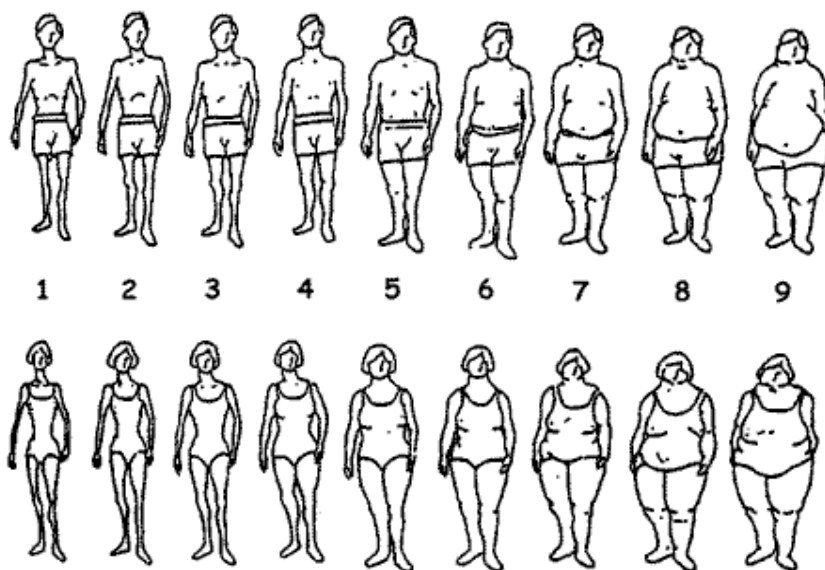




ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά (BMI) και εικόνα σώματος σε συσχέτιση με Διατροφική Συμπεριφορά σε δείγμα ενήλικων εργαζομένων



ΛΙΟΓΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

A.M.: 2992

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
Εικόνα σώματος	2
Εργαλεία μέτρησης εικόνας σώματος- Παχυσαρκίας	3
Διατροφικές διαταραχές	7
Εικόνα σώματος και νευρική ανορεξία	9
Εικόνα σώματος και βουλιμία	14
Εικόνα σώματος και δυσμορφικές διαταραχές σώματος	19
Ο ρόλος της εικόνας του σώματος για την πρόληψη διατροφικών διαταραχών	22
Eat-26	25
Ερευνητικό μέρος	28
Μεθοδολογία	28
Αποτελέσματα	29
Συζήτηση αποτελεσμάτων	42
Συμπέρασμα	45
Βιβλιογραφία	46

Περίληψη

Τα προβαλλόμενα πρότυπα ομορφιάς σε συνδυασμό με το κυνήγι του ιδανικού σώματος, κυρίως από το γυναικείο φύλο, με λανθασμένους τρόπους καθώς ο καθοριστικός ρόλος της διατροφής στη ζωή του ανθρώπου, έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον πληθώρας ερευνητών που μελετούν την όλο και πιο συχνή εκδήλωση διατροφικών διαταραχών και διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος αλλά και των συνεπειών τους.

Σκοπός της έρευνας είναι μέσω του ερωτηματολογίου eat-26, των ανθρωπομετρικών μετρήσεων που διενεργήθηκαν και της ικανοποίησης της εικόνας σώματος από τους ίδιους του συμμετέχοντες να βρεθεί κατά πόσο η διατροφική συμπεριφορά συσχετίζεται με τον δείκτη μάζας σώματος και το ποσοστό λίπους, αν η ικανοποίηση των ερωτηθέντων για την εικόνα σώματος τους συμβαδίζει με την εικόνα που προκύπτει από τον πραγματικό ΔΜΣ και τέλος κατά πόσο το φύλο επηρεάζει την συσχέτιση των παραπάνω μεταβλητών.

Για την συλλογή των ανθρωπομετρικών δεδομένων και των γενικών πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT-26 για την εκτίμηση της διατροφικής συμπεριφοράς και μια κλίμακα η οποία εξετάζει μέσα από σκίτσα το βαθμό ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα σχετικά με το σώμα τους.

Το δείγμα αποτελείται από 100 κατοίκους του νομού Αττικής. Οι 32 είναι άνδρες και οι υπόλοιπες 68 είναι γυναίκες. Η ηλικία κυμαίνεται από 17 έως 61 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένο από την εικόνα σώματος του ανεξαρτήτως δείκτη μάζας σώματος και φύλου. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ήταν πιο έντονη στις γυναίκες από ότι στους άντρες, ενώ ο Δείκτης μάζας σώματος δεν φάνηκε να την επηρεάζει.

Εισαγωγή

Ένα από τα ζητήματα που απασχολεί ιδιαίτερα σήμερα τις έφηβες και νέες κοπέλες είναι η εικόνα του σώματός τους, μια εικόνα που επηρεάζει τα συναισθήματά τους, τη συμπεριφορά τους και την ψυχική τους υγεία. Η μη ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος, δεν θα πρέπει να αποτρέπει ένα άτομο από την καθημερινή φυσική δραστηριότητα και την διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους.

Οι διατροφικές διαταραχές που προκαλούνται από την λανθασμένη εικόνα σώματος, αποτελούν πλέον ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ένας αρκετά αξιόπιστος δείκτης για τον καθορισμό του φυσιολογικού βάρους, είναι ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ο οποίος βασίζεται στο βάρος και στο ύψος του ατόμου. Ο δείκτης αυτός κατατάσσει τον εξεταζόμενο σε μία κατηγορία βάρους ξεκινώντας από την υποθρεψία και φτάνοντας έως τον τρίτο βαθμό παχυσαρκίας. Αποτελεί μία καλή προσέγγιση του σωματικού λίπους σε μη αθλούμενα άτομα.

Όπως η παχυσαρκία έτσι και η υποθρεψία αποτελούν δύο ακραίες καταστάσεις στην υγεία του ατόμου. Μέσα από μία σειρά ανθρωπομετρικών μετρήσεων και την χρήση του διατροφικού εργαλείου EAT26 για τον εντοπισμό των διατροφικών διαταραχών θα εξεταστεί στην παρούσα εργασία η σχέση της εικόνας σώματος με τον ΔΜΣ και οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Εικόνα σώματος

Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια που αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου, καθώς και στα βιώματα και στη συμπεριφορά του προς το σώμα του, και ιδιαίτερα προς τη φυσική του εμφάνιση (Cash & Pruzinsky, 2002). Η εικόνα σώματος ή σωματική εικόνα εκφράζει την «οπτική ιδέα που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του» (Darten, 1972). Το ανθρώπινο σώμα, σύμφωνα με τον ψυχαναλυτή Lacan, συγκροτείται από ένα εξωτερικό και ένα εσωτερικό περιεχόμενο. Ο Lacan, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στη λειτουργία του σταδίου του καθρέφτη ως συστατική δομή της συγκρότησης της εικόνας του σώματος από το ίδιο το άτομο. Στο στάδιο του καθρέφτη, η επαφή του υποκειμένου με την εικόνα του, εδραιώνει την ιδιαιτερότητα του ίδιου του σώματος. Συχνά το χάσμα ανάμεσα στην εικόνα που έχουν οι άλλοι για εμάς και στα συναισθήματα που έχουμε εμείς για τον εαυτό μας μπορεί να οδηγήσει, όπως συμβαίνει στην ψύχωση, στην άρνηση να προβληθούμε στον καθρέφτη (Glynos & Stavrakakis, 2002).

Η εικόνα σώματος έχει τέσσερις διαστάσεις (Burns, 1982):

1. Την ρεαλιστική διάσταση, η οποία είναι αυτό που βλέπει κάποιος στον καθρέφτη.
2. Την ψυχολογική διάσταση, δηλαδή πώς αισθάνεται κάποιος πως είναι το σώμα του. Αφορά στην υποκειμενική αίσθηση του σώματος από το ίδιο το άτομο.
3. Την κοινωνική διάσταση, η οποία σχετίζεται με το πώς θεωρούμε πως οι άλλοι αντιλαμβάνονται την σωματική μας εικόνα, «πώς πιστεύω ότι οι άλλοι με βλέπουν», «πώς πιστεύω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να είμαι».

4. Την ιδανική διάσταση, η οποία αφορά στο πώς θα θέλαμε η σωματική μας εικόνα να είναι, ανεξάρτητα με το εάν αυτό ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Η εικόνα σώματος είναι η «ασαφής νοερή απεικόνιση του σχήματος, της μορφής και του μεγέθους του σώματος», η οποία επηρεάζεται από διάφορους ιστορικούς, πολιτιστικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους ανεξάρτητους παράγοντες (Slade, 1994). Επίσης, ο Burns, αναφέρει πως τα ιδανικά σωματικά πρότυπα αλλάζουν από εποχή σε εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό (Burns, 1979). Έτσι, ο πολιτισμός οδηγεί σε συγκεκριμένα σωματικά πρότυπα, τα οποία επηρεάζουν κατ' επέκταση το βαθμό σωματικής ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα για το σώμα τους. Επιπρόσθετα, ένας, σημαντικός, καθοριστικός παράγοντας φαίνεται να είναι το φύλο, καθώς βρέθηκε σε έρευνα που έγινε σε 22 χώρες, ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη εικόνα για το σώμα τους, ακόμα και αν τα κιλά τους είναι φυσιολογικά σε σχέση με τους άνδρες, οι οποίοι νιώθουν καλά με την εικόνα τους, ακόμα και αν βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας (Wardle, Haaseand, & Steptoe, 2006).

Εργαλεία μέτρησης εικόνας σώματος- παχυσαρκίας

Ορισμένα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες είναι:

1. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εικόνας του σώματος: Όταν λέμε εικόνα σώματος εννοούμε την ιδέα που έχει το εκάστοτε άτομο για την σωματική του εμφάνιση και συγκεκριμένα για το βάρος του, για μέγεθος, για το σχήμα του και γενικά την εικόνα που έχει ο κάθε άνθρωπος για την εξωτερική του εμφάνιση. Το ερωτηματολόγιο «Αξιολόγησης της εικόνας σώματος» (Cash

F. T., 2002) είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο υπολογισμού των στάσεων και συμπεριφορών που εμφανίζουν οι άνθρωποι για την προσωπική εκτίμηση της εικόνας του σώματος τους περιλαμβάνοντας ακόμη προτάσεις που αφορούν στη σωματική εμφάνιση, στις προσπάθειες για υγιεινή διατροφή αλλά και σε συμπεριφορές που αντιστοιχούν στην φροντίδα της υγείας. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του είναι μεταξύ 10-20 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο «Αξιολόγησης της εικόνας σώματος» αποτελείται από 69 προτάσεις-συμπεριφορές όπου η κάθε μια βαθμολογείται από μια κλίμακα που εκτείνεται από το 1 «διαφωνώ πολύ» έως το 5 «συμφωνώ πολύ» και εκτιμά διαφορετικούς παράγοντες όπως: παράγοντας ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος (Body- Areas Satisfaction Scale, BASS), παράγοντας εμμονής με τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Overweight Preoccupation Scale, OPS) και την εκτίμηση του σωματικού μας βάρους (Self-Classified Weight Scale, SCWS). Με τη συμπλήρωση των προτάσεων που αφορούν την κλίμακα ικανοποίησης από τις επιμέρους περιοχές του σώματος (BASS) μπορούμε να υπολογίσουμε την ικανοποίηση που προκύπτει για τα χαρακτηριστικά του σώματος μας, οι προτάσεις που σχετίζονται με την εμμονή με τον έλεγχο του βάρους (OPS) συνδέονται με τον υπέρμετρο φόβο αύξησης του σωματικού βάρους, με την ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος, με τον περιορισμό κατανάλωσης τροφίμων ενώ οι προτάσεις που αφορούν την εκτίμηση του σωματικού βάρους (SCWS) εμπλέκονται με την προσωπική αποτίμηση του βάρους που εκτείνεται από το υπερβολικά ελλιποβαρές μέχρι το υπερβολικά υπέρβαρο.

2. Συνήθειες άσκησης: Το ερωτηματολόγιο Άσκηση κατά τον Ελεύθερο Χρόνο (Godin & Shephard, 1985), με το οποίο καταγράφονται οι συνήθειες

άσκησης σε μία εβδομάδα. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό και περιγράφεται πιο αναλυτικά σε σχετικές έρευνες (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Με αυτό το ερωτηματολόγιο καταγράφεται πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα συμμετείχαν οι εξεταζόμενοι σε έντονη, μέτρια ή ήπια άσκηση κατά τη διάρκεια των καθημερινών τους δραστηριοτήτων ή στα πλαίσια της αναψυχής. Υπολογίστηκε ο Συνολικός Δείκτης Άσκησης και χρησιμοποιήθηκε σαν μεταβλητή για τη στατιστική ανάλυση.

3. Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τη Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ), το οποίο έχει βρεθεί κατάλληλο για πληθυσμιακές προσεγγίσεις των αυτοδηλούμενων επιπέδων φυσικής δραστηριότητας. Οι δραστηριότητες που συνδέονται με την καρδιοαναπνευστική λειτουργία περιγράφονται με το συνολικό όρο «αερόβιες», ενώ αυτές συμβαίνουν εξαιτίας έκκεντρης ή σύγκεντρης συστολής, ως ασκήσεις αντιστάσεων, βάρη. Η βασική πρωτοτυπία του IPAQ έγκειται στο γεγονός ότι συνυπολογίζει τόσο τη δραστηριότητα που επιτελείται κατά τη διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων (εργασία, δουλειές στο σπίτι κ.ά.) όσο και τη δραστηριότητα, η οποία επιτελείται κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου για λόγους αναψυχής (π.χ. συμμετοχή σε άθλημα). Η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε περιείχε 7 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο καταγράφει πληροφορίες για το πόσες από τις τελευταίες 7 ημέρες και πόσος χρόνος σε min δαπανήθηκε σε περπάτημα, δραστηριότητες έντονης έντασης (π.χ. άρση βαρών, σκάψιμο, αεροβική γυμναστική ή έντονη ποδηλασία) και μέτριας έντασης (π.χ. μεταφορά ελαφρού φορτίου, ποδηλασία σε μέτρια ένταση ή διπλό τένις), για περισσότερο από 10 min τη φορά, καθώς και σε καθιστικές δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης, το διάβασμα ή οι εργασίες γραφείου.

4. Αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας. Η αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Διεθνούς Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας για τις 7 τελευταίες ημέρες. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι σχεδιασμένο για χρήση από ενήλικες ηλικίας 15-69 ετών (Craig, Marshall, S^tram, Bauman, Booth, & Ainsworth, 2003) και περιλαμβάνει πέντε μέρη. Στα τέσσερα πρώτα καταγράφεται η συχνότητα (ώρες / ημέρα και ημέρες/ εβδομάδα) και η ένταση της φυσικής δραστηριότητας (έντονη και μέτριας έντασης) που σχετίζεται με την εργασία, με την μετακίνηση, με την εργασία στο σπίτι και τη φροντίδα της οικογένειας και με την αναψυχή και την άσκηση. Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος καταγράφεται ο χρόνος που αφιερώνεται σε καθιστικές δραστηριότητες. Το ερωτηματολόγιο παρέχει τη δυνατότητα κατηγοριοποίησης των συμμετεχόντων σε τρία επίπεδα φυσικής δραστηριότητας: στο επίπεδο της ικανοποιητικής δραστηριότητας, στο επίπεδο ελάχιστης δραστηριότητας και στο επίπεδο αδράνειας. Για τις ανάγκες της έρευνας πραγματοποιήθηκε μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα ακολουθώντας τη διαδικασία της διπλής μετάφρασης από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές σε κάθε φάση (ελληνικά - αγγλικά - ελληνικά) και στη συνέχεια η τελική διαμόρφωση τους ελέγχθηκε από ομάδα δίγλωσσων ατόμων. Τέλος πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα για την κατανόηση και την καταλληλότητα της χρήσης τους σε ελληνικό πληθυσμό. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου βρέθηκε υψηλή καθώς ελέγχθηκε στη χώρα μας με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε διάστημα μίας εβδομάδας σε 20 άνδρες και 20 γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών ενώ η αντίστοιχη τιμή που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι 80, ενώ ικανοποιητική είναι και η εγκυρότητα του (Craig, Marshall, S^tram, Bauman, Booth, & Ainsworth, 2003).

5. Εικόνα Σώματος: Η κλίμακα εικόνας του σώματος, η οποία εξετάζει μέσα από σκίτσα το βαθμό ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα σχετικά με το σώμα τους και έχει χρησιμοποιηθεί ξανά στον ελληνικό πληθυσμό (Θεοδωράκης, 1999). Η κλίμακα αποτελείται από 9 διαφορετικά σκίτσα που απεικονίζουν γυναικείο σώμα ίδιου ύψους, αλλά σε 9 διαβαθμίσεις από πολύ αδύνατο μέχρι πολύ παχύ. Κάθε άτομο καλούνταν να απαντήσει α) ποιο σώμα - σκίτσο θεωρεί ότι αντιπροσωπεύει το σώμα της και β) ποιο σκίτσο νομίζει ότι αντιπροσωπεύει το ιδανικό σώμα και γ) ποιο σκίτσο αντιπροσωπεύει το σώμα που θα ήθελε να έχει. Τα άτομα που ταύτισαν τον τύπο του σώματός τους με τον σωματότυπο που θα ήθελαν να έχουν, κατατάχθηκαν στα Σωματικά Ικανοποιημένα, στα άτομα που ο τύπος του σώματος που θεωρούσαν ότι έχουν απείχε μόνο 1 μονάδα από τον επιθυμητό τύπο σώματος, κατατάχθηκαν στα Σωματικά Χαμηλά Ικανοποιημένα, ενώ τα άτομα που θεωρούσαν ότι το σώμα τους απείχε 2 μονάδες ή περισσότερο από το επιθυμητό, κατατάχθηκαν στα Σωματικά Μη Ικανοποιημένα.

6. Υπολογισμός του Δείκτη Μάζας Σώματος: Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε από τον τύπο: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{μάζα σώματος (kg)} / \text{ύψος (m}^2\text{)}$. Η προσωπική αναφορά σε ύψος και βάρος γενικά γίνεται δεκτή σαν αποτελεσματική και αξιόπιστη και αποτελεί μια εναλλακτική συμβολική λογική για την απευθείας μέτρηση σε επιδημιολογικές μελέτες. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος επίσης χρησιμοποιείται από πολλούς ερευνητές και ειδικούς πάνω σε θέματα υγείας. Οι πιο πολλές μελέτες που έχουν γίνει για να συνδυάσουν την παχυσαρκία με ηχητικές επιδράσεις για την υγεία, στηρίζονται στη μέτρηση του βάρους του σώματος σε σχέση με το ύψος (Healthy, 2010).

7. Ερωτηματολόγιο Σωματικής Αυτοαντίληψης. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της σωματικής αυτοαντίληψης είναι το Self-Perception Profile for Children της Harter το οποίο είναι κατάλληλο για μαθητές προεφηβικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας 8-14 ετών (Harter, 1985). Αποτελείται από πέντε επιμέρους κλίμακες, με πέντε ερωτήσεις για κάθε κλίμακα, και αποτυπώνει τις αυτοαντιλήψεις των εφήβων σε ισάριθμους τομείς της ζωής τους: α) σχολική ικανότητα, β) σχέσεις με τους συνομηλίκους, γ) αθλητική ικανότητα, δ) φυσική εμφάνιση και ε) διαγωγή-συμπεριφορά. (Harter, 1985)

Διατροφικές Διαταραχές

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής συναντώνται αρκετά και με μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών παρουσιάζει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα προεξάρχουν στην ενήλικη ζωή αλλά και στη εφηβεία, η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία. Συνήθως αυτές οι διαταραχές δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου, ενώ αρκετά συχνά πολλοί ασθενείς με ανορεξία και βουλιμία μπορεί να παρουσιάζουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, νευρώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας.

Γι' αυτό όταν κάποιος συναντά άτομα με προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής, όπως εμετό, υπερφαγία ή υποθερμιδική δίαιτα που πλησιάζει τα όρια της απίσχνασης, θα πρέπει να ψάχνει και για άλλες υποκείμενες διαταραχές

πριν αποφασίσει ότι η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής είναι ένα μεμονωμένο πρόβλημα.

Καλό θα ήταν να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία δεν ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και δεν αποτελεί γενικά ψυχική διαταραχή, εκτός και αν οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην αιτιολογία της (Μάνος, 1997).

Η δυσαρέσκεια του σώματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών και προβλέπει μια σειρά από διατροφικές συμπεριφορικές διαταραχές (Cooley & Toray, 2001; Polivy & Herman, 2002; Stice & Whittenton, 2002). Επίσης, η διαταραχή της εικόνας του σώματος είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη, καθώς και για την χαμηλή αυτοεκτίμηση και τις διατροφικές διαταραχές (Johnson & Wardle, 2005; Stice & Bearman, 2001; Stice et al, 2001). Οι αντιλήψεις για τις ελκυστικές εικόνες που κατέχουν τα μέλη του αντίθετου φύλου για το σώμα είναι ένας καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης της εικόνας μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι ακριβείς στις αντιλήψεις τους σε αυτό που οι γυναίκες βρίσκουν ελκυστικό μεταξύ των ανδρών, αντίθετα όμως, οι γυναίκες θεωρούν ότι οι άνδρες θέλουν τις γυναίκες να είναι λεπτότερες από αυτό που πιστεύουν και θέλουν πραγματικά οι άνδρες. Αυτή η ανακριβής αντίληψη συνδέεται με τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών. Ακόμη, αξιολογήθηκε και ο ρόλος της αυτοεκτίμησης και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα των οποίων η αυτοεκτίμηση εξαρτάται από την εμφάνιση των προτύπων, βιώνουν περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες, από εκείνους που αντιλαμβάνονται σωστά ό,τι το αντίθετο φύλο τους βρίσκει ελκυστικούς (Bergstrom, Neighbors, Lewis, 2004).

Σε ακραίες περιπτώσεις η διαταραχή της εικόνας του σώματος, όπως η δυσμορφική διαταραχή του σώματος παρεμβαίνει στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα (Yanover & Thompson, 2008). Η αρνητική εικόνα σώματος τις περισσότερες φορές σχετίζεται με το βάρος και με άλλα

διάφορα μέρη του σώματος, όπως η κοιλιά, η μέση, οι μηροί, οι γλουτοί, η μύτη κ.α., ενώ από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής είναι και η στερητική δίαιτα (O'Dea & Abraham, 2000; Springer et al, 1999).

Εικόνα σώματος και νευρική ανορεξία

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο ασιτίας που το ίδιο το άτομο επιβάλλει στον εαυτό του και με τη θέληση του περιορίζει την τροφή, καθώς φοβάται ότι θα αποκτήσει παχύ σώμα. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα φυσιολογικό βάρος, ο έντονος φόβος ότι θα “κερδίσει” βάρος, η διαταραχή στη σωματική εικόνα, η αυξημένη απώλεια βάρους και πολλές φορές η αμηνόρροια στις γυναίκες.

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή αναφέρουν ότι «αισθάνονται παχιά», ακόμα και όταν έχουν απισχνανθεί, ενώ το βάρος τους μπορεί να είναι φυσιολογικό. Αυτό συμβαίνει επειδή η απώλεια βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο τους για την παχυσαρκία. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μία διαταραγμένη αντίληψη ολόκληρου του σώματος και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας. Δεν τους είναι εύκολο να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας και πιστεύουν ότι διάφορα μέρη του σώματός τους ή ολόκληρο το σώμα τους είναι «πολύ παχιά», ακόμα και όταν είναι ελλιποβαρή (Μάνου, 1997).

Διαγνωστική σημασία και κλινική εφαρμογή

Οι περισσότερες σύγχρονες θεωρίες δείχνουν ότι η δυσαρέσκεια του σώματος μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, κάτι το οποίο επιβεβαιώνουν και οι εμπειρικές μελέτες, ότι δηλαδή μια έντονη ανησυχία για τη φυσική εμφάνιση προηγείται χρονικώς από την έναρξη της διαταραχής. Η νευρική ανορεξία έχει συσχετιστεί με την εκτίμηση του μεγέθους. Αυτή η εξήγηση στηρίζεται στο γεγονός ότι οι αδύνατοι ασθενείς έχουν ένα νοσηρό φόβο ότι θα αποκτήσουν βάρος, επειδή «αισθάνονται πάρα πολύ παχιοί (Garner, 2002).

Παρόλα αυτά υπήρξαν έρευνες, οι οποίες αμφισβήτησαν αυτή την απόλυτη συσχέτιση ανάμεσα στην εικόνα σώματος και τη νευρική ανορεξία, αλλά μετά από κάποιες τεχνικές μέτρησης το 1997, αποδείχτηκε ότι η συσχέτιση αυτή είναι αληθή. Η διαταραχή εικόνας σώματος θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Ακόμα και μετά από την αποκατάσταση βάρους, η πλειοψηφία των ασθενών συνεχίζει να ανησυχεί υπερβολικά για το βάρος του και τη μορφή του σώματος τους. Η εικόνα σώματος είναι σημαντικός προάγγελος της υποτροπής στη νευρική ανορεξία και ασθενείς θεωρούν ότι είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στη μόνιμη αλλαγή (Garner, 2002).

Αιτιολογία

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί φαίνεται να είναι οι αιτιολογικοί παράγοντες της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μία φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή, λόγω της σεξουαλικής έντασης στην εφηβική ηλικία. Οι κοινωνικές θεωρίες ωστόσο, στηρίζονται στην έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες, στη νεολαία, στην ομορφιά, στην θέληση του ατόμου να είναι λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα σώματός τους και την εμφάνιση. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει την κληρονομική ή γενετική πλευρά της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν ή είχαν στο παρελθόν τη διαταραχή. Οι βιολογικές θεωρίες όμως, εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία κ.α. Ευρήματα δείχνουν ότι στη ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, κάτι που αποδεικνύεται από την απελευθέρωση περισσότερης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας, τη μειωμένη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης και από τις διαταραχές και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (Μάνου, 1997).

Αντιληπτική διαστρέβλωση του μεγέθους του σώματος

Οι κλινικές παρατηρήσεις της διαταραγμένη εικόνας στη νευρική ανορεξία έχουν οδηγήσει σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές τεχνικές της εσφαλμένης εκτίμησης μεγέθους:

1. Διαδικασίες εκτίμησης που περιλαμβάνουν την εκτίμηση συγκεκριμένων περιοχών του σώματος (δηλ., πρόσωπο, στήθος, ισχία, κ.λπ.), και
2. Τεχνικές που περιλαμβάνουν την εκτίμηση του μεγέθους (βάρους).

Σύμφωνα με την ανάλυση, ο μέσος διαταραγμένος ασθενής διαστρεβλώνει το μέγεθός του σε μεγαλύτερη έκταση από το 73% του υγιή πληθυσμού. Αυτή η εστίαση μπορεί να υψώσει την αρνητική συναισθηματική εμπειρία για το βάρος και να ενισχύσει τη διαστρέβλωση του (Garner, 2002).

Η Smeets και οι συνάδελφοί της έχουν προτείνει δύο πιθανές εξηγήσεις για την υπερεκτίμηση του μεγέθους στη νευρική ανορεξία. Η πρώτη είναι ότι η υπερεκτίμηση αυτή απεικονίζει την καθαρή οπτική εσφαλμένη εκτίμηση. Σε αυτήν την περίπτωση, ο ασθενής ανακτά μια παχύτερη εικόνα από την οπτική μνήμη και οι εκτιμήσεις του απεικονίζουν αυτήν την εικόνα. Η δεύτερη εξήγηση αποδίδει την εσφαλμένη εκτίμηση στην αναδημιουργία οπτικών παραστάσεων που βασίζονται στις ιδιαίτερες σκέψεις και τα συναισθήματα. Σε αυτήν την περίπτωση, η διαστρέβλωση του μεγέθους της οπτικής εικόνας είναι μια λειτουργία της μνήμης παρά της αντίληψης. Η ανικανότητα των ανορεκτικών ασθενών «να αντιληφθούν» τον εαυτό τους μπορεί να αφορά την εξασθετισμένη ημισφαιρική συμμετρία στην αποθήκευση των οπτικών παραστάσεων του σώματος ή την εξασθετισμένη αλληλεπίδραση ημισφαιρίων, που στο δεξιό ημισφαίριο μπορεί να παρουσιάζεται μειωμένη ενημέρωση της εικόνας σε σχέση με το αριστερό ημισφαίριο, στο οποίο διατηρείται. Η τρίτη εξήγηση είναι βασισμένη στο γεγονός ότι η υπερεκτίμηση μπορεί απλά να είναι ένα χειροποίητο αντικείμενο σχετικό με το πρότυπο μέγεθος, το οποίο είναι μικρότερο. Σύμφωνα με αυτήν την έννοια, οι γυναίκες με εξασθετισμένα ημισφαίρια υπερεκτιμούν περισσότερο το μέγεθος τους ανεξάρτητα με την παθολογία, καθώς τους είναι πιο δύσκολο να υπολογίσουν τα μικρότερα μεγέθη (π.χ. μπορεί να είναι πιο δύσκολο να υπολογίσουν το πλάτος ενός μολυβιού από ένα γραφείο). Αυτά είναι κάποια στοιχεία ότι η

υπερεκτίμηση μπορεί να γίνει κατανοητή ως μορφή πληροφορίας-επεξεργασίας της προκατάληψης που απεικονίζει μια γνωστική κρίση παρά ως ένα αντιληπτικό γεγονός (Garner, 2002).

Δυσαρέσκεια Σώματος: Γνωστικά - Αξιολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα

Οι πολιτιστικοί, αναπτυξιακοί, οικογενειακοί, και οι παράγοντες προσωπικότητας είναι καθοριστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της δυσαρέσκειας στη νευρική ανορεξία. Οι φεμινιστικές και οι γνωστικές-συμπεριφοριστικές προοπτικές στη νευρική ανορεξία υπογραμμίζουν το πολιτιστικό πλαίσιο στο σχηματισμό των πεποιθήσεων και των συναισθημάτων για την εμφάνιση. Έτσι υποτίθεται ότι η γνωστική ευπάθεια στη νευρική ανορεξία έχει τις ρίζες της σε ορισμένες προσωπικότητες και ευμετάβλητα χαρακτηριστικά, όπως η τελειομανία, η ακαμψία, καθώς και σε παραλλαγές στα νευρωνικά συστήματα που επηρεάζουν τη γνωστική επεξεργασία πληροφοριών.

Η νευρική ανορεξία αναπτύσσεται συχνότερα από την πεποίθηση του προσώπου ότι η αντιληπτική του φυσική ατέλεια μπορεί να διορθωθεί με το να κάνει δίαιτα, με την άσκηση και την απώλεια βάρους. Οι μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η δυσαρέσκεια και η έναρξη δίαιτας συνδέονται σημαντικά με την εμφάνιση της συμπτωματολογίας των διαταραχών της τροφής, καθώς επίσης και των πραγματικών διατροφικών διαταραχών. Η διαταραχή του σώματος δημιουργεί πεποιθήσεις στα άτομα ότι το να είσαι λεπτός θεωρείται σημάδι ελέγχου και αυτό-πειθαρχίας, καθώς επίσης πιστεύουν ότι η αξία τους μετράται ανάλογα με το πόσο λεπτοί είναι. Αυτές τις πεποιθήσεις, συνδέονται με την επιτυχία και την αποτυχία. Όταν επιτευχθεί η απώλεια βάρους, η διαδικασία διατηρείται περαιτέρω από τα συμπεριφοριστικά, συναισθηματικά και φυσιολογικά «συμπτώματα λιμού» που τείνουν να στηρίξουν τις ιδιοσυγκρασιακές πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά ελέγχου βάρους (Garner, 2002).

Σύμφωνα με τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες με και χωρίς διατροφικές διαταραχές, ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες για την

ανάπτυξη της δυσαρέσκειας είναι το πραγματικό βάρος. Στη νευρική ανορεξία όμως, η έννοια της δυσαρέσκειας είναι πιο περίπλοκη, επειδή τα περισσότερα άτομα είναι ικανοποιημένα με το βάρος τους, δηλαδή με την ισχνή μορφή τους. Η δυσαρέσκεια αυτή μπορεί να οδηγήσει στη νευρική ανορεξία και όταν διαγνωσθεί επίσημα, παρατηρείται ότι ο ασθενής έχει παρόμοια δυσαρέσκεια για το σώμα του με αυτή που έχουν οι μέσες φοιτήτριες κολεγίου. Το μόνο θετικό σημάδι που μπορεί να έχει η δυσαρέσκεια είναι το να παρουσιάζει ο ασθενής την επιθυμία να κερδίσει βάρος (Garner, 2002).

Μερικές από τις μελέτες που ξεκίνησαν από το 19ο αιώνα δεν αναφέρουν ακόμη ότι η δυσαρέσκεια είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής. Στην Ινδία και στην Κίνα οι περιπτώσεις της νευρικής ανορεξίας που παρουσιάζονται δεν οφείλονται στο φόβο για το βάρος. Αντίθετα, στο δυτικό πολιτισμό οι ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια μικρή μειονότητα των ασθενών που παρουσιάζουν πολύ χαμηλό βάρος και ότι έχουν κάποια δυσαρέσκεια για το σώμα τους που τους οδήγησε να αναπτυχθεί αυτή η διαταραχή. Μερικοί από αυτούς τους ασθενείς άρχισαν να μειώνουν την πρόσληψη τροφής τους, λόγω των «πνευματικών» ανησυχιών, των φόβων, της αποστροφής στη σύσταση ορισμένων τροφίμων, των αλλεργιών σε κάποια τρόφιμα, ή λόγω μιας συνοπτικής φυσικής ασθένειας. Αυτές οι περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως «άτυπη» ή ως «αδιευκρίνιστη διαταραχή» (Garner, 2002). Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι μέθοδοι για να μπορέσει να διορθωθεί η διαστρεβλωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος στους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Μία από αυτές τις μεθόδους είναι η παροχή διορθωτικής ανατροφοδότησης, η οποία έχει ως στόχο την βελτίωση με την πάροδο του χρόνου, ενώ μία άλλη στρατηγική είναι οι ασθενείς να παρατηρήσουν το σώμα τους στον καθρέφτη και να εξετάσουν το σχήμα του σώματός τους με βάση αυτό που βλέπουν. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι αυτή η άσκηση μπορεί να έχει αξία, βοηθώντας τους ασθενείς να ξεπεράσουν την άρνηση της σοβαρότητας της διαταραχής (Garner, 2002)

Εικόνα σώματος και βουλιμία

Η βουλιμία είναι μία επικρατούσα και χρόνια ψυχιατρική διαταραχή που σχετίζεται με την ψυχοπαθολογία και αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση της παχυσαρκίας, την κατάχρηση ουσιών και της κατάθλιψης.

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση αυξημένης τροφής με υψηλή θερμιδική αξία που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες τροφές, όπως παγωτά, κέικ, κουλουράκια κ.α. Τα βουλιμικά άτομα συνήθως ντρέπονται για τη συμπεριφορά τους και προσπαθούν να κρύψουν αυτά τα επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά μπορούν να προκληθούν από προσωπικά προβλήματα, δυσφορικές καταστάσεις, από έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή από αρνητικά συναισθήματα για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος. Κατά τα βουλιμικά επεισόδια το άτομο τις περισσότερες φορές τρώει κρυφά και δεν σταματά ωςότου πονέσει η κοιλιά του ή κάποιος τον διακόψει ή προκαλέσει έμετο. Ο προκλητός έμετος χρησιμοποιείται από το 80-90% των βουλιμικών, έτσι ώστε να αποφύγουν την αύξηση βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής (Μάνου, 1997).

Τα βουλιμικά άτομα νοιάζονται υπερβολικά για το βάρος τους και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν με δίαιτα, έντονη άσκηση, νηστεία, προκλητό έμετο ή με τη χρήση καθαρικών ή διουρητικών. Περίπου το 30% των ατόμων αυτών παίρνουν καθαρικά μετά από αυτά τα επεισόδια. Συχνά παρατηρούνται διακυμάνσεις του βάρους που οφείλονται σε εναλλασσόμενες περιόδους υπερφαγίας και νηστείας.

Οι έρευνες δείχνουν ότι στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων π.χ. χαμηλή αυτό εκτίμηση, αλλά και Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή και Δυσθυμική Διαταραχή που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της διαταραχής. Επίσης, υπάρχει αυξημένη συχνότητα αγχωδών συμπτωμάτων (π.χ. φόβος κοινωνικών καταστάσεων), Αγχωδών Διαταραχών, Κατάχρησης Ουσιών και Εξάρτησης από Ουσίες (ιδιαίτερα αλκοόλ και διεγερτικών) και Διαταραχών Προσωπικότητας (πιο συχνά της Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας) (Μάνου, 1997).

Οι διαταραχές της εικόνας σώματος είναι ένας από τους ισχυρούς παράγοντες για την ανάπτυξη της βουλιμίας. Οι διαταραχές αυτές αναφέρονται(Stice, 2002):

Στην εσωτερικοποίηση του ιδανικού σώματος (λεπτός), στην δυσαρέσκεια του σώματος και στις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για την εικόνα. Ακόμη, διακρίνονται από την υπερβολική έμφαση που δίνουν στο βάρος και το σχήμα για τον προσδιορισμό της αυτοεκτίμησης, η οποία είναι ένα σύμπτωμα της βουλιμίας.

Η πίεση στο να έχουν ένα λεπτό σώμα προέρχεται από διάφορες πηγές, όπως είναι η οικογένεια, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι συνομήλικοι. Οι πιέσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της δυσαρέσκειας του σώματος, καθώς τα άτομα δεν μπορούν να αποκτήσουν εύκολα το πρότυπο σώμα. Στο ίδιο αποτέλεσμα (της αύξησης της δυσαρέσκειας) οδηγεί και η παχυσαρκία, λόγω της διαφοράς που υπάρχει από την εικόνα πολύ λεπτών ατόμων. Οι διαταραχές αυτές αυξάνουν τον κίνδυνο για τη βουλιμική παθολογία μέσα από δύο μηχανισμούς. Ο ένας από αυτούς είναι ότι η δυσαρέσκεια και η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος οδηγεί τα άτομα στην πεποίθηση, ότι εάν κάνουν αυστηρή δίαιτα θα μπορέσουν να ελέγξουν το βάρος τους. Η στερητική δίαιτα με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση και τη συντήρηση της βουλιμικής παθολογίας, αφού υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να καταναλωθεί μεγάλη ποσότητα τροφής ως αντίδραση σε αυτή τη στέρηση.

Τα αυξημένα αρνητικά συναισθήματα θεωρείται ότι αυξάνουν και αυτά την αυξημένη κατανάλωση τροφής, καθώς το χρησιμοποιούν ως μέσο για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δυσμενείς συγκινήσεις. Έτσι εκτελούν αντισταθμιστικές πράξεις, επειδή πιστεύουν ότι αυτή η συμπεριφορά τους εξυπηρετεί σαν μία συναισθηματική κάθαρση (Stice, 2002).

Αιτιολογία

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται στην σφαιρική ψυχοπαθολογία π.χ. σε κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στην μνήμη του ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν. Από την άλλη όμως αρκετές έρευνες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα

Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της διάθεσης και Σχετιζόμενων με ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού. Κάποιο ρόλο στη διαταραχή επίσης, φαίνεται να παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές.

Εμπειρικά Ευρήματα

Τα εμπειρικά ευρήματα και διάφορες έρευνες επιβεβαιώνουν τον ισχυρισμό ότι οι κοινωνικοπολιτιστικές πιέσεις ενθαρρύνουν την εσωτερικοποίηση του λεπτού - ιδανικού σώματος, τη δυσαρέσκεια και τη διαστρέβλωση της εικόνας. Το ίδιο αποτέλεσμα έχει και η έκθεση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, οδηγώντας έτσι στην αύξηση των διαταραχών της εικόνας. Επίσης, έρευνες επιβεβαιώνουν ότι μία επέμβαση, όπως η απώλεια βάρους, μειώνουν αυτή τη εσωτερικοποίηση και τη δυσαρέσκεια της εικόνας. Έχει αποδειχτεί ότι οι διαταραχές αυτές της εικόνας στη συνέχεια, σχετίζονται με τη παθολογική βουλιμία, ενώ οι σύγχρονες μελέτες τεκμηριώνουν ότι τα βουλιμικά άτομα έχουν περισσότερη εσωτερικοποίηση για το σώμα πρότυπο και μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για την εμφάνισή τους από τα άτομα, τα οποία δεν έχουν καμία διατροφική διαταραχή. Επιπλέον, παρατηρείται ότι τα βουλιμικά άτομα υπερεκτιμούν τα χαρακτηριστικά του σώματος, κάτι το οποίο οφείλεται στις συμπεριφοριστικές διαταραχές για να μπορέσουν να αποκτήσουν τα ιδανικά χαρακτηριστικά για το σώμα.

Μελέτες αποκαλύπτουν σημαντικούς συσχετισμούς μεταξύ των μεταβλητών της δυσαρέσκειας, των διαστρεβλώσεων εικόνας σωμάτων, δίαιτας και της βουλιμικής παθολογίας. Η δυσαρέσκεια για το σώμα οδηγεί τα άτομα στο να κάνουν πολλές φορές στερητική ή μη δίαιτα, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η παθολογική βουλιμία, ενώ άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η αύξηση της δυσαρέσκειας αυξάνει τα αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα την έναρξη της κατάθλιψης (Stice, 2002 & Fairburn et al. 2003).

Τέλος, αξιολογήθηκε η εικόνα σώματος γυναικών με νευρική ανορεξία και βουλιμία ως προς γυναίκες που δεν είχαν διατροφικές διαταραχές. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν με τα ιδανικά των ανδρών για τη θηλυκή ελκυστικότητα και βρέθηκε ότι η υπερεκτίμηση του μεγέθους του σώματος ήταν πιο ευδιάκριτη στις δύο ομάδες ασθενών. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ήθελαν

περισσότερο να αποκτήσουν ιδανικό βάρος, ενώ η εκτίμηση του ιδανικού γυναικείου σώματος που είχε η κοινωνία και στις τρεις ομάδες γυναικών δεν διέφερε από την αντίληψη των ανδρών για το ελκυστικό γυναικείο σώμα (Benninghoven et al, 2007).

Κλινικές επιπτώσεις

Οι επεμβάσεις μειώνουν την κοινωνικοπολιτιστική πίεση και προωθούν τον υγιή τρόπο για να αποκτήσουν τα άτομα ένα φυσιολογικό βάρος με κανονική, μέτρια φυσική δραστηριότητα, μέτρια κατανάλωση τροφής κ.α. με αποτέλεσμα να μειώνονται οι διαταραχές εικόνας. Επίσης, τα διάφορα προγράμματα για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών φαίνεται από μελέτες να μειώνουν την εσωτερικοποίηση για το ιδανικό - λεπτό σώμα και τις διαστρεβλώσεις της εικόνας, ενώ οι επεμβάσεις πρόληψης μιας διατροφικής διαταραχής που μειώνουν τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και του αρνητικούς παράγοντες επιρροής που εμφανίζονται να αυξάνουν τον κίνδυνο βουλιμίας αποδεικνύονται επικοδομητικές σύμφωνα με έρευνα του Cash, Strachan, Winzelberg και των συναδέλφων τους (Cash, Strachan 1999).

Επεισοδιακή υπερφαγία (B.E.D.)

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την επεισοδιακή υπερφαγία δίνουν έμφαση στη διατροφική συμπεριφορά και στο συναίσθημα για την υπερβολική κατανάλωση τροφής και σε αντίθεση με αυτούς που πάσχουν από νευρική ανορεξία και βουλιμία, δεν προκαλεί διαταραχή ή ανησυχία για την εικόνα του σώματος. Η βιβλιογραφία τα τελευταία 10 χρόνια δείχνει ότι τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία αποτελούν μία ξεχωριστή υποομάδα των παχύσαρκων, οι οποίοι βιώνουν περισσότερο μία ψυχολογική δυσφορία, όπως κατάθλιψη, άγχος, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Ένα στοιχείο αυτής της ψυχολογική δυσφορίας είναι η κακή εικόνα του σώματος. Μία μελέτη συγκρίνει τα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία με άλλες ομάδες διατροφικών διαταραχών και με άτομα φυσιολογικού βάρους που

πάσχουν από την ίδια διαταραχή. Τα άτομα αυτά είχαν παρόμοια επίπεδα στο σχήμα σώματος και ανησυχία για το βάρος τους σε σύγκριση με τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αγωνία για την εικόνα του σώματος είναι ένα κεντρικό στοιχείο της επεισοδιακής υπερφαγίας, όπως ακριβώς συμβαίνει και για τις άλλες διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, οι παχύσαρκοι ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία είχαν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας για το σχήμα και το βάρος σε σύγκριση με τα παχύσαρκα άτομα χωρίς την συγκεκριμένη διαταραχή (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Άλλοι ερευνητές έχουν εξετάσει τη σχέση της υπερφαγίας και της κακής εικόνας του σώματος σε διαφορετικές ομάδες και έχουν βρει ότι σχετίζονται σημαντικά. Σε μία έρευνα από Milkewicz και Cash (2004), μελετήθηκαν γυναίκες, οι οποίες ήταν υπέρβαρες από το παρελθόν, γυναίκες, οι οποίες ήταν υπέρβαρες κατά τη διάρκεια της έρευνας και γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Παρατηρήθηκε ότι η κακή εικόνα του σώματος και η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση σχετίζονταν σημαντικά και στις τρεις ομάδες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι δύο αυτές εμπειρίες είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το βάρος.

Σε μία άλλη μελέτη του ψυχοκοινωνικού προτύπου της επεισοδιακής υπερφαγίας από τους Hilbert & Tuschen-Caffier το 2004, διαπιστώθηκε ότι για τις γυναίκες, το 70% των συμπτωμάτων της υπερφαγίας θα μπορούσε να είχε προβλεφθεί από τις μεταβλητές: αυξομείωση βάρους, πειράγματα για το βάρος και το σχήμα του σώματος, την αρνητική επιρροή και το διαιτητικό περιορισμό. Για τους άνδρες, αυτό το μοντέλο προβλέπει το 61-72% της διακύμανσης των συμπτωμάτων της υπερφαγίας. Αυτή η μελέτη ήταν πολύ σημαντική, δεδομένου ότι τεκμηρίωσε τις ισχυρές σχέσεις μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και βοήθησε στο να προσδιοριστούν εκείνα τα παχύσαρκα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ψυχολογική δυσφορία (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Εικόνα σώματος και δυσμορφικές διαταραχές σώματος

Η δυσμορφική διαταραχή σώματος (BDD) ή αλλιώς γνωστή ως δυσμορφοβία είναι μία γνωστή διαταραχή της εικόνας σώματος σε όλο τον

κόσμο εδώ και περίπου έναν αιώνα. Η διαταραχή αυτή είναι ευρέως γνωστή και εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό, στις ψυχιατρικές και δερματολογικές κλινικές. Πρόκειται για μία ανησυχία στην εμφάνιση που εστιάζει στις ατέλειες του προσώπου. Η παραμικρή ατέλεια του προσώπου, σε αυτά τα άτομα, φαίνεται υπερβολική. Αυτή η ανησυχία προκαλεί τις περισσότερες φορές εξασθένηση στους κοινωνικούς, επαγγελματικούς, προσωπικούς και άλλους τομείς. Έχει χαρακτηριστεί ως μία διαταραχή ψυχωτικού τύπου και ως παραληρητική διαταραχή σωματικού τύπου (Phillips, 2002).

Κάποιες έρευνες που έχουν γίνει, δείχνουν ότι η διαταραχή αυτή προσβάλλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Στη μεγαλύτερη δημοσιευμένη σειρά από την Phillips & Diaz, το 51% που προσβάλλεται από αυτή τη διαταραχή ήταν άνδρες. Η πλειοψηφία των ασθενών έχει κάποια διαταραχή προσωπικότητας, συνήθως αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Φαίνεται να είναι χρόνια διαταραχή, αν και η πορεία της είναι πιο ευνοϊκή όταν οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία (Phillips & Diaz, 1997).

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα άτομα με δυσμορφική διαταραχή του σώματος ανησυχούν ότι κάποια πτυχή της εμφάνισής τους είναι μη ελκυστική ή παραμορφωμένη, ενώ στην πραγματικότητα μπορεί να μην υπάρχει καμία ατέλεια ή και να υπάρχει θα είναι ελάχιστα ορατή. Οι ατέλειες αυτές που φαντάζονται συνήθως αφορούν πτυχές ή χαρακτηριστικά γνωρίσματα του προσώπου ή του κεφαλιού (π.χ. ακμή, σημάδια, μεγάλη ή ιδιόμορφη μύτη κ.α.). Η δυσμορφία των μυών είναι ένας τύπος της δυσμορφικής αυτής διαταραχής, στην οποία τα άτομα ανησυχούν ότι έχουν ένα μικρόσωμο σώμα, ενώ στην πραγματικότητα είναι ψηλοί και μυώδεις.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι ανησυχίες συνδέονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ντροπή, αμηχανία και με το φόβο της απόρριψης. Οι ασθενείς δεν έχουν την διορατικότητα και ούτε αντιλαμβάνονται ότι το υποτιθέμενο ελάττωμα δεν υπάρχει στην πραγματικότητα. Θεωρούν ότι κάθε φορά ο περίγυρός τους αναγνωρίζει αυτό το πιθανό ελάττωμα και ότι ασχολείται συνέχεια με αυτό, κοιτάζοντας το ή χλευάζοντας το (Phillips, 2002).

Όλα τα άτομα με σωματική δυσμορφική διαταραχή εκτελούν πολλές φορές επαναλαμβανόμενες, καταναγκαστικές και συχνά χρονοβόρες συμπεριφορές όπως, το make up, την ενδυμασία, το φτιάξιμο μαλλιών κ.α. με κύρια πρόθεση να αποκρύψουν, να επιθεωρήσουν και να καθορίσουν την αντιληπτική ατέλεια. Ο στόχος μίας τέτοιας συμπεριφοράς είναι να μειωθεί η ανησυχία του ατόμου για την εμφάνισή του, αλλά έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνει το άγχος του και να προσπαθεί κάθε φορά με την ίδια επαναλαμβανόμενη και καταναγκαστική συμπεριφορά να κρύψει την αντιληπτή του ατέλεια (Phillips, 2002).

Παθολογία και Αιτιολογία

Η παθολογία της δυσμορφικής διαταραχής έχει διερευνηθεί ελάχιστα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι εμφανίζεται κατά 6-10% σε μέλη της οικογένειας με συγγένεια 1ου βαθμού, ενώ στο γενικό πληθυσμό παρατηρείται ότι είναι κληρονομική διαταραχή. Οι νευροψυχολογικές μελέτες δείχνουν ότι η παθογένεση της μπορεί να οφείλεται και σε εκτελεστική δυσλειτουργία με σημαντικό ρόλο αυτό της σεροτονίνης. (Phillips, 2002).

Για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής κύριο ρόλο έχουν και νευροβιολογικοί, εξελικτικοί, κοινωνικοπολιτιστικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Μια μελέτη από την Phillips και τις συναδέλφους της το 1996, διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με την διαταραχή είχαν μικρότερη γονική προσοχή από το υπόλοιπο δείγμα (Phillips, 2002). Φαίνεται εύλογο ότι η συχνή κριτική ή τα πειράγματα για την εμφάνιση κάποιου από το κοινωνικό περίγυρο αποτελούν παράγοντες κινδύνου για BDD και ότι θα ήταν ένας λόγος για την προτροπή αισθητικής χειρουργικής επέμβασης αυτών των ατόμων (Phillips, 2002 & Calogero et al, 2010).

Διαταραχή εικόνας σώματος στη δυσμορφική διαταραχή

Σε μία πιο πρόσφατη μελέτη για την εκτίμηση της ελκυστικότητας μέσα από φωτογραφίες άλλων ανθρώπων αλλά και δικές τους, οι ασθενείς υπερεκτίμησαν την ομορφιά των άλλων προσώπων και υποτίμησαν τη δική τους ελκυστικότητα, ενώ σε μία άλλη έρευνα από τον Stroop οι ασθενείς αυτοί ανταποκρίθηκαν επιλεκτικά σε λέξεις, όπως ομορφιά, δείχνοντας έτσι μία ανησυχία για την εμφάνισή τους (Phillips, 2002). Παρόμοια αποτελέσματα

παρουσιάστηκαν και το 2010, όπου οι συμμετέχοντες με δυσμορφική διαταραχή ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με την εμφάνισή τους και η λιγότερη ικανοποίηση συνδέθηκε με μία άλλου τύπου διαταραχή. Σε σύγκριση με τα πρότυπα του πληθυσμού, οι άνδρες και οι γυναίκες που έπασχαν από την διαταραχή ένιωθαν λιγότερο σωματικά υγιείς και οι γυναίκες είχαν επενδύσει λιγότερο σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Ωστόσο, σε σύγκριση με τον θηλυκό πληθυσμό, οι γυναίκες ασθενείς ένιωθαν λιγότερο φόβο για την εμφάνισή τους. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς με δυσμορφική διαταραχή διαφέρουν από τον πληθυσμό, σε μια σειρά από σημαντικές πτυχές της εικόνας του σώματος (Didie, Kuniega-Pietrzak, Phillips, 2010).

Όσον αφορά τη διαστρέβλωση της εικόνας, δεν είναι γνωστό εάν οι απόψεις των ασθενών για την εμφάνισή τους βασίζονται στην αισθητήρια (αντιληπτική) επεξεργασία ή στη συμπεριφοριστική/γνωστική-αξιολογική δυσαρέσκεια. Κάποιες κλινικές παρατηρήσεις αναφέρουν ότι υπάρχουν άτομα με BDD που έχουν εξασθενημένη αισθητήρια επεξεργασία, κάτι το οποίο ερμηνεύεται σαν παραίσθηση (Phillips, 2002). Σε κάποιες όμως μελέτες φαίνεται ότι αυτό δεν ισχύει, αλλά αντίθετα δείχνουν ότι τα άτομα αυτά έχουν καλύτερη μεροληπτική ικανότητα από τα υγιή άτομα, κάτι το οποίο διαπιστώνεται και από την μελέτη του Thomas και Goldberg, το 1995. Μια άλλη πειραματική μελέτη, από τον Jerome το 1991, ομοίως πρότεινε ότι οι ασθενείς μπορούν να έχουν μια ακριβέστερη αντίληψη για το μέγεθος και τη μορφή της μύτης τους από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τέλος, τα άτομα με τη διαταραχή έχουν βρεθεί να έχουν ελλείμματα στη λεκτική και μη λεκτική μνήμη, έναντι των κανονικών ελέγχων. Τα ελλείμματα αυτά φαίνονται να οφείλονται στην οργανωτική (εκτελεστική) δυσλειτουργία που συνεπάγεται στα δευτερεύοντα ή άσχετα ερεθίσματα.

Ο ρόλος της εικόνας του σώματος για την πρόληψη των διατροφικών διαταραχών

Σε γενικές γραμμές οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η αρνητική εικόνα του σώματος αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα του διαταραγμένου τρόπου διατροφής. Ο Stice το 2002, υποστήριξε ότι οι παράγοντες οικογένεια,

φίλοι, ΜΜΕ, εσωτερίκευση του λεπτού, προκαλούν αρνητική εικόνα σώματος. Αυτή με τη σειρά της αυξάνει τη συγκρατημένη κατανάλωση τροφής, την υπερφαγία και το αρνητικό συναίσθημα. Με λίγα λόγια η έρευνα δείχνει ότι εάν αποτραπεί η αρνητική εικόνα σώματος, θα μειωθούν οι επιπτώσεις που συμπεριλαμβάνουν την κατανάλωση τροφής.

Η πρωτογενής πρόληψη ή πρόληψη στη δημόσια υγεία, επικεντρώνεται στην αλλαγή των δημόσιων πολιτικών και κοινοτήτων. Θα μπορούσαν να είχαν δημιουργηθεί προγράμματα για άτομα που δεν έχουν ακόμα προβλήματα - διαταραχές, αλλά έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης (π.χ. γονείς με βουλιμία μπορούν με αυτό το πρόγραμμα να βοηθήσουν τα παιδιά τους, που έχουν την προδιάθεση και τους γενετικούς παράγοντες, στο να μην αναπτυχθεί η διαταραχή).

Μία άλλη πρόληψη είναι η δημιουργία προγραμμάτων με γνωστικό - συμπεριφορικό χαρακτήρα, όταν τα άτομα δεν έχουν ακόμη αναπτύξει το πρόβλημα (π.χ. διατροφικές διαταραχές), αλλά βρίσκονται σε κίνδυνο, λόγω της παρουσίας πρόδρομων παραγόντων (π.χ. αρνητική εικόνα σώματος) (Levine & Piran, 2004).

Πρόληψη με κοινωνική-γνωσιακή θεωρία

Η κοινωνική γνωστική θεωρία του Bandura ή η γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία αναφέρει τα αποτελέσματα των διατροφικών διαταραχών, τα οποία προέρχονται από τις κοινωνικοπολιτισμικές πεποιθήσεις και το συναίσθημα. Έτσι, θα ήταν καλό να δημιουργηθούν προγράμματα με ασκήσεις για την κατανόηση και τη βελτίωση της εικόνας, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης και της αλλαγής ανθυγιεινών πεποιθήσεων σχετικά με το βάρος και το σχήμα. Θα ήταν χρήσιμο να δοθούν οδηγίες για τη σωστή διατροφή και την άσκηση και να αναλυθούν στρατηγικές στην οικογένεια και στους συνομηλίκους για το πώς θα μπορέσουν τα άτομα να αντισταθούν σε μηνύματα των ΜΜΕ. Τέλος, η κοινωνική μάθηση θα μπορούσε να ενισχυθεί μέσα από διαλέξεις παρατήρησης, παιχνίδια ρόλων, ομαδικές ασκήσεις κ.α. (Levine & Piran, 2004).

Στρεσσογόνο Μοντέλο

Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών προβλημάτων (συμπεριλαμβανομένου και των διατροφικών διαταραχών) και της αρνητικής αυτό-εικόνας, της έλλειψης ικανοτήτων αντιμετώπισης προβλημάτων, τη διαχείριση του άγχους και της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης. Σύμφωνα όμως με το στεσογόνο μοντέλο (NSVS), τα άτομα επωφελούνται στο να μπορούν να διαχειρίζονται το άγχος τους και να αναπτύξουν κι άλλες δεξιότητες για τη λήψη αποφάσεων και επικοινωνίας. Τα μοντέλα πρόληψης θα ήταν μία καλή προσπάθεια να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων, ελαχιστοποιώντας έτσι, την ύπαρξη κινδύνου, όπως είναι η αρνητική εικόνα του σώματος. Συγκριτικά με μία ομάδα υγιών ατόμων που δεν έλαβαν προληπτική παρέμβαση, η έγκυρη αξιολόγηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα συνέβαλε στις λιγότερες περιπτώσεις διαταραγμένης κατανάλωσης κατά τη διάρκεια μιας σημαντικής χρονικής περιόδου (π.χ., από τις ηλικίες 13 έως 20) (Levine & Piran, 2004).

Σε αντίθεση με έναν μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων για την εικόνα του σώματος, μόνο λίγα έγγραφα έχουν εστιάσει στη θεραπεία μιας διαστρεβλωμένης εικόνας σώματος και στις διατροφικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές, δύο άμεσες και συγκεκριμένες προσεγγίσεις μπορούν να διακριθούν: η γνωστική / συμπεριφοριστική προσέγγιση, η οποία στοχεύει στην εύρεση και τον έλεγχο των συναισθημάτων των ασθενών που είναι δυσαρεστημένοι με το σώμα τους, με τη βοήθεια συνεντεύξεων και μεθόδων χαλάρωσης και η οπτική προσέγγιση που κάνει χρήση των βιντεοσκοπήσεων, ιδιαίτερα χειρονομιών και κινήσεων, με στόχο να επηρεάσουν το επίπεδο της ευαισθητοποίησης του σώματος (Riva, 1998).

Σε μία μελέτη με 28 ασθενείς που διαγνώστηκαν με επεισόδια υπερφαγίας χρησιμοποιήθηκε η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία για την σύγκριση ορισμένων τμημάτων του σώματος των ασθενών (CBT-E) και τμημάτων του σώματος που έχουν υποστεί αλλαγές αναδόμησης (CBT-C). Αξιολογήθηκαν οι αρνητικές σκέψεις για το σώμα κάποιου, οι δυσλειτουργικές υποθέσεις για τη μορφή, το βάρος και τη δυσαρέσκεια. Μετά τη θεραπεία και 4 μήνες αργότερα, παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες βελτίωση της διαταραχής της εικόνας σε

όλους τους δείκτες και σταθερές βελτιώσεις στη συγκεκριμένη και γενική ψυχοπαθολογία της διατροφικής διαταραχής. Αυτά τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η γνωστική αλλά και η συμπεριφορική θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές στη βελτίωση και θεραπεία της υπερφαγίας (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Σε μία άλλη έρευνα του Palmeira το 2010 χρησιμοποιήθηκε ένα πρόγραμμα θεραπείας της παχυσαρκίας για να αξιολογηθεί κατά πόσο οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος και στην ψυχολογική ευεξία είναι προάγγελοι της αλλαγής του βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από παρακολούθηση. Συμμετείχαν 142 υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες σε ένα τετράμηνο πρόγραμμα θεραπείας συμπεριφοράς και σε μια δωδεκάμηνη παρακολούθηση. Οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που βελτιώθηκαν κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας και αυτών των αλλαγών, συσχετίστηκαν με τη μείωση βάρους στους 4 μήνες. Με αυτή τη μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους παρατηρήθηκαν και βραχυπρόθεσμες αλλαγές στη δυσαρέσκεια του μεγέθους του σώματος, αλλά και στη διάθεση. Μπορεί όμως, να υπάρξει και μία μακροπρόθεσμη αλλαγή στη δυσαρέσκεια για το μέγεθος του σώματος και την αυτοεκτίμηση και στη συνέχεια της θεραπείας για την παρακίνηση μεγαλύτερης απώλειας βάρους.

Εκτός από τις αλλαγές στο βάρος, οι συμμετέχοντες σε προγράμματα απώλειας βάρους συχνά αναφέρουν βελτιωμένη ικανοποίηση από τη ζωή και ένα θετικό αίσθημα για το σώμα τους, ενώ παράλληλα μπορούν να μάθουν νέες ικανότητες, όπως το να είναι σωματικά δραστήριοι και να έχουν την αυτοδιαχείριση του βάρους τους. Με αυτό το προγράμματα παρατηρείται αλλαγή του τρόπου ζωής και θετικές επιπτώσεις στα συναισθήματα, στη φυσική δραστηριότητα, στην αυτοεκτίμηση, στην κατάθλιψη και γενικά σε άλλες ψυχολογικές μεταβλητές (Palmeira, 2010).

Σε μία άλλη έρευνα εξετάστηκαν οι πολυδιάστατες πτυχές της εικόνας του σώματος των ατόμων με νευρική βουλιμία (BN) (πριν αλλά και μετά τη θεραπεία) και χωρίς βουλιμία. Έπειτα, διερευνήθηκε κατά πόσο η παρέμβαση θα βελτίωνε την εικόνας του σώματος και κατά πόσο θα ήταν αποτελεσματική μετά τη θεραπεία, αλλά και κατά την μετέπειτα παρακολούθηση. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας και σε

συνεχόμενες επισκέψεις παρακολούθησης για 1-6 μήνες. Στην αρχή της μελέτης, οι συμμετέχοντες με νευρική βουλιμία είχαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια και υπερεκτίμηση του μεγέθους του σώματος από την ομάδα σύγκρισης. Τα αποτελέσματα, στο τέλος της θεραπείας, ανέφεραν σημαντική βελτίωση στην αυτό-αναφερόμενη διαταραχή συμπεριφοράς και υπερεκτίμηση του μεγέθους, με συνεχείς μειώσεις κατά την παρακολούθηση. Ωστόσο, δεν αποδείχτηκε η θετική αποτελεσματικότητα της παρέμβασης κατά την έναρξη, τη διάρκεια και μετά το τέλος της θεραπείας. Οι συνέπειες τη θεραπείας περιλαμβάνουν τη διευκρίνιση της προέλευσης της εικόνας του σώματος, που σχετίζονται με την αγωνία και τη βελτίωση της θεραπείας και τις προσπάθειες για τα αντιληπτικά και τα συμπεριφορικά στοιχεία της εικόνας του σώματος (Peterson et al, 2004).

EAT-26

Μία έκδοση 26 αντικειμένων του EAT (EAT-26) προτάθηκε, βασισμένη στον παράγοντα ανάλυσης του αυθεντικού (EAT-40). Υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στο EAT-26 και στο EAT-40. (Garner D. M., et al., 1982)

Οι 26 ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο του eat 26 χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες από τις οποίες η πρώτη αναφέρεται στις διατροφικές-δαιτητικές συνήθειες και αποτελείται από 13 ερωτήσεις, η δεύτερη αναφέρεται στην βουλιμία και τις διατροφικές ανησυχίες και αποτελείται από 6 ερωτήσεις και η τρίτη αναφέρεται στον «έλεγχο» του φαγητού, δηλαδή αν μπορούν να ελέγχουν τον εαυτό τους όσο αφορά το θέμα του φαγητού (ποσότητα και ποιότητα) και αποτελείται από 7 ερωτήσεις. (Garner D. M. & Garfinkel P. E., 1979, Garner D. M., et al., 1982)

Το ερωτηματολόγιο απαντάται βάσει μιας κλίμακας Likert. Για την απάντηση «ποτέ» υπολογίζονται 3 βαθμοί, για «σπάνια» 2 βαθμοί, για «μερικές φορές» 1 βαθμός και 0 βαθμοί για τις απαντήσεις «πάντα, συνήθως και συχνά». Αν η συνολική βαθμολογία είναι κάτω από τους 20 βαθμούς, τότε η διατροφική συμπεριφορά είναι μη φυσιολογική.

Σε μια τμηματική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1998 για να αξιολογήσει την εγκυρότητα της βραζιλιάνικης έκδοσης του EAT-26, για τον προσδιορισμό

των μη φυσιολογικών συμπεριφορών διατροφικής κατανάλωσης σε ένα πληθυσμό νέων γυναικών στο Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, 56 γυναίκες παρουσίασαν ανώμαλη- μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, όπως αποδεικνύεται από το EAT- 26 και από την Κλίμακα Βουλιμίας του Εδιμβούργου. Κάθε υποκείμενο αντιστοιχήθηκε βάσει της ηλικίας και της περιοχής κατοικίας με 2 φυσιολογικά υποκείμενα (ομάδα ελέγχου: n=112) και επαναξιολογήθηκε 4 χρόνια αργότερα με τα 2 προαναφερθέντα ερωτηματολόγια, μαζί με το CIDI (Composive International Diagnostic Interview) (Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., Mari, J. J. 1998).

Τα αποτελέσματα του EAT-26 συγκρίθηκαν έπειτα με τις πρωταρχικές διαγνώσεις του CIDI. Για να αξιολογηθεί η χρονική σταθερότητα των 2 ερωτηματολογίων, ένας σχεδιασμός επαναλαμβανόμενης δοκιμής (test - retest), εφαρμόστηκε για να υπολογίσει «κ» συντελεστές για τα μεμονωμένα στοιχεία. Λαμβάνοντας υπόψη την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στο 6,2%, η συνέντευξη ψυχιατρικής του CIDI εφαρμόστηκε σε 161 γυναίκες. Από αυτές το 0,6% έπασχε από νευρική ανορεξία, το 5,6% από νευρική βουλιμία (10 πιθανές περιπτώσεις).

Οι συντελεστές εγκυρότητας του EAT-26 ήταν: 40% ευαισθησία, 84% ιδιομορφία και 14% θετική προβλεπόμενη αξία. Ο συντελεστής Cronbach ήταν 0,75. Για κάθε αντικείμενο του EAT- 26, ο δείκτης «κ» δεν ήταν υψηλότερος από 0,344 και ο συντελεστής συσχέτισμού ήταν <0,488.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι το EAT-26 έδειξε χαμηλούς συντελεστές ισχύος για την ευαισθησία και τη θετική προβλεπόμενη αξία και παρουσίασε χαμηλή προσωρινή σταθερότητα.

Είναι λογικό να υποθέσουμε ότι αυτά τα αποτελέσματα δεν επηρεάστηκαν από τη χαμηλά επικράτηση των διατροφικών διαταραχών στην κοινότητα. Κατά συνέπεια τα αποτελέσματα δημιουργούν αμφιβολίες ως προς την ικανότητα δοκιμής του EAT-26, να αναγνωρίσουν περιπτώσεις ανώμαλων διατροφικών συμπεριφορών σε αυτόν τον πληθυσμό. (Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., Mari, J. J. 1998)

Το EAT-26 είναι πιθανότατα το πιο ευρέως χρησιμοποιημένο, τυποποιημένο μέτρο των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών. Το EAT-26 από μόνο του δεν βγάζει μια συγκεκριμένη διάγνωση μιας διατροφικής διαταραχής. Παρ'

όλα αυτά, έρευνες έχουν δείξει ότι το EAT-26 μπορεί να είναι ένας ικανοποιητικός τρόπος διαλογής, στο οποίο εκείνοι που σημειώνουν σε αυτό ένα αποτέλεσμα πάνω από 20 βαθμούς, αναφέρονται για μια διαγνωστική συνέντευξη. Έρευνες σε εφήβους ή σε νέες ενήλικες γυναίκες, δείχνουν αποτέλεσμα περίπου 15% επάνω από 20 βαθμούς στο EAT- 26. (Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. 1982).

Με βάση τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε από τους Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., and Garfinkel, P.E. (1982), από τα 720 άτομα που συμπλήρωσαν το τεστ, οι υψηλοί “scorers”, χωρίστηκαν σε 6 ομάδες: (1) Eating disorders, (2) Partial syndrome, (3) Obsessive Dieters, (4) Normal Dieters, (5) Obese Individuals, (6) Disturbed Individuals.

Μετά από 12-18 μήνες, 20% των ατόμων παρουσίασαν μερικό σύνδρομο και οδηγήθηκαν σε διαταραχή πρόσληψης τροφής, και 30% των ατόμων που έκαναν δίαιτα έγιναν υπερφαγικοί. (Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E., 1982).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι μέσω του ερωτηματολογίου eat-26, των

ανθρωπομετρικών μετρήσεων που διενεργήθηκαν και της ικανοποίησης της εικόνας σώματος από τους ίδιους του συμμετέχοντες να βρεθεί κατά πόσο η διατροφική συμπεριφορά συσχετίζεται με τον δείκτη μάζας σώματος και το ποσοστό λίπους, αν η ικανοποίηση των ερωτηθέντων για την εικόνα σώματος τους συμβαδίζει με την εικόνα που προκύπτει από τον πραγματικό ΔΜΣ και τέλος κατά πόσο το φύλο επηρεάζει την συσχέτιση των παραπάνω μεταβλητών.

Μεθοδολογία

Για την συλλογή των ανθρωπομετρικών δεδομένων και των γενικών πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EAT-26 για την εκτίμηση της διατροφικής συμπεριφοράς και μια κλίμακα η οποία εξετάζει μέσα από σκίτσα το βαθμό ικανοποίησης που νοιώθουν τα άτομα σχετικά με το σώμα τους. Η κλίμακα αποτελείται από 9 διαφορετικά σκίτσα που απεικονίζουν το ανδρικό και το γυναικείο σώμα ίδιου ύψους, αλλά σε 9 διαβαθμίσεις από πολύ αδύνατο μέχρι πολύ παχύ.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows. Ως μέτρο της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (chi-square test). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 100 κατοίκους του Νομού Αττικής. Οι 32 είναι άνδρες και οι υπόλοιπες 68 είναι γυναίκες. Η ηλικία κυμαίνεται από 17 έως 61 ετών με

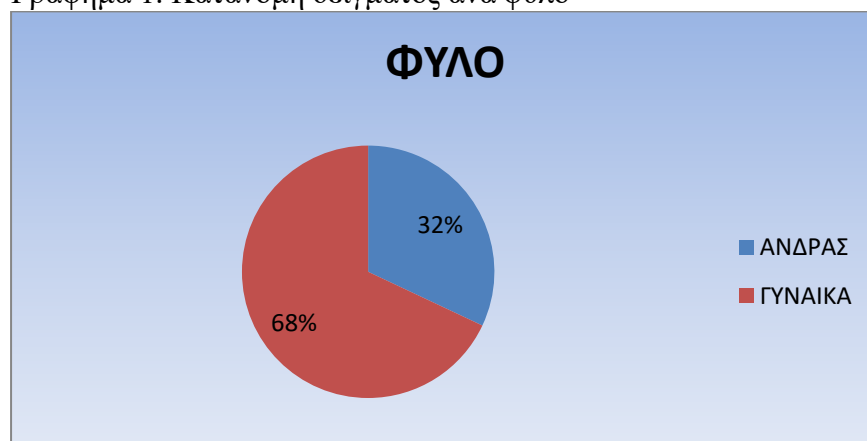
μέση τιμή τα 35±9 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (80%) είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μόλις το 20% έχει τελειώσει ή τελιώνει το Λύκειο. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 60% δεν κάνει κάποιας μορφής άσκησης ή ασκείται ελαφριά. Το 25% κάνει μέτριας έντασης άσκηση ενώ το 17% δηλώνει αυξημένη δραστηριότητα. Το σύνολο του δείγματος έδειξε ιδιαίτερη προθυμία στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα

Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος ανά φύλο

ΦΥΛΟ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΝΔΡΑΣ	32	32,0
ΓΥΝΑΙΚΑ	68	68,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

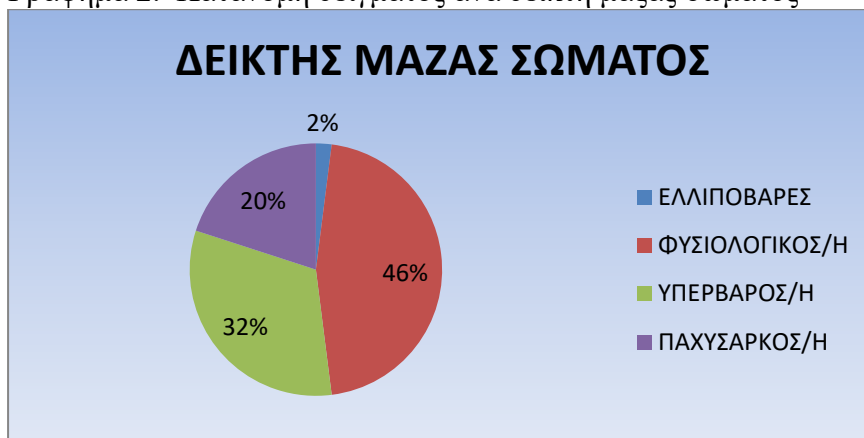
Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος ανά φύλο



Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος ανά δείκτη μάζας σώματος

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΕΣ	2	2,0
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ/Η	46	46,0
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ/Η	32	32,0
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ/Η	20	20,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

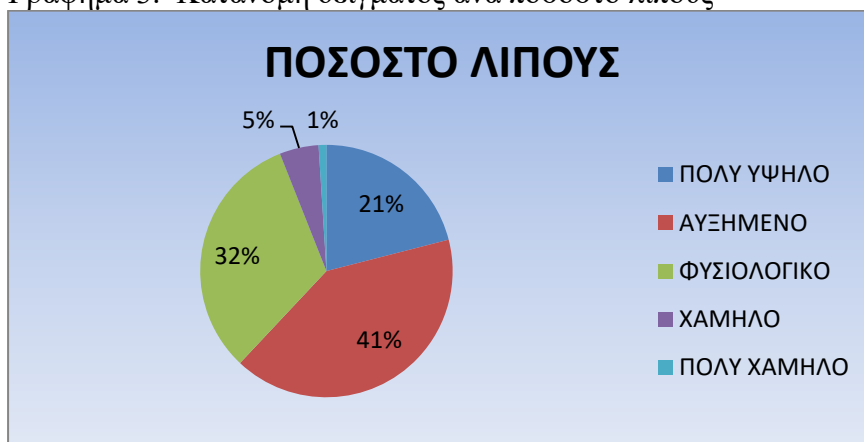
Γράφημα 2. Κατανομή δείγματος ανά δείκτη μάζας σώματος



Πίνακας 3. Κατανομή δείγματος ανά ποσοστό λίπους

ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	21	21,0
ΑΥΞΗΜΕΝΟ	41	41,0
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	32	32,0
ΧΑΜΗΛΟ	5	5,0
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	1	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

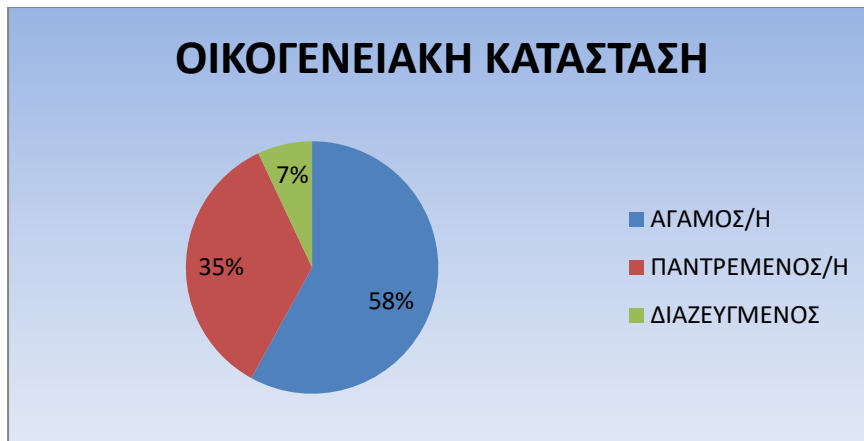
Γράφημα 3. Κατανομή δείγματος ανά ποσοστό λίπους



Πίνακας 4. Κατανομή δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΓΑΜΟΣ/Η	58	58,0
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	35	35,0
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	7	7,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

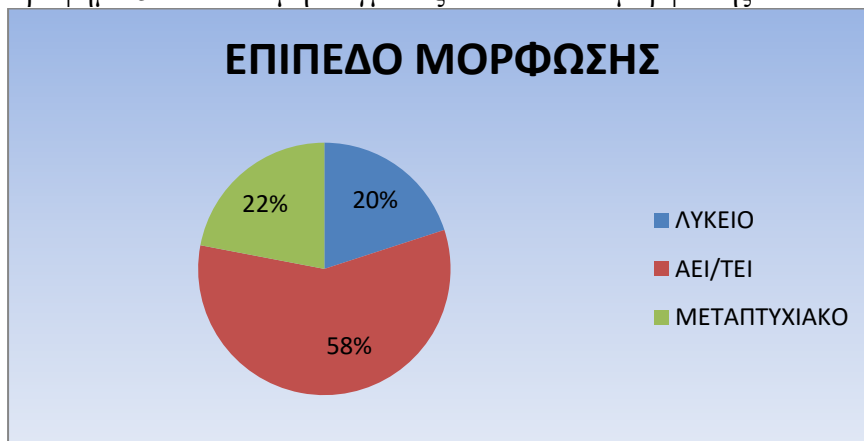
Γράφημα 4. Κατανομή δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 5. Κατανομή δείγματος ανά επίπεδο μόρφωσης

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΛΥΚΕΙΟ	20	20,0
ΑΕΙ/ΤΕΙ	58	58,0
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	22	22,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Γράφημα 5. Κατανομή δείγματος ανά επίπεδο μόρφωσης



Πίνακας 6. Κατανομή δείγματος ανά δραστηριότητα

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ	11	11,0
ΕΛΑΦΡΙΑ	47	47,0
ΜΕΤΡΙΑ	25	25,0
ΑΥΞΗΜΕΝΗ	17	17,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

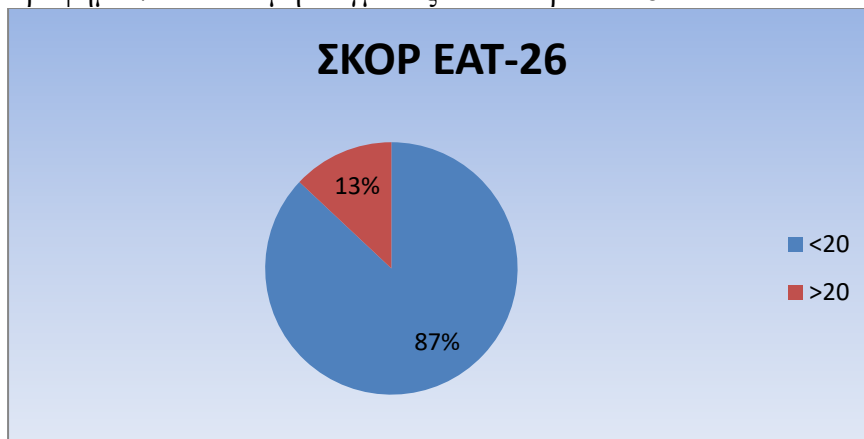
Γράφημα 6. Κατανομή δείγματος ανά δραστηριότητα



Πίνακας 7. Κατανομή δείγματος ανά σκορ Eat-26

ΣΚΟΡ ΕΑΤ-26	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
<20	87	87,0
>20	13	13,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Γράφημα 7. Κατανομή δείγματος ανά σκορ Eat-26

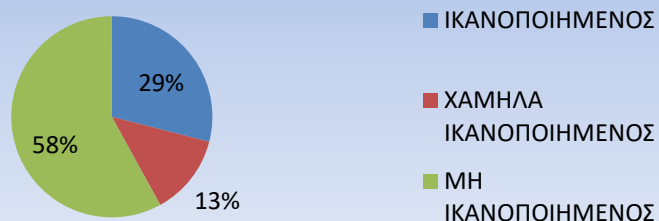


Πίνακας 8. Κατανομή δείγματος ανά βαθμό ικανοποίησης εικόνας σώματος

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	29	29,0
ΧΑΜΗΛΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	13	13,0
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	58	58,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0

Γράφημα 8. Κατανομή δείγματος βαθμό ικανοποίησης εικόνας σώματος

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ



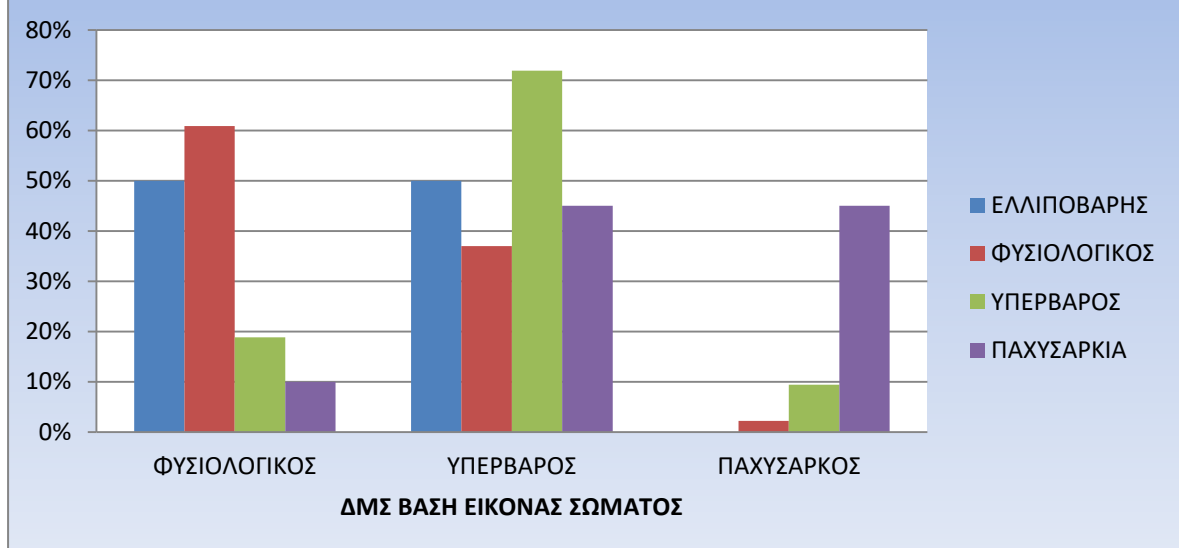
Πίνακας 9. Συσχέτιση Πραγματικού δείκτη μάζας σώματος με ΔΜΣ βάση εικόνας σώματος.

ΔΜΣ ΒΑΣΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ		ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ				
		ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ/Η	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ/Η	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ/Η	N	1	28	6	2	37
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΜΣ	50,0%	60,9%	18,8%	10,0%	37,0%
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ/Η	N	1	17	23	9	50
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΜΣ	50,0%	37,0%	71,9%	45,0%	50,0%
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	N	0	1	3	9	13
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΜΣ	0,0%	2,2%	9,4%	45,0%	13,0%
ΣΥΝΟΛΟ	N	2	46	32	20	100
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΔΜΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p-value= 0,001

Γράφημα 9. Συσχέτιση Πραγματικού δείκτη μάζας σώματος με ΔΜΣ βάση εικόνας σώματος.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΔΜΣ ΜΕ ΔΜΣ ΒΑΣΗ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ



Πίνακας 10. Συσχέτιση ποσοστού λίπους με scor eat-26

ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ		SCOR EAT -26		
		<20	>20	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟ	N	16	5	21
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	76,2%	23,8%	100,0%
ΑΥΞΗΜΕΝΟ	N	36	5	41
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	87,8%	12,2%	100,0%
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	N	29	3	32
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	90,6%	9,4%	100,0%
ΧΑΜΗΛΟ	N	5	0	5
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	100,0%	,0%	100,0%
ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ	N	1	0	1
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	100,0%	,0%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	N	87	13	100
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΛΙΠΟΥΣ	87,0%	13,0%	100,0%

p-value= 0,484

Γράφημα 10. Συσχέτιση ποσοστού λίπους με scor eat-26

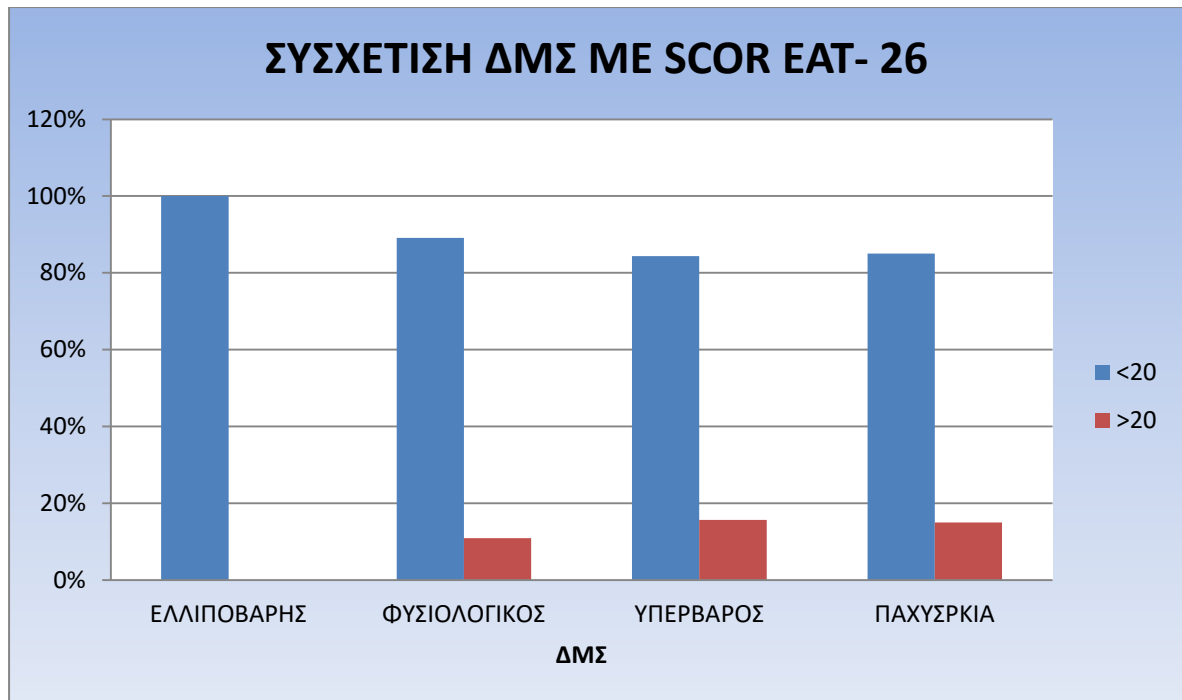


Πίνακας 11. Συσχέτιση ΔΜΣ με scor eat-26

ΔΜΣ		SCOR EAT -26		
		<20	>20	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	N	2	0	2
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	100,0%	0,0%	100,0%
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ/Η	N	41	5	46
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	89,1%	10,9%	100,0%
ΥΠΕΡΒΑΡΗΣ/Η	N	27	5	32
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	84,4%	15,6%	100,0%
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	N	17	3	20
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	85,0%	15,0%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	N	87	13	100
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	87,0%	13,0%	100,0%

p-value=0,862

Γράφημα 11. Συσχέτιση ΔΜΣ με scor eat-26



Πίνακας 12. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης εικόνας σώματος με scor eat-26

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ		SCOR EAT -26		
		<20	>20	ΣΥΝΟΛΟ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/ Η	N	24	2	26
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	27,6%	15,4%	26,0%
ΧΑΜΗΛΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/ Η	N	11	5	16
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	12,6%	38,5%	16,0%
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/ Η	N	52	6	58
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	59,8%	46,2%	58,0%
ΣΥΝΟΛΟ	N	87	13	100
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	100,0%	100,0%	100,0%

p-value=0,041

Γράφημα 12. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης εικόνας σώματος με scor eat-26

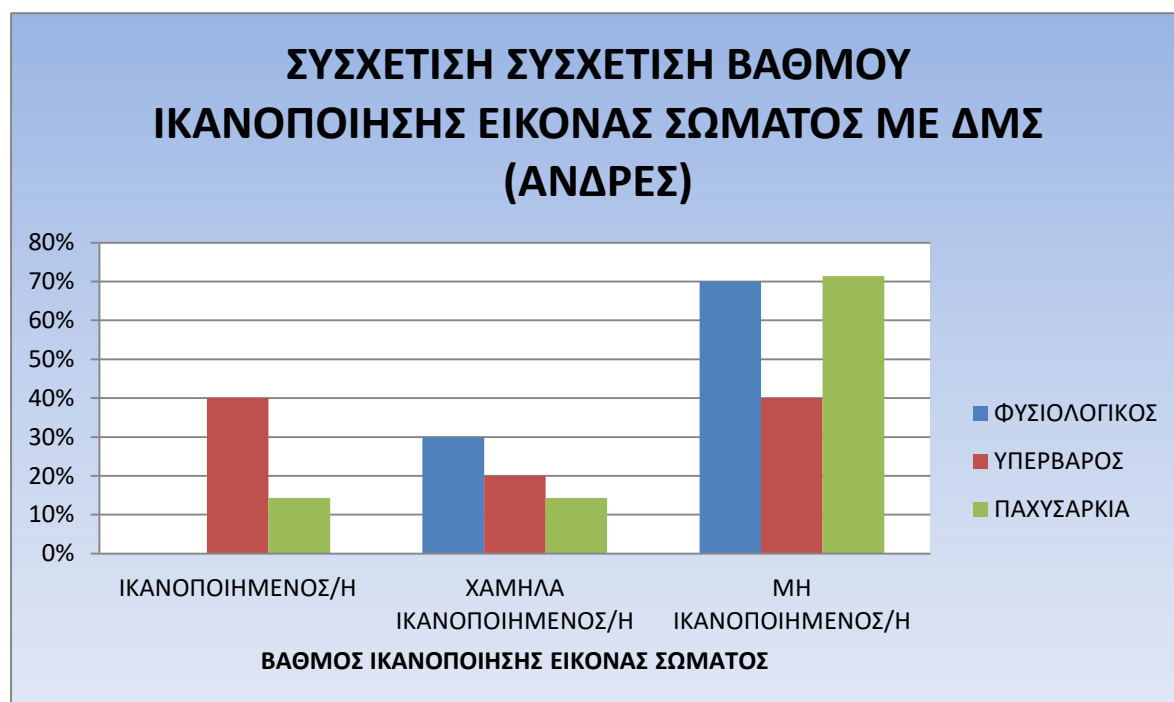


Πίνακας 13. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης εικόνας σώματος με ΔΜΣ (Άνδρες)

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΑΝΔΡΕΣ)		ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ				
		ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	N		0	6	1	7
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ		0,0%	40,0%	14,3%	21,9%
ΧΑΜΗΛΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	N		3	3	1	7
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ		30,0%	20,0%	14,3%	21,9%
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	N		7	6	5	18
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ		70,0%	40,0%	71,4%	56,3%
ΣΥΝΟΛΟ	N		10	15	7	32
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p-value= 0,167

Γράφημα 13. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης εικόνας σώματος με ΔΜΣ (Άνδρες)



Πίνακας 14. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης εικόνας σώματος με ΔΜΣ (Γυναίκες)

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)		ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ				
		ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗ Σ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΥΠΕΡΒΑΡΗ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Α	ΣΥΝΟΛΟ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	N	0	13	8	1	22
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	,0%	36,1%	47,1%	7,7%	32,4%
ΧΑΜΗΛΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	N	0	4	1	1	6
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	,0%	11,1%	5,9%	7,7%	8,8%
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	N	2	19	8	11	40
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	100,0%	52,8%	47,1%	84,6%	58,8%
ΣΥΝΟΛΟ	N	2	36	17	13	68
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΔΜΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p-value=0,266

Γράφημα 14. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης εικόνας σώματος με ΔΜΣ (Γυναίκες)



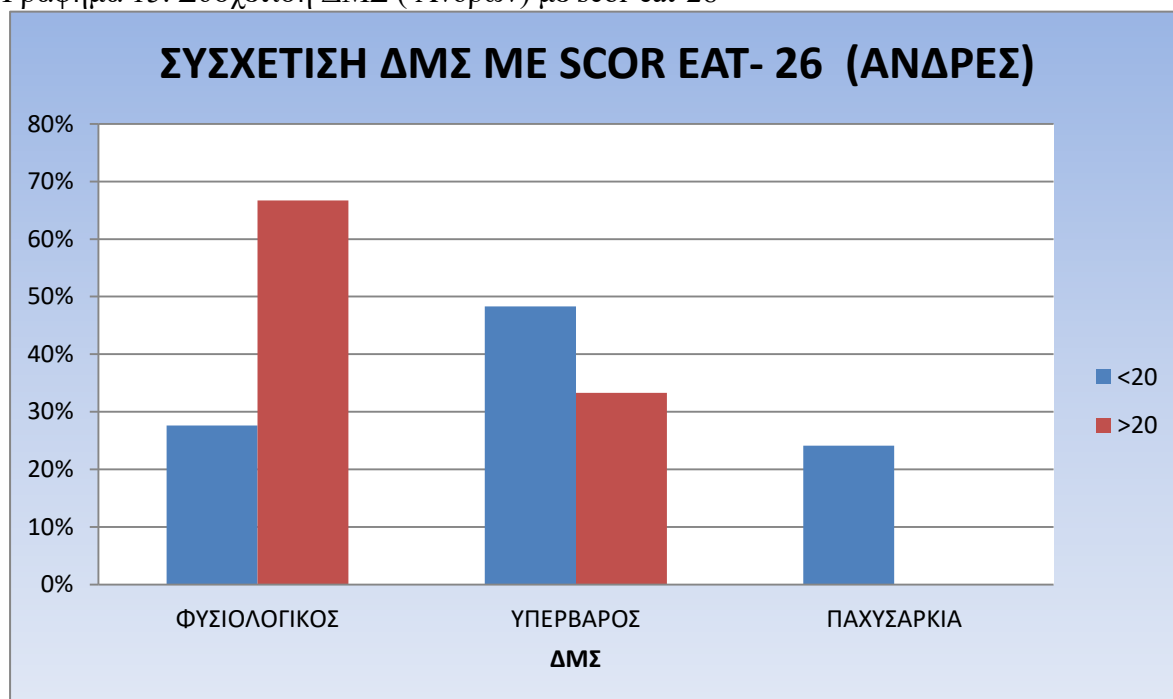
Πίνακας 15. Συσχέτιση ΔΜΣ (Ανδρών) με scor eat-26

ΔΜΣ (ΑΝΔΡΕΣ)		SCOR EAT-26		
		<20	>20	ΣΥΝΟΛΟ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	N	8	2	10
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ EAT-26	27,6%	66,7%	31,3%
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	N	14	1	15
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ EAT-26	48,3%	33,3%	46,9%
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	N	7	0	7
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ EAT-26	24,1%	,0%	21,9%

ΣΥΝΟΛΟ	N	29	3	32
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	100,0%	100,0%	100,0%

p-value= 0,336

Γράφημα 15. Συσχέτιση ΔΜΣ (Ανδρών) με scor eat-26



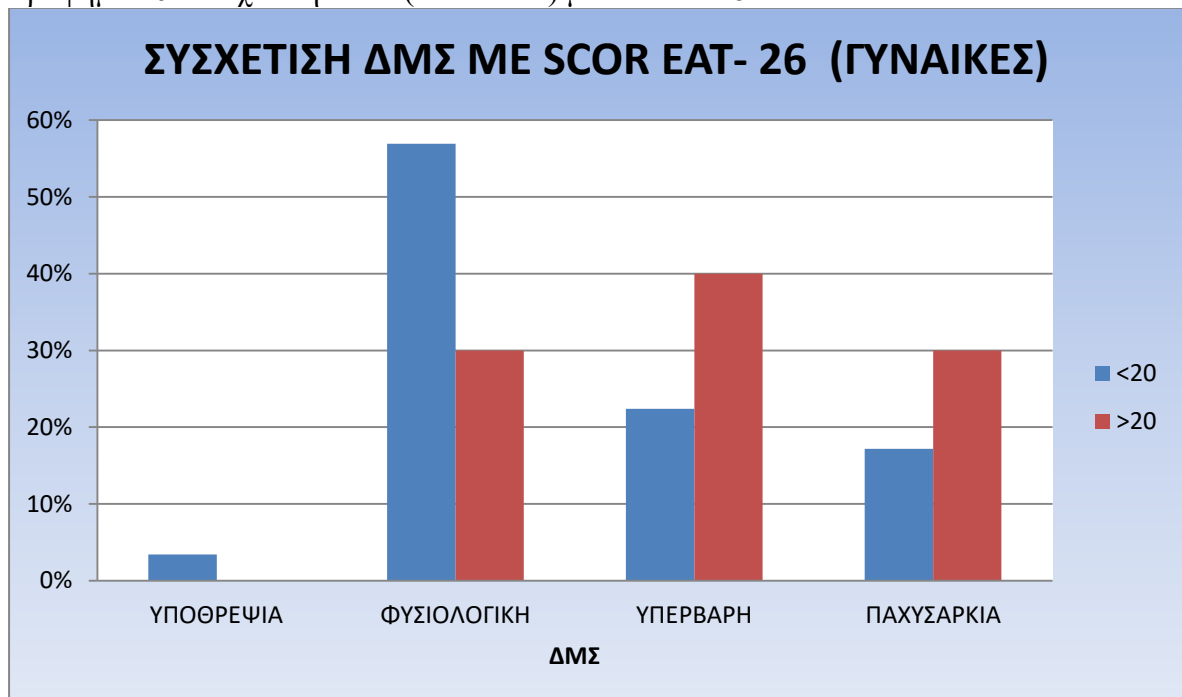
Πίνακας 16. Συσχέτιση ΔΜΣ (Γυναικών) με scor eat-26

ΔΜΣ (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)		SCOR ΕΑΤ -26		
		<20	>20	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	N	2	0	2
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	3,4%	,0%	2,9%
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	N	33	3	36
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	56,9%	30,0%	52,9%
ΥΠΕΡΒΑΡΗ	N	13	4	17

	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	22,4%	40,0%	25,0%
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	N	10	3	13
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	17,2%	30,0%	19,1%
ΣΥΝΟΛΟ	N	2	36	68
	% ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ ΕΑΤ-26	100,0%	100,0%	100,0%

p-value=0,349

Γράφημα 16. Συσχέτιση ΔΜΣ (Γυναικών) με scor eat-26



Συζήτηση αποτελεσμάτων

Το δείγμα αποτελείται από 100 κατοίκους του Νομού Αττικής. Το 32% είναι άνδρες και οι υπόλοιπες 68% είναι γυναίκες. Η ηλικία κυμαίνεται από 17 έως 61 ετών με μέση τιμή τα 35 ± 9 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι άγαμο, ενώ το 35% δηλώνει παντρεμένο. Το 80% έχει λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ το 20% δευτεροβάθμια.

Από το βάρος και το ύψος των ερωτηθέντων υπολογίστηκε ο ΔΜΣ. Βάση των ορίων για τους ενήλικες προέκυψε ότι το 2% είναι ελλιποβαρείς, το 46% είναι φυσιολογικοί, το 32% είναι υπέρβαροι και το 20% παχύσαρκοι. Κάπως ανάλογα κυμαίνονται και τα ποσοστά λίπους με το 6% να έχει χαμηλό έως πολύ χαμηλό ποσοστό, το 32% έχει φυσιολογικό ποσοστό λίπους, το 41% αυξημένο και το 21% πολύ υψηλό.

Όσον αφορά την δραστηριότητα, το 58% δηλώνει καθόλου ή ελαφριά, το 25% κάνει μέτρια άσκηση και το 17% έντονη. Σε αντίθεση με τον ΔΜΣ όπου το 46% είναι φυσιολογικό και την δραστηριότητα όπου το 42% κάνει μέτρια έως έντονη άσκηση, εξετάζοντας τον βαθμό ικανοποίησης της εικόνας σώματος μόνο το 29% δηλώνει ικανοποιημένο, το 13% χαμηλά ικανοποιημένο και το 58% μη ικανοποιημένο.

Από το ερωτηματολόγιο Eat-26 για τον έλεγχο της διατροφικής συμπεριφοράς

το 87% έχει σκορ κάτω από 20 (φυσιολογική συμπεριφορά) ενώ το υπόλοιπο 13% έχει σκορ πάνω από 20 και απαιτείται περεταίρω παρέμβαση (ψυχολογική και διατροφική).

Από την στατιστική επεξεργασία του ΔΜΣ βάση της εικόνας που επιλέχθηκε από τον κάθε ερωτηθέντα και του πραγματικού ΔΜΣ προέκυψε ότι οι δύο μεταβλητές συσχετίζονται $p\text{-value}=0,001<0,050$. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 9 οι πραγματικά ελλιποβαρής εκτιμούν το σώμα τους ως φυσιολογικό ή υπέρβαρο, ενώ αντίθετα το 45% των παχύσαρκων εκτιμά το σώμα του ως υπέρβαρο και το 10% ως φυσιολογικό. Οι πραγματικά φυσιολογικοί σε ποσοστό 37% εκτιμούν το σώμα τους ως υπέρβαρο. Οι Priya et al., (2010), μετά από ερευνητική διαδικασία βασισμένη σε δείγμα φοιτητών Ιατρικής, φθάνουν στο συμπέρασμα πως ελλιπόβαρα ή παχύσαρκά άτομα έχουν περισσότερο διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους, από άτομα με φυσιολογικό βάρος. Κάτι τέτοιο υποστηρίζεται και από άλλες έρευνες που πραγματοποιούνται σε δείγματα φοιτητών διαφόρων ειδικοτήτων (Bernardez et al., 2011, Newman et al., 2006) και φαίνεται απολύτως λογικό αφού το αυξημένο σωματικό βάρος οδηγεί σε δυσαρέσκεια και έντονη αρνητική εικόνα που αναπτύσσει το άτομο για το σώμα και την εμφάνισή του.

Στους πίνακες 10 και 11 συσχετίζεται το ποσοστό λίπους και ο ΔΜΣ με το σκορ που προέκυψε από το ερωτηματολόγιο eat-26 για την διατροφική συμπεριφορά. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση αλλά όσο οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές εμφανίζονται όσο το ποσοστό λίπους αυξάνεται. Ανάλογα αποτελέσματα φαίνονται και στον ΔΜΣ όπου οι διαταραγμένες συμπεριφορές εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό τους υπέρβαρους και στους παχύσαρκους. Έχει αποδειχθεί από προηγούμενες έρευνες (Kinzi et al., 1999; Worobey & Schoenfeld, 1999) ότι αυτοί που έχουν αυξημένη τάση προς την παχυσαρκία τείνουν να εμφανίζουν συχνότερα διατροφικές διαταραχές σε σχέση με άτομα που έχουν φυσιολογικό βάρος. Αυτό ίσως να οφείλεται και σε

διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες όπως άγχος και πίεση για συμμόρφωση με τους κανόνες υγιεινής διατροφής.

Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρούνται και στην πιο εκτενή ανάλυση που έγινε για την επιρροή του φύλου στην συσχέτιση των δύο παραγόντων (πίνακας 15 και 16). Δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση ούτε στους άντρες, ούτε στις γυναίκες, αλλά όπως και παραπάνω το γυναικείο φύλο παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς όσο αυξάνεται ο ΔΜΣ. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά παρουσιάζουν και οι γυναίκες φυσιολογικού βάρους σε παρόμοιο ποσοστό με τις άλλες κατηγορίες ΔΜΣ. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε και αποκάλυψε δυσαρέσκεια ως προς το σωματικό βάρος σε ποσοστό 19% , ομάδας νεαρών γυναικών με δείκτη μάζας σώματος κανονικό (Kiefer *et.al*, 2000)

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 12 συσχετίζοντας τον βαθμό ικανοποίησης από την εικόνα σώματος με το σκορ του ερωτηματολογίου Eat-26 βρέθηκε συσχέτιση ($p\text{-value} = 0,041 < 0,050$) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Το 38,5% των ατόμων που εμφανίζουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (σκορ>20) δηλώνουν χαμηλά ικανοποιημένα και το 46,2% μη ικανοποιημένο με την εικόνα σώματος του. Ανάλογα ευρήματα παρατηρούνται και από άλλους ερευνητές (Leonhard & Barry, 1998), σύμφωνα με τους οποίους η δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος είναι μεγαλύτερη σε άτομα με ειδικές διατροφικές διαταραχές (π.χ. βουλιμία, ανορεξία κλπ.).

Τέλος συσχετίζοντας τον βαθμό ικανοποίησης των ανδρών και των γυναικών με τον ΔΜΣ (πίνακας 13 και 14) δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση, παρόλα αυτά και στα δύο φύλα το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει μη ικανοποιημένο από την εικόνα σώματος ανεξαρτήτως κατηγορίας ΔΜΣ. Κάτι ανάλογο διαπιστώθηκε σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να καθοριστούν οι γυναίκες που παρά το χαμηλό δείκτη μάζας σώματος, θεωρούσαν τους εαυτούς τους βαρείς. Το δείγμα περιελάμβανε 2.443 μη

εγκυμονούσες νεαρές γυναίκες με υπολογισμένο δείκτη μάζας σώματος από 18,5 έως 21,0 kg/ m². Τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν πως σχεδόν το 10% των γυναικών αυτών αντιλαμβάνονται το σωματικό τους βάρος υψηλό, γεγονός που αποκαλύπτει αδιαμφισβήτητα εσφαλμένη εκτίμηση της εικόνας του σώματος (Kjaerbye-Thygesen *et.al*, 2003).

Συμπέρασμα

Από την έρευνα προέκυψε ότι ο πραγματικός Δείκτης μάζας σώματος που είχε υπολογιστεί από το βάρος και το ύψος του κάθε ατόμου παρουσιάζει συσχέτιση με την εκτίμηση του καθενός για την εικόνα σώματος του και εν συνεχεία για τον ΔΜΣ που του αντιστοιχεί στην εικόνα αυτή.

Επίσης βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης για την εικόνα σώματος και της διατροφικής συμπεριφοράς.

Γενικά το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένο από την εικόνα σώματος του ανεξαρτήτως δείκτη μάζας σώματος και φύλου. Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ήταν πιο έντονη στις γυναίκες από ότι στους άντρες, ενώ ο Δείκτης μάζας σώματος δεν φάνηκε να την επηρεάζει.

Βιβλιογραφία

- Benninghoven D, Raykowski L, Solzbacher S et al. (2007). Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image 4*: 51-59.
- Bergstrom R.L, Neighbors C, Lewis M.A. (2004). Do men find “bony” women attractive: Consequences of misperceiving opposite sex perceptions of attractive body image. *Body Image 1*: 183-191
- Bernardez, M., Miquelez, M., Garnero, G. & Rodrigues, G. (2011). Agreement between the self-perception on the body image and the nutritional status in college students from Orense. *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 26(3), 472-479
- Burns, R. B. (1979). *The self concept: Theory, measurement, development and behaviour*. London: Longman.

- Burns, R. B. (1982). *Self-concept development and education*. London: Holt, Rinehart and Winston.
- Calogero R.M, Park L.E, Rahemtulla Z.K. et al. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: The unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image 7*: 78-81
- Cash T.F. & Strachan, M.D. (1999). Body images, eating disorders, and beyond. In R. Lemberg (Ed.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 27-36). Phoenix, AZ: Oryx Press. - An overview of evidence for the effectiveness of cognitive-behavioral body image therapy for body dissatisfaction, including the implications of its use in treating eating disorders
- Cash, F. T. (2002). Body Image Assessments:MBSRQ. *Body images research consulting* .<http://www.body-images.com/assessments/mbsrq.html>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press. Child study, C. (2002). Adolescence and body image.What's typical and what's not. *Child Study Center Letter (6(4))* .
- Cooley E. & Toray T. (2001). Body image and personality predictors of eating *disorder*. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 28-36.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Stram, M., Bauman, A. E., Booth, M. E., & Ainsworth, B. E. (2003). International physical activity questionnaire 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sport and Exercise (35)* , 1381 -1395.
- Darten, E. (1972). A comparison of body image and self-concept variables among various sport groups. *Research Quarterly (43)* , 7-15.
- Didie E.R, Kuniega-Pietrzak T, Phillips K.A. (2010). Body image in patients with body dysmorphic disorder: Evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body Image 7*: 66-69
- Fairburn, C. F., Stice, E., Cooper, Z. et al. (2003) Understanding persistence of bulimia nervosa: A five-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.—A community-based investigation

of the maintenance factors that predict persistence of bulimia nervosa

- Garner D. M., (2002), Body Image and Anorexia Nervosa, *Body Image: 34*, 295-302
- Garner D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. and Garfinkel P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*: 871-8
- Garner, D. M. and Garfinkel, P.E. (1979) «The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa» *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982) «The eating attitude test: Psychometric features and clinical correlates», *Psychological Medicine, 12*, 871-8.
- Garner, M. D., Olmsted, P.M., Bohr, Y. et al. (1982) «The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates» *Psychological Medicine, 12*, 871-878.
- Glynos, J., & Stavrakakis, Y. (2002). Lacan and Science. London- New York: Karnac Books.
- Godin, G., & Shephard, R. (1985). A simple method to assess exercise behaviour in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences (10)* , 141-146.
- Harter, S. (1985). Manual for the self-perception profile for children. *Denver, CO: University of Denver Press* .
- Healthy, P. (2010). Leading Health Indicators. <http://www.health.gov/healthypeople> .
- Hilbert A. & Tuschen-Caffier B. (2004). Body image interventions in cognitive- behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour Research and Therapy 42*: 1325-1339
- Johnson, F. and Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 119-25
- Kiefer, I., Leitner, B., Bauer, R. and Rieder, A. The male and female perception, *Sozial und Praventiv medizin, Vol.45*, pp.274- 278, 2000.
- Kinzl J.F., Traweger C.M., Trefalt, E., Mangweth, B. & Biebel W. (1999).

Dietitians: are they a risk group for eating disorders?. *European Eating Disorders Review*, 7(1), 62-67

- Kjaerbye-Thygesen, A., Munk, C., Ottesen, B. and Kjaer S.,K, Why Do Slim Women Consider Themselves Too Heavy? A Characterization of Adult Women Considering Their Body Weight as Too Heavy , Wiley Periodicals, pp.275-285, 2003.
- Leonhard M.L. & Barry N.J. (1998). Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors*, 23, 31-4
- Levine M. & Piran N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image* 1: 57-70
- Milkewicz A.N. Cash T.F. Hrabosky J.I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image* 1: 155-167
- Newman D.L., Sontag L.M. & Salvato R. (2006). Psychosocial aspects of body mass and body image among rural American Indian adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 281-291
- Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., Mari, J. J. (1998) «The validity and 4-year test- retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test- 26».
- O'Dea J.A. and Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 43-57
- Palmeira A.L., Branco T.L., Martins S.C. et al. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image* 7: 187-193
- Peterson R.D, Tantleff-Dunn S, Bedwell J.S. (2006). The effects of exposure to feminist ideology on women's body image. *Body Image* 3: 237-246
- Phillips K.A. & Diaz S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 570-577.—An

investigation of gender similarities and differences in the largest published series of patients with DSM-IV BDD.

- Phillips K.A. (2002). Body Image and Body Dysmorphic Disorder, *BodyImage*: 36,312-319
- Polivy J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53
- Priya D., Prasanna K.S., Sucharitha S. & Vaz N. (2010). Body image perception and attempts to change weight among female medical students at Mangalore. *Indian Journal of Community Medicine*, 35(2), 316-320
- Riva G. (1998). Virtual Environment for Body Image Modification: Virtual Reality System for the Treatment of Body Image Disturbances. PII: S0747- 5632(98)00018-1
- Slade, P. D. (1994). What is body image. *Behaviour Research and Therapy* , 5 (32) , 497-502.
- Springer E.A., Winzelberg A.J., Perkins R. and Barr Taylor C. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 13-20
- Stice E. & Whitenton K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-78
- Stice E. and Whitenton K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-78
- Stice E., Presnell K. & Bearman S.K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37(5), 608-19
- Thomas C.S. & Goldberg D. P. (1995). Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 9: 231-236.—One of the few studies on body image distortion in BDD
- Wardle, J., Haaseand, A. M., & Steptoe, A. (2006). Body image and weight control in young adults: international comparisons in university

students from 22 countries. *International Journal of Obesity* (30) , 644-651.

- Worobey J. & Schoenfeld D. (1999). Eating disordered behavior in dietetics students and students in other majors. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 1100-1102
- Yanover T, Thompson J.K. (2008). Self-reported interference with academic functioning and eating disordered symptoms: Associations with multiple dimensions of body image. *Body Image* 5: 326-328
- Θεοδωράκης, Γ. (1999). Σωματική εικόνα, σωματική κάθεξη και ψυχική υγεία. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία* (1) , 91-110.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και άσκηση, μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό* , 3 (3) , 239-248.
- Μάνος, Ν. «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» University Studio Press, Αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1997.