν είναι παιδιά							
48.	Αν πάρω ένα κιλό, φοβάμαι ότι θα συνεχίσω να παχαίνω							
49.	Αισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο							
50.	Όταν είμαι αναστατωμένη/ος, δεν ξέρω αν νοιώθω λύπη, φόβο ή θυμό							
51.	Αισθάνομαι πως ότι κάνω πρέπει να είναι τέλειο, αλλιώς να μην το κάνω καθόλου							
52.	Έχω την σκέψη ότι αν προσπαθήσω να κάνω εμετό, θα χάσω βάρος							
53.	Έχω την ανάγκη να κρατώ τους άλλους σε κάποια απόσταση (νοιώθω άβολα όταν κάποιος προσπαθεί να με πλησιάσει)							
54.	Νομίζω ότι οι μηροί μου έχουν το κανονικό μέγεθος							
55.	Νοιώθω συναισθηματικά κενή/ος (ή άδεια/ος)							
56.	Μπορώ να μιλάω για τις προσωπικές σκέψεις ή τα συναισθήματα μου							
57.	Τα καλύτερα χρόνια της ζωής μας είναι όταν κανείς ενηλικιωθεί							
58.	Νομίζω ότι οι γλουτοί μου είναι πολύ μεγάλοι							
59.	Έχω συναισθήματα που δεν μπορώ να τα προσδιορίσω							
60.	Τρώγω ή πίνω κρυφά από τους άλλους							
61.	Νομίζω ότι η περιφέρεια μου έχει κανονικό μέγεθος							
62.	Έχω υπερβολικά υψηλούς στόχους							
63.	Όταν είμαι αναστατωμένη/ος φοβάμαι ότι θα αρχίσω να τρώγω							