

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ, ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΣΑΠΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ, Α. Μ.: 2022**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΝΤΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ
ΘΕΟΔΩΡΟΣ**

ΡΕΘΥΜΝΟ 2009

Πίνακας περιεχομένων

1.1. Εισαγωγή- Περίληψη.....	4
1.2. Διατροφικές Διαταραχές.....	5
Νευρική ανορεξία.....	6
Νευρική βουλιμία.....	8
Διατροφική διαταραχή υπερφαγίας.....	9
1.3. Γονικοί Τύποι.....	10
1.4. Εικόνα Σώματος.....	14
1.5. Τύποι Δεσμού και Ρομαντικές Σχέσεις.....	17
1.6. Σχέση τύπων δεσμού, εικόνας σώματος και γονικών τύπων με τις διαταραχές διατροφής.....	20
2.1. Στόχος της έρευνας.....	23
2.2. Μεθοδολογία.....	23
Συμμετέχοντες.....	23
Ερευνητικά Εργαλεία.....	24
Δημογραφικά στοιχεία.....	24
Ερωτηματολόγιο διατροφικών στάσεων (Eating Attitudes Test / EAT-26).....	24
Ερωτηματολόγιο Εικόνας Σώματος (Body Shape Questionnaire / BSQ-34).....	25
Κλίμακα Δεσμού (Experience in Close Relationships Scale – Revised / ECRS-R).....	26
Ερωτηματολόγιο Γονεϊκού Κύρους (Parental Authority Questionnaire / PAQ).....	27
Διαδικασία.....	28
2.3. Αποτελέσματα.....	29
Περιγραφικά αποτελέσματα.....	29
Συσχετίσεις.....	32
Ανάλυση Παλινδρόμησης.....	35
3. Συμπεράσματα και Περιορισμοί.....	45
Προτάσεις για μελλοντική Έρευνα.....	49
Προεκτάσεις για παρεμβάσεις θεραπείας.....	49
Εντέλει.....	52
Βιβλιογραφία.....	53
Παράρτημα (Ερευνητικά Εργαλεία).....	70

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας (προσαρμοσμένα από τα κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10).....	6
Πίνακας 1.2. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της νευρικής βουλιμίας (προσαρμοσμένα στα κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10).....	8
Πίνακας 2.1. Κατανομή του BMI σε αγόρια και κορίτσια.	29
Πίνακας 2.2. Μαθητές και μαθήτριες με βαθμολογία στο EAT-26>20.....	29
Πίνακας 2.3. Δείκτες αξιοπιστίας, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους.	30
Πίνακας 2.4. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ως προς το φύλο των μαθητών.....	31
Πίνακας 2.4. Συσχετίσεις μεταβλητών. Για την καλύτερη ανάγνωση του πίνακα, παρατίθενται μόνο οι συσχετίσεις των οποίων ο βαθμός.....	32
στατιστικής σημαντικότητας είναι μεγαλύτερος του 95%. Οι συσχετίσεις με ισχύ >,30 εμφανίζονται με έντονα γράμματα.	32
Πίνακας 2.5. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-26 στα δύο φύλα.	37
Πίνακας 2.6. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-Δίαιτα στα δύο φύλα.	39
Πίνακας 2.7. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-Βουλιμία στα δύο φύλα.	41
Πίνακας 2.8. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-Έλεγχος στα δύο φύλα.	44

1.1. Εισαγωγή- Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το είδος της σχέσης ανάμεσα στις διατροφικές διαταραχές, των τύπων δεσμού συμπεριλαμβανομένων των ρομαντικών σχέσεων και την εικόνα του σώματος.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών έχει προοδευτικά αυξηθεί. Οι έφηβες γυναίκες αποτελούν το πιο σύνηθες μέρος του πληθυσμού που σχετίζεται με αυτές τις διαταραχές. Παραδοσιακά, η ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνει τη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία.

Σχετικά με τις στενές σχέσεις είτε με γονείς είτε με ρομαντικούς συντρόφους, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν προβλήματα στις σχέσεις τους και ιδιαίτερα ο ανασφαλής τύπος δεσμού.

Η εικόνα σώματος έχει επίσης εξεταστεί πολλές φορές και έχει θεωρηθεί ότι η αρνητική εικόνα σώματος μπορεί να ενδυναμώσει και να διατηρήσει μία διατροφική διαταραχή.

Όλα αυτά αποτελούν ερεθίσματα της διερεύνησης των παραμέτρων αυτών σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές, που επιχειρείται να πραγματοποιηθεί στη παρούσα μελέτη με στόχο την προσθήκη έστω ενός λιθαριού στην μέχρι στιγμής έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, τύποι δεσμού, εικόνα σώματος

1.2. Διατροφικές Διαταραχές

Η νευρική ανορεξία και άλλες διατροφικές διαταραχές προκαλούν το ενδιαφέρον των περισσότερων έμπειρων επιστημόνων λόγω της πολυπλοκότητάς τους. Εκτός αυτού, οι διατροφικές διαταραχές σημειώνουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια της εφηβείας, έναν υψηλό κίνδυνο συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και ένα υψηλό κίνδυνο πρώιμου θανάτου με αυτοκτονία ή άλλες οργανικές συνέπειες από μη φυσιολογικά σχέδια διατροφής (American Psychiatric Association, 2000). Τέλος, τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η εμφάνισή τους στους εφήβους φαίνεται να έχει αυξηθεί δραματικά (Latzer, Tzischinsky & Azaiza, 2007).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι διατροφικές διαταραχές και συμπεριφορές ανθυγιεινού ελέγχου του βάρους είναι η τρίτη πιο κυρίαρχη χρόνια ασθένεια στους εφήβους, μετά την παχυσαρκία και το άσθμα (Aime, Craig, Pepler, Jiang & Connolly, 2008) Τα στοιχεία αυτά δικαιολογούν την αύξηση της προσοχής προς τις διατροφικές διαταραχές τα τελευταία χρόνια τόσο από κλινικές αρχές όσο και από αρμόδιους φορείς της υγείας (Miotto, Coppi, Frezza & Preti, 2003).

Μέχρι τον 17^ο αι. επικρατούσε το μοντέλο των περισσότερο παχουλών γυναικών (Vandereycken, 2002). Σύμφωνα με τον Brumberg (1989), τον 19^ο αι. ο Charles Lasegue παρατήρησε τη σημαντικότητα του περιβάλλοντος του σπιτιού στη διαμόρφωση της παθολογίας διατροφικής διαταραχής. Κατά τη διάρκεια αυτού του αιώνα οι γιοι και οι κόρες της μεσαίας τάξης περνούσαν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο σπίτι με συνέπεια να δημιουργούνται σχέσεις παρατεταμένης εξάρτησης και ενδυνάμωσης μεταξύ γονέα-παιδιού. Με αυτό τον τρόπο, τα οικογενειακά γεύματα γίνονται κεντρικής σημασίας με αποτέλεσμα οι κόρες να εκφράζονται μέσω της διατροφής. Τον 20^ο αι., όμως, το νέο ιδανικό των γυναικών αποτελεί το αδύνατο σώμα και το πάχος πλέον συνδέεται με μεσαίες και χαμηλότερες τάξεις στους δύο αυτούς τελευταίους αιώνες. Η έμφαση, λοιπόν, που δόθηκε στο αδύνατο σώμα άσκησε σημαντική επίδραση στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Vemuri & Steiner, 2007).

Σε κλινικό επίπεδο, οι διαγνώσεις γίνονται βάσει των κριτηρίων του DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, APA, 2000) ή του ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th edition). Παρακάτω βρίσκονται

οι πίνακες με τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας, προσαρμοσμένα από τα DSM-IV και ICD-10 κριτήρια (Nickolls & Grindrod, 2008). Το DSM-IV (APA, 2000) περιλαμβάνει δύο ακόμη διαγνώσεις, τη διατροφική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (EDNOS), η οποία είναι μερικώς μία διατροφική διαταραχή αφού δεν ικανοποιεί τα κριτήρια ούτε της νευρικής ανορεξίας ούτε της νευρικής βουλιμίας και τη διαταραχή της υπερφαγίας (BED), η οποία περιλαμβάνεται ως μία προσωρινή κατηγορία.

Νευρική ανορεξία

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας (προσαρμοσμένα από τα κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Απώλεια βάρους ή διατήρηση βάρους κάτω από 85% του προσδοκώμενου βάρους για το ύψος και την ηλικία, ή αποτυχία να αποκτήσει βάρος κατά τη διάρκεια μιας αναπτυξιακής περιόδου• Φόβος απόκτησης βάρους ή του να γίνει παχύς, ακόμα κι αν είναι λιποβαρής• Διαταραχή στον τρόπο που το άτομο βιώνει το βάρος και το σχήμα του σώματός του (παραποίηση εικόνας σώματος), αδικαιολόγητη επιρροή του βάρους και του σχήματος του σώματος στην αυτο-αξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του χαμηλού βάρους του σώματος• Αμηνόρροια, π.χ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών κύκλων ή καθυστερημένη εφηβική ανάπτυξη• Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με περιορισμό στην κατανάλωση τροφής και συγκεκριμένη αποφυγή πλούσιων θερμιδικών τροφίμων και ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:<ul style="list-style-type: none">➢ Αυτο-προκαλούμενο έμετο➢ Αυτο-προκαλούμενη κάθαρση➢ Υπερβολική άσκηση➢ Χρήση ουσιών μείωσης της όρεξης και/ή διουρητικών• Εάν συμπεριφορές υπερφαγίας ή κάθαρσης είναι απύσες, αυτός ο τύπος είναι γνωστός ως περιοριστικός τύπος (restrictive) νευρικής ανορεξίας, εάν είναι παρούσες, ως υπερφαγίας/καθαρτικός τύπος (binge purge) ανορεξίας |
|--|

Η νευρική ανορεξία αναδύθηκε ως ξεχωριστό σύνδρομο στο τελευταίο μέρος του 19^{ου} αι., κάτι που βρέθηκε σε ξεχωριστές αναφορές των Gull και Lasague (Vemuri & Steiner, 2007). Σύμφωνα με τον Fairburn et al. (1993), η νευρική ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες.

Χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η άρνηση διατήρησης ενός φυσιολογικού βάρους και το άτομο, παρά του κάτω από τα φυσιολογικά όρια σωματικού του βάρους, φοβάται έντονα ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, προσπαθεί συνεχώς να χάσει βάρος, διαμορφώνοντας μία διαταραγμένη εικόνα σώματος και

προκαλώντας συχνά στα κορίτσια προβλήματα στον εμμηνορυσιακό τους κύκλο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η απώλεια βάρους και η συνεχής μείωση της πρόσληψης τροφής θεωρούνται χαρακτηριστικά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Αποτελεί ένα σύνδρομο ασιτίας που επιβάλλει το άτομο στον ίδιο τον εαυτό του, επειδή φοβάται έντονα μήπως παχύνει. Σύμφωνα με το DSM-IV (APA, 1994) και το ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1993) διακρίνονται δύο τύποι νευρικής ανορεξίας, ο περιοριστικός τύπος και ο τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης. Ο περιοριστικός τύπος εμφανίζεται σε νεότερους ασθενείς και χαρακτηρίζεται από περιορισμό στη κατανάλωση φαγητού και συχνά συνδυάζεται με υπερβολική άσκηση. Ο τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης χαρακτηρίζεται από τακτικά επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια περιορισμού λόγω δίαιτας ή επεισόδια έμετου, κακή χρήση καθαρτικών ή άλλες συμπεριφορές κάθαρσης.

Τα άτομα που δε πληρούν τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας αλλά παρουσιάζουν μία κλινική διατροφική διαταραχή στο σύστημα ICD-10 περιλαμβάνονται στην 'άτυπη νευρική ανορεξία' (atypical anorexia nervosa) ενώ στο σύστημα DSM-IV λαμβάνουν τη διάγνωση της 'διατροφικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς' (EDNOS).

Η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας κυμαίνεται περίπου από 0,3% έως 0,5% σε αγόρια και κορίτσια με κορυφαία ηλικία έναρξης μεταξύ των δεκαπέντε και δεκαοκτώ ετών (Nickolls & Grindrod, 2008). Στο γενικό πληθυσμό, η συχνότητα εμφάνισής της κυμαίνεται μεταξύ 0,2% έως 0,8% (Hoek, 1993).

Η νευρική ανορεξία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό θανάτου από κάθε ψυχιατρική διαταραχή και μαζί με τη νευρική βουλιμία έχουν μοναδικά και συγκεχυμένα συμπτώματα, όπως περιορισμένη τροφή ή υπερφαγίας/κάθαρσης συμπεριφορές, παραποιήσεις στην εικόνα σώματος και άρνηση θεραπείας (Kaye, 2008). Η άρνηση θεραπείας και τα ποσοστά εγκατάλειψης είναι υψηλά καθώς και η υποτροπή είναι κοινή (Guarda, 2008). Εκτός όμως από τις συχνές υποτροπές, η νευρική ανορεξία είναι δύσκολο να θεραπευτεί και η θεραπεία της είναι εκτεταμένη (Striegel-Moore, Leslie, Petril, Garvin & Rosenheck, 2000).

Νευρική βουλιμία

Πίνακας 1.2. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της νευρικής βουλιμίας (προσαρμοσμένα στα κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10)

- Επίμονη ανησυχία με την κατανάλωση φαγητού και επαναλαμβανόμενα επεισόδια (πάνω από μία περίοδο μηνών) υπερφαγίας, η οποία χαρακτηρίζεται από:
 - Κατανάλωση μιας μεγάλης ποσότητας φαγητού σε μία σύντομη χρονική περίοδο
 - Μία αίσθηση έλλειψης ελέγχου κατά τη διάρκεια κατανάλωσης φαγητού
- Προσπάθειες να αντιδράσει στα 'παχυντικά' αποτελέσματα του φαγητού με χρήση αντισταθμιστικών συμπεριφορών όπως:
 - Αυτό-προκαλούμενο έμετο
 - Κατάχρηση καθαρτικών, εναλλακτικές περίοδοι νηστείας ή υπερβολικής άσκησης
 - Χρήση ναρκωτικών όπως ουσιών μείωσης της όρεξης, διουρητικών, προετοιμασίες θυρεοειδή ή, στο διαβήτη, κακή χρήση ινσουλίνης
- Ψυχοπαθολογία αποτελούμενη από ένα παθολογικό φόβο πάχους και καθορισμός ενός στόχου βάρους κάτω από αυτό που να είναι θεωρημένος υγιής
- Η νευρική βουλιμία μπορεί να ακολουθείται από μία περίοδο νευρικής ανορεξίας, αλλά θα μπορούσε μόνο να διαγνωστεί εάν ο ασθενής δεν είναι σημαντικά περισσότερο λιποβαρής

Η νευρική βουλιμία εμφανίστηκε στην ιατρική λογοτεχνία το 1979 από τον Gerald Russell. Αρχικά θεωρήθηκε ως ένας τύπος της νευρικής ανορεξίας (Russell, 1979).

Σύμφωνα με το DSM-IV (APA, 1994), η νευρική βουλιμία χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων καταναλώνεται φαγητό σε ιδιαίτερη χρονική περίοδο (δύο ωρών ή λιγότερο) μεγαλύτερης ποσότητας από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν, εάν βρίσκονταν σε παρόμοιες συνθήκες. Επιπλέον, υπάρχει μία αίσθηση έλλειψης ελέγχου προς το φαγητό κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου υπερφαγίας. Έτσι, υιοθετούνται ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές με σκοπό να αποφύγουν την απόκτηση βάρους.

Αυτές οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν αυτο-προκαλούμενους έμετους, χρήση καθαρτικών, διουρητικών και άλλων φαρμάκων, δίαιτα και νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Οι υπερφαγίες και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές μπορεί να συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες. Η αυτο-αξιολόγηση είναι αδικαιολόγητα

επηρεασμένη από το σχήμα του σώματος και το βάρος και η διαταραχή δε συμβαίνει κατά τη διάρκεια επεισοδίων νευρικής ανορεξίας (Pinhas, Katzman, Dimitropoulos & Woodside, 2007).

Η νευρική βουλιμία εμφανίζεται με ποσοστό 1% στον έφηβο πληθυσμό (Hoek & Hoeken, 2003· Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999) και ως ηλικία έναρξης περιγράφονται τα τελευταία χρόνια της εφηβείας (Morris, Pinhas & Katzman, 2003). Τα αγόρια αποτελούν το 10% του πληθυσμού με αυτή τη διατροφική διαταραχή (Carlat & Carmango, 1991) και τα ποσοστά θνησιμότητας της νευρικής βουλιμίας κυμαίνονται από 0% έως 6% ενώ, τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής βουλιμίας των εφήβων δε διαφέρουν από εκείνα των ενηλίκων (Keel & Mitchell, 1997· Steinhausen, 1999).

Διατροφική διαταραχή υπερφαγίας

Η διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (BED) παρόλο που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1959 (Stunkard, 1959) εμφανίστηκε πρόσφατα στο DSM-IV (1994) και τοποθετείται κάτω από τη διατροφική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας αποτελούν κριτήρια αυτής της διατροφικής διαταραχής που σχετίζονται με τρεις ή περισσότερες καταστάσεις. Σε αυτές τις καταστάσεις συγκαταλέγονται το να τρώει κάποιος πολύ πιο γρήγορα από το φυσιολογικό, να τρώει ώσπου ο κορεσμός να τον κάνει να νιώθει άβολα, να τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού όταν δεν αισθάνεται φυσικά πεινασμένος, να τρώει μόνος από αμηχανία για τη ποσότητα φαγητού που καταναλώνει, να αισθάνεται αηδία για τον εαυτό του, καταθλιπτικά ή πολύ ένοχα μετά από την υπερφαγία. Είναι, βέβαια, παρόν αξιοσημείωτος κίνδυνος σχετικά με το φαγητό.

Η υπερφαγία λαμβάνει χώρα κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο μέρες την εβδομάδα για έξι μήνες. Παρόλα αυτά, η υπερφαγία δε σχετίζεται με τακτική χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών για έλεγχο βάρους και δε συμβαίνει κατά τη διάρκεια νευρικής ανορεξίας ή νευρικής βουλιμίας,

Η διατροφική διαταραχή υπερφαγίας συμβαίνει από 1% έως 2% στα παιδιά και στους εφήβους μεταξύ δέκα και δεκαεννέα ετών (Johnson, Rohan & Kirk, 2002). Η διαταραχή αυτή διαφέρει από την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία στα περισσότερα αγόρια με διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (Schneider, 2003) και τα

αγόρια αποτελούν περίπου το 36% των παχύσαρκων ασθενών με διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin & Rosenheck, 1998).

1.3. Γονικοί Τύποι

Οι γονικοί τύποι και τα είδη διατροφής είναι κρίσιμοι παράγοντες στην ανάπτυξη ενός υγιούς τρόπου ζωής και της ενημέρωσης στα εσωτερικά ερεθίσματα πείνας, όπως και στην υπερβολική έμφαση που δίνεται στο αδύνατο σώμα (Gollan & Crow, 2004).

Τα σχετικά με τη διατροφή προβλήματα έχουν να κάνουν με το περιβάλλον που παίζει κρίσιμο ρόλο (Hill, Wyatt, Reed & Peters, 2003· Binkley, Eales, Jekanowski, 2000), είτε αυτό είναι της οικογένειας είτε της κοινωνίας. Τα παιδιά και οι έφηβοι εκτίθενται σε μια σύγκρουση μηνυμάτων σχετικά με θέματα φαγητού και βάρους από μέλη της οικογένειας και πιο συγκεκριμένα, προτείνεται ότι οι διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών και των εφήβων διαμορφώνονται από τις διατροφικές συμπεριφορές των γονιών τους (Birch & Davison, 2001).

Η συμπεριφορά, λοιπόν, διατροφής του παιδιού είναι ουσιαστικά επηρεασμένη από το οικογενειακό περιβάλλον. Ιδιαίτερη επιρροή ασκείται από τη μητέρα αφού έχει φανεί να ξοδεύει σημαντικά περισσότερο χρόνο από τους πατέρες στις άμεσες αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους σε διάφορες οικογενειακές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των γευμάτων (Hale, Crouter, Guire & Updegraff, 1995). Παιδιά γονέων οι οποίοι έλεγχαν και ενίσχυαν υγιεινές συμπεριφορές έτρωγαν περισσότερο υγιεινές τροφές και λιγότερο ανθυγιεινές, και ήταν περισσότερο φυσικά δραστήρια συγκρινόμενα με παιδιά γονέων οι οποίοι δε χρησιμοποιούσαν τέτοιου τύπου συμπεριφορές (Stark, et al., 1986· Faith, Scanlon, Birch, Francis & Sherry, 2004).

Η τυπολογία της Baumrind είναι το πιο αποδεκτό μοντέλο γονικών τύπων. Γενικά οι γονικοί τύποι διακρίνονται βάσει δύο διαστάσεων, τον έλεγχο και την απαιτητικότητα (control/demandingness) από τη μία και τη ζεστασιά και την ανταπόκριση (warmth/responsiveness) από την άλλη (Baumrind, 1966, 1967, 1991· Claible & Carlo, 2004).

Η Baumrind (1971, 1978), μέσω των αποτελεσμάτων από έρευνες σχετικά με τους γονικούς τύπους, κατέληξε στη διάκριση του αυταρχικού (authoritarian), του δημοκρατικού (authoritative), του επιτρεπτικού (permissive) και του απορριπτικού-αδιάφορου (rejecting-neglecting) τύπου.

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι θερμοί, δημοκρατικοί γονικοί τύποι σχετίζονται με τη θετική προσαρμογή των παιδιών και των εφήβων (Baumrind, 1991, 1993· McKinney, Donnelly & Renk, 2008). Ο δημοκρατικός τύπος είναι απαιτητικός αλλά ταυτόχρονα υπεύθυνος. Επιπλέον, διαπραγματεύεται και ασκεί έλεγχο σε ένα περιβάλλον ζεστό συναισθηματικά και με αγάπη. Αναγνωρίζουν και επαινούν τα προσόντα και τις ικανότητες των παιδιών τους και τα παιδιά, με τη σειρά τους, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εσωτερίκευσης των γονικών δεδομένων (Baumrind, 1993). Εκτός από τον έλεγχο που είναι ευέλικτος οι δημοκρατικοί τύποι εμφανίζουν υψηλά επίπεδα υποστήριξης. Παρατηρείται υψηλή γονική επίδραση στα παιδιά, ο γονιός μοιράζεται με το παιδί του λόγους για συγκεκριμένους κανόνες και προσδοκίες, υπάρχει σεβαστός καθορισμός ορίων, θέτουν δηλαδή ξεκάθαρα όρια της αποδεκτής συμπεριφοράς, λογικά και με αγάπη (Baumrind, 1966, 1971· Coolahan, McWayne, Fantuzzo & Grim, 2000).

Αυτός ο γονικός τύπος θεωρείται ο πιο ωφέλιμος για τα παιδιά και τους εφήβους, κάτι που στηρίζεται στα πολύ σημαντικά θετικά του αποτελέσματα όπως αυτο-εκτίμηση, προ-κοινωνική συμπεριφορά και χαμηλά επίπεδα επιθετικότητας, άγχους και κατάθλιψης (Jackson, Pratt, Hunsberger & Pancer, 2005· Laible & Carlo, 2004). Επίσης, τα παιδιά χαρακτηρίζονται από αυξημένη ανεξαρτησία, αυτο-έλεγχο και φαίνονται να είναι περισσότερο επιτυχημένα στο καθορισμό στόχων για τα ίδια, βρίσκοντας τα μέσα ώστε να επιτύχουν τους στόχους και να ξεπεράσουν τα πιθανά εμπόδια αυτών των στόχων.

Έχουν διατυπωθεί ποικίλες παρατηρήσεις για τον δημοκρατικό γονικό τύπο, όπως η πιθανότητα ότι αυτός ο γονικός τύπος σχετίζεται με περισσότερο ωφέλιμα κοινωνικά και οργανικά αποτελέσματα στα παιδιά. Επιπρόσθετα, έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά αυτά, ανεξάρτητα από το φύλο, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα προβλημάτων στη συμπεριφορά τους. Παράλληλα, γίνεται αναφορά για υψηλότερα επίπεδα ακαδημαϊκής επιτυχίας (Steinberg, Lamborn, Dornbusch & Darling, 1992) και για υψηλότερα επίπεδα αυτο-εκτίμησης, αυτονομίας και υπευθυνότητας (Baumrind, 1991· Buri, 1989) σε σχέση με συνομηλικούς με μη δημοκρατικούς γονείς. Έρευνα των Sharabany, Eshel & Hakim (2008) έδειξε ότι οι στενές φιλίες

σχετίζονται κυρίως με τον δημοκρατικό γονικό τύπο που συνδυάζει ένα βαθμό ελιγκρίνειας και αποδοχής των αναγκών του παιδιού σε περιορισμένο περιβάλλον και αυτό απεικονίζει μία συνέχεια στη φύση των αλληλεπιδράσεων των παιδιών με τους γονείς και τους συνομηλίκους τους.

Οι άλλοι γονικοί τύποι συμβάλλουν λιγότερο στην συνολική προσαρμογή. Στον επιτρεπτικό γονικό τύπο, στις φυσικές τάσεις του παιδιού κατοικεί κάθε μορφής έλεγχος ή πειθαρχία και προοπτικές αυτο-πραγμάτωσης. Ουσιαστικά, στα παιδιά με αυτόν τον γονικό τύπο παρατηρείται έλλειψη ελέγχου ή καλύτερα χαμηλό επίπεδο ελέγχου και χαμηλό ή υψηλό επίπεδο ζεστασιάς. Επιπλέον, καταγράφονται χαμηλές προσδοκίες ως προς τον αυτο-έλεγχο του παιδιού και τίθενται σε αυτά λίγοι περιορισμοί. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των παιδιών αυτών αποτελεί η φτωχή αυτο-διαχείριση της συμπεριφοράς (Chipman, Olsen, Klein, Hart & Robinson, 2000· Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991). Σύμφωνα με την Baumrind (1978), ο επιτρεπτικός γονιός βλέπει τον εαυτό του σαν μία πηγή από την οποία το παιδί μπορεί να χρησιμοποιήσει τα όσα ο γονιός εύχεται, αλλά όχι ως υπεύθυνο για τη διαμόρφωση και εναλλαγή της πορείας του παιδιού και της μελλοντικής συμπεριφοράς του.

Ο αυταρχικός γονικός τύπος αποκρίνεται με ένα τιμωρητικό και δυναμικό τρόπο με στόχο τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του παιδιού (Baumrind, 1991b). Αυτός ο τύπος γονέα δηλαδή είναι περισσότερο πιθανό να καταφύγει σε σωφρονιστικές, τιμωρητικές τακτικές ώστε να ελέγξει τη συμπεριφορά των παιδιών και παρέχεται στα παιδιά λίγος χώρος για διαπραγμάτευση. Οι γονείς αυταρχικού τύπου ασκούν υψηλό και ραγδαίο έλεγχο στα παιδιά τους, τα οποία στερούνται υποστήριξή τους. Η χαμηλού επιπέδου ζεστασιά είναι παρούσα όπως και η αυστηρή πειθαρχία. Στους αυταρχικούς γονικούς τύπους μπορεί να απουσιάζει η ευαισθησία ως προς τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού και αυτό ίσως έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά αυτών να κινητοποιούνται με εξωτερικούς ελέγχους (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts & Fraleigh, 1987).

Τέλος, ο απορριπτικός-αδιάφορος γονικός τύπος χαρακτηρίζεται κυρίως από έλλειψη υποστήριξης και ελέγχου. Οι τρεις τελευταίοι γονικοί τύποι, ο επιτρεπτικός, ο αυταρχικός και ο απορριπτικός-αδιάφορος έχουν τα λιγότερο θετικά αποτελέσματα στα παιδιά και τους έφηβους (Laible & Carlo, 2004).

Όσον αφορά στην διατροφή, οι γονικοί τύποι σχετίζονται με τις πρακτικές των γονιών ως προς τη διατροφή των παιδιών τους (Birch & Fisher, 1995· Faith, Scanlon,

Birch, Francis & Sherry, 2004). Οι γονικοί τύποι μπορεί να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των γονικών πρακτικών διατροφής του παιδιού αφού σύμφωνα με την Baumrind οι γονικές πρακτικές διατροφής αποτελούνται από τρία σημαντικά γονικά στοιχεία και εξελίσσονται γύρω από θέματα ελέγχου. Το πρώτο από αυτά τα στοιχεία αναφέρεται στην γονική υπευθυνότητα (parental responsiveness), η οποία έχει να κάνει με το στοιχείο στο οποίο οι γονείς σκόπιμα καλλιεργούν την ατομικότητα, την αυτο-διαχείριση, την ικανότητα του να είναι κάποιος συντονισμένος, υποστηρικτικός και σε συμφωνία με τις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις των παιδιών (Branen & Fletcher, 1999· Baumrind, 1971).

Το δεύτερο στοιχείο είναι η γονική απαιτητικότητα (parental demandingness) που σχετίζεται με τις αξιώσεις των γονιών ώστε να κάνουν τα παιδιά τους να είναι ενσωματωμένα στο οικογενειακό σύνολο, από τις απαιτήσεις της ωριμότητάς τους, την επίβλεψη, τις πειθαρχικές προσπάθειες και την προθυμία να αντιμετωπίσουν το παιδί που δεν υπακούει (Baumrind, 1991· Buri, 1991). Τρίτο στοιχείο αποτελεί ο ψυχολογικός έλεγχος (psychological control), οι προσπάθειες δηλαδή ελέγχου που παρεισφύουν στη συναισθηματική και ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού μέσω της χρήσης γονικών πρακτικών όπως χρήση ενοχής, απόσυρση αγάπης ή ντροπή (Barber, 1996).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, υποστηρίζεται ότι, γενικότερα, ο αυταρχικός γονικός τύπος σχετίζεται με περιορισμό και πίεση στο φαγητό, δηλαδή ο τύπος αυτός ασκεί πίεση στο παιδί ως προς τη διατροφή και προσπαθεί να περιορίζει, για παράδειγμα, το παιδί ώστε να μη καταναλώνει πολύ φαγητό. Επίσης, στον δημοκρατικό γονικό τύπο παρατηρήθηκε έλεγχος στις διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις του παιδιού, αλλά με αντιλήψεις που διακρίνονται από υπευθυνότητα σε αντιδιαστολή με τον επιτρεπτικό γονικό τύπο που κατέχει τα ίδια χαρακτηριστικά με του δημοκρατικού, όμως, σε πολύ χαμηλό βαθμό (Hubbs-Tait, Kennedy, Page, Topham & Harrist, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο δημοκρατικός τύπος χαρακτηρίζεται από μία ισορροπία μεταξύ των ανησυχιών του για υγιεινή κατανάλωση και των διατροφικών προτιμήσεων των παιδιών (Hughes, Power, Fisher, Mueller & Nicklas, 2005· Patrick, Nicklas, Hughes & Morales, 2005). Στον επιτρεπτικό γονικό τύπο, οι πρακτικές είναι περισσότερο επιεικείς ή αδιάφορες, επιτρέποντας στο παιδί να ελέγχει τι, που και πόσο πολύ αυτό θα φάει (Cullen, Baranowski, Rittenberry, Cosart, Owens, Hebert & Moor, 2000· Cullen, Baranowski, Rittenberry, Cosart, Hebert & Moor, 2001). Οι

διατροφικές πρακτικές του αυταρχικού γονικού τύπου περιλαμβάνουν περιορισμένα, συγκεκριμένα τρόφιμα και μία προσπάθεια ελέγχου της κατανάλωσης του παιδιού, δίνοντας μικρή σημασία στα θέλω του παιδιού (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

1.4. Εικόνα Σώματος

Η εικόνα σώματος έχει καθιερωθεί ως μία σημαντική όψη της αυτο-αξίας και της πνευματικής υγείας του ανθρώπου (Harter, 1990). Κατά τον Slade (1988), η εικόνα σώματος είναι «η εικόνα που έχουμε στο μυαλό μας για το μέγεθος, το σχήμα και τη μορφή του σώματός μας και τα συναισθήματά μας σχετικά με αυτά τα χαρακτηριστικά και τα μέρη του σώματός μας» (σελ. 20).

Η εικόνα του σώματος επηρεάζεται σημαντικά από τον επιθυμητό συνδυασμό μεταξύ αυτο-αξιολόγησης του σώματος, των προσδοκιών του ατόμου για τον φυσικό (σωματικό) εαυτό του και τις αντιλαμβανόμενες αξιολογήσεις των άλλων (Lerner, 1987). Επιπλέον, έχει φανεί ότι οι αντιλαμβανόμενες ή υποκειμενικές αξιολογήσεις του βάρους είναι πιο προβλεπτικές της εικόνας του σώματος από ότι είναι το πραγματικό βάρος (Richards, Boxer, Petersen & Albrecht, 1990). Ένας λανθασμένος υπολογισμός του μεγέθους του σώματος ορίζεται ως η αντιλαμβανόμενη παραποίηση της εικόνας του σώματος και μπορεί να διαφοροποιείται από μία αρνητική αξιολόγηση του σώματος που ορίζεται ως δυσαρέσκεια του σώματος (Cash & Deagle, 1997).

Σε αρκετές μελέτες έχει απεικονιστεί ότι η εικόνα του σώματος υπόκειται αλλαγές κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Blyth, Simmons & Zakin, 1985). Σύμφωνα με τους Littleton και Ollendick (2003), η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος και η παραποίηση του σώματος εμφανίζεται να αυξάνεται με την ηλικία, να κορυφώνεται κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας, λόγω τόσο πολλών φυσικών, ορμονικών, γνωστικών και συναισθηματικών αλλαγών που λαμβάνουν μέρος ως αποτέλεσμα της ηλικιακής αυτής περιόδου (Speare, 2002), και κυρίως μεταξύ κοριτσιών.

Η δυσαρέσκεια για το σώμα αναφέρεται σε υποκειμενικά συναισθήματα δυσαρέσκειας που αναμειγνύουν αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα ως προς τη φυσική εμφάνιση κάποιου (Littleton & Ollendick, 2003). Για να οδηγήσει όμως σε

διατροφικές διαταραχές πρέπει να είναι θεωρημένη η δυσαρέσκεια στην εικόνα του σώματος ως αδικαιολόγητη (Gualldi-Russo, Albertini, Argnani, Celenza, Nicolucci & Toselli, 2003).

Ένα πολύ σημαντικό εύρημα, που σχετίζεται με το φύλο, των Rosenblum και Lewis (1999) αλλά και προηγούμενων μελετών (Davies & Furnham, 1986a· Richards, Boxer, Petersen & Albrecht, 1990· Wardle & Marsland, 1990) είναι ότι κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου της εφηβείας (γύρω στα 15 έτη), η εικόνα του σώματος των κοριτσιών χειροτερεύει, ενώ των αγοριών βελτιώνεται. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να οφείλεται στην αύξηση του ύψους και της μυϊκής μάζας των αγοριών που σχετίζεται με την εικόνα του σώματος, ενώ στα κορίτσια χρειάζεται κάποιο χρονικό διάστημα προκειμένου να προσαρμοστούν στην αυξανόμενη διαφορά μεταξύ των σωμάτων τους και του κοινωνικού ιδανικού.

Επιπλέον, έρευνα των Furnham, Badmin και Sneade (2002) έδειξε ότι το 37% των αγοριών ήθελαν να είναι βαρύτερα και το 43% πιο αδύνατα, ενώ μόνο το 8% των κοριτσιών ήθελαν να αυξήσουν το βάρος τους. Στην ίδια έρευνα επιβεβαιώθηκε, για ακόμα μία φορά, ότι η δυσαρέσκεια με το σώμα δεν είναι ένα χαρακτηριστικό που συναντάται μόνο στα κορίτσια. Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων έγκειται μάλλον στο γεγονός ότι τα αγόρια εύχονται να γίνουν πιο μυώδεις και η δυσαρέσκεια με το σώμα σχετίζεται με την απόκτηση βάρους, ενώ τα κορίτσια θέλουν να γίνουν υπερβολικά αδύνατα, όπως 'προστάζει' η βιομηχανία της εποχής. Έτσι, ούτε το ένα ούτε το άλλο φύλο μπορεί να αποφύγει την κοινωνικοπολιτισμική πίεση για την επίτευξη ενός ιδανικού σχήματος σώματος, παρόλο που τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά στην αξιολόγηση στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές.

Έχει θεωρηθεί ότι ο μηχανισμός των διαταραχών της εικόνας του σώματος αποτελείται από ιδέες που περιλαμβάνουν τόσο συμπεριφοριστικές όσο και αντιληπτικές όψεις. Οι συμπεριφοριστικές έχουν περιγραφεί ως δυσαρέσκεια σώματος και οι αντιληπτικές ως διαταραχή του μεγέθους του σώματος (Cash & Brown, 1987).

Η εικόνα του σώματος είναι μία πολυπαραγοντική ιδέα που ενσωματώνει αξιολογικά, αντιληπτικά, συμπεριφοριστικά και συναισθηματικά συστατικά (Huang, Norman, Zabinski, Calfas, & Patrick, 2007). Τα αξιολογικά συστατικά έχουν να κάνουν με την αξιολόγηση του σχήματος και του μεγέθους, τα αντιληπτικά σχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται σωστά το σωματικό του

σχήμα και μέγεθος, τα συναισθηματικά με το βαθμό που οι αξιολογήσεις του σώματος προκαλούν άγχος ή ανησυχία και τα γνωστικά το βαθμό που το βάρος και το σχήμα επηρεάζουν την αυτο-αξιολόγηση (Cash, Melnyk, & Hrabosky, 2002). Διαταραχές σε αυτά τα συστατικά ονομάζονται ανησυχίες εικόνας σώματος. Τελικά, η υπερβολική ανησυχία με το βάρος και το σχήμα και η δυσαρέσκεια του σώματος είναι συστατικά της εικόνας σώματος, μια πολύπλευρης δομής που αναφέρεται σε εσωτερικευμένη αναπαράσταση του βάρους, του σχήματος και της εμφάνισης (Grogan, 2007).

Όλο και περισσότερο αποδεικνύεται ότι η αρνητική εικόνα σώματος τοποθετεί τα κορίτσια και κάποιες φορές τα αγόρια σε κίνδυνο για την εμφάνιση διάφορων προβλημάτων, όπως οι διατροφικές διαταραχές (Rosen, 1996). Ο Hilde Bruch (1962), πρώτος αναγνώρισε την διαταραγμένη εικόνα σώματος ως βασικό χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών και συγκεκριμένα της νευρικής ανορεξίας.

Υπάρχουν πάρα πολλές έρευνες στις οποίες έχουν αποκαλυφθεί συσχετίσεις μεταξύ μιας ποικιλίας διαταραχών στην εικόνα του σώματος και προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών και στάσεων και σε πολλές από αυτές έχουν επισημανθεί οι διαταραχές στην εικόνα του σώματος ως πρόδρομοι των διατροφικών διαταραχών (Leon, Fulkerson, Perry & Cudeck, 1993). Μία μετα-ανάλυση των Cash και Deagle (1997) έδειξε ότι οι γυναίκες με κλινικές διατροφικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με το σώμα τους και διαταραχή στην αντίληψη του μεγέθους του σώματός τους.

Σύμφωνα με τους Thompson, Roehrig και Kinder (2007), η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο πάχους, άρνηση διατήρησης ενός υγιούς βάρους και διαταραχές στην εικόνα σώματος και η νευρική βουλιμία έχει ως βασικό της χαρακτηριστικό τη διαταραγμένη εικόνα σώματος μαζί με τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης μέσω της χρήσης αντισταθμιστικών συμπεριφορών (π.χ. προκλητούς εμετούς, χρήση καθαρτικών και διουρητικών, υπερβολική άσκηση ή δίαιτα/νηστεία).

Παρόλο που η φύση της διαταραχής της εικόνας του σώματος είναι ακόμη αμφιλεγόμενη (Cash & Deagle, 1997· Fernandez-Arand, Dahme & Meermann, 1999· Gardner & Bokenkamp, 1996· Hennighausen, Enkelmann, Wewetzer & Remschmidt, 1999· Probst, Vandereycken, Vanderlinden & Van Coppenolle, 1998· Smeets, Smit, Panhuysen & Ingleby, 1997) το χαρακτηριστικό αυτό έχει γίνει μέρος του ορισμού

των διατροφικών διαταραχών στα δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενα σχήματα ταξινόμησης, το ICD-10 και το DSM-IV.

Όσον αφορά στη νευρική ανορεξία, τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 περιλαμβάνουν μία παραποιημένη εικόνα σώματος στο σχηματισμό μιας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας, όπου ο φόβος πάχους επιμένει ως μία παρεισφρητική και υπερβολικά αξιολογημένη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει ένα χαμηλό κατώτατο βάρος στον εαυτό του. Στο DSM-IV (APA, 1994), η νευρική ανορεξία περιλαμβάνει διαταραχή στο τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του βάρους και του σχήματος του σώματος στην αυτο-αξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του τωρινού χαμηλού σωματικού βάρους.

Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια τάση οι περισσότεροι ασθενείς με νευρική ανορεξία να υπολογίζουν λανθασμένα [είτε προς τα πάνω (Gila, Castro & Salamero, 1998) είτε προς τα κάτω (Probst, Vandereycken & Van Coppenolle, 1997)] το πραγματικό τους σωματικό μέγεθος (Probst, Vandereycken, Coppenolle & Pieters, 1995). Το δυσλειτουργικό μέρος της αντιλαμβανόμενης παραποίησης του μεγέθους του σώματος φαίνεται να είναι πέρα από το μέγεθος του σώματος υπερεκτιμημένο παρά υποτιμημένο.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής βουλιμίας στο ICD-10 περιλαμβάνουν ένα παθολογικό φόβο πάχους και ένα αισθητά καθορισμένο κατώτατο όριο βάρους, κάτω από το πριν του παθολογικού βάρους που αποτελεί το βέλτιστο ή υγιές βάρος κατά τη γνώμη ειδικού (παθολόγου). Σε σχέση με το DSM-IV, στη νευρική βουλιμία αναφέρεται (όπως και στην νευρική ανορεξία) ότι η αυτο-αξιολόγηση είναι αδικαιολόγητα επηρεασμένη από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

1.5. Τύποι Δεσμού και Ρομαντικές Σχέσεις

Ο τύπος δεσμού είναι ο μηχανισμός με τον οποίο τα άτομα σχηματίζουν στενές σχέσεις με τους άλλους. Αρχικά, οι διαδικασίες αυτές περιγράφηκαν στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης γονέα – παιδιού (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Παρόλο, βέβαια, που γίνεται ιδιαίτερη αναφορά σε τύπους δεσμού μεταξύ ενηλίκων, έρευνες έχουν δείξει ότι οι τύποι αυτοί σχετίζονται με τις πρώιμες σχέσεις

γονέα – παιδιού και παρουσιάζουν συνέχεια στο χρόνο (Collins & Read, 1990· Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999).

Σύμφωνα με τους Hazan & Shaver (1987, 1994), υπάρχουν τρία είδη δεσμού με πρώτο τον ασφαλή δεσμό, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως υγιής τύπος με ανεξαρτησία και στενές σχέσεις και ο ανασφαλής που διακρίνεται σε αποφευκτικό και τον ανθεκτικό. Στον αποφευκτικό τύπο παρατηρείται μία προτίμηση στην υπερβολική απόσταση από τους άλλους σε επίπεδο σχέσεων ενώ ο ανθεκτικός τύπος χαρακτηρίζεται με έντονη ανάγκη να κρατά τους άλλους σε στενή εγγύτητα στις σχέσεις.

Κατά τη θεωρία δεσμού, τα νήπια έχουν κάποιες προσδοκίες απέναντι στα πρόσωπα που τα φροντίζουν, δηλαδή στους τροφούς τους, ως προς την διαθεσιμότητα και την ευαισθησία της ανταπόκρισής τους, βασιζόμενα στην ποιότητα της γονικής φροντίδας που αυτά λαμβάνουν. Οι προσδοκίες αυτές και η αίσθηση του νηπίου λειτουργούν ως ασφαλή βάση για την ανάπτυξη των νοητικών αναπαραστάσεων του εαυτού και των άλλων και ένας τρόπος αποφυγής κινδύνου, όταν αυτός παρουσιαστεί, με το να απευθύνεται στον τροφό του (Armstrong & Roth, 1989· Bowlby, 1969· Hazan & Shaver, 1987).

Τα νήπια με συναισθηματικά διαθέσιμους τροφούς αναπτύσσουν μία αίσθηση συναισθηματικής άνεσης και θεωρούν τον εαυτό τους ικανό και άξιο αγάπης. Αντιθέτως, τα νήπια που βιώνουν την απόρριψη χαρακτηρίζονται από μειωμένη αίσθηση αυτο-αξίας και αυξημένη εντύπωση απόρριψης από τους άλλους, με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτα σε εξωτερικά μηνύματα και στην εσωτερίκευση αυτών. Στη συνέχεια ως ενήλικες δε περιμένουν από τους σημαντικούς άλλους φροντίδα και διαθεσιμότητα αλλά αναπτύσσουν στρατηγικές ανασφάλειας για να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά αποτελέσματα (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Ο Bowlby (1969) βρήκε ότι μια ασφαλής σχέση με τους τροφούς, τουλάχιστον καλύτερα με ένα ενήλικο είναι κεντρικής σημασίας στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Ο ανασφαλής τύπος δεσμού, δηλαδή ο αγχώδης τύπος δεσμού και ο τύπος δεσμού αποφυγής σύμφωνα με τον Bowlby (1988), φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση διατροφικών διαταραχών. Οι διαστάσεις δεσμού άγχους και αποφυγής ουσιαστικά συνεισφέρουν στη προηγούμενη κατηγοριοποίηση σε σχέση με τον τρόπο επίδρασής τους στη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών.

Η σχέση μεταξύ ανασφαλούς τύπου δεσμού και διατροφικών διαταραχών υποστηρίζεται από πολλούς θεωρητικούς, όπως οι Broberg, Hjalms & Nevenon (2001), οι Orzolek-Kronner, (2002) και οι Ringer & Grittenden (2007) και περισσότερο ο ανθεκτικός, κατά την διάκριση των Hazan & Shaver, τύπος (Troisi, Lorenzo, Alcini & Nanni, 2006).

Ένας σημαντικός αριθμός εμπειρικών μελετών έχει υποστηρίξει την ιδέα ότι οι πρώιμες εμπειρίες δεσμού σχετίζονται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα, την ύπαρξη σχέσης των διατροφικών διαταραχών με τον ανασφαλή τύπο δεσμού (Ringer & Grittenden, 2006). Οι Soares & Dias (2007) με μια αναφορά που συγκέντρωνε τις μελέτες από το 2000 επιβεβαίωσαν τη σχέση ανάμεσα στον ανασφαλή τύπο δεσμού και τις διατροφικές διαταραχές.

Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι υψηλά επίπεδα άγχους και ο ανασφαλής τύπος δεσμού αποτελούν κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ γυναικών με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία (Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure, 2001· Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005). Όπως επίσης, η θεωρία ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαταραγμένων προτύπων σχέσης εαυτού/άλλου που αναδύονται από ανασφαλείς ή διαταραγμένες γονικές σχέσεις ή ότι ακατάλληλα πρότυπα τύπων δεσμού και σχέσεων μπορεί να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, είναι ένα θέμα που αποτελεί ένα σημαντικό αντικείμενο μελέτης (Heesacker & Neimeyer, (1990)· Leung, Thomas & Waller, 2000).

Ένα σημαντικό εύρημα έρευνας των Kiang & Harter (2005) αποτελεί ότι ο αποφευκτικός τύπος δεσμού έχει δυνατότερη συνεισφορά στην ψυχολογική συμπτωματολογία. Πιο συγκεκριμένα, μία έφηβη που έχει αναπτύξει αποφευκτικό τύπο δεσμού με τη μητέρα της φαίνεται να βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικής συμπτωματολογίας από ότι αν έχει αναπτύξει τον ίδιο τύπο δεσμού με τον πατέρα ή τον ρομαντικό της σύντροφο.

Οι ρομαντικές σχέσεις αποτελούν ένα ακόμα σύστημα δεσμού που έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ανησυχίες σχετικά με την απόκτηση του ιδανικού – αδύνατου σώματος είναι πιθανό να αυξηθούν κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ηλικίας όπου οι γυναίκες ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για το σχηματισμό ρομαντικών σχέσεων με άτομα του αντίθετου φύλου. Πόσο μάλλον, εφόσον τα κορίτσια και οι γυναίκες πιστεύουν ότι οι άντρες

ασχολούνται με θέματα φυσικής – εξωτερικής εμφάνισης ως προς την αξιολόγηση των εν δυνάμει ρομαντικών συντρόφων τους (Buunk, Dijkstra, Fetchenhauer & Kenrick, 2002).

Μάλιστα, έρευνα έχει δείξει ότι οι γυναίκες μπορούν πράγματι να υποτιμήσουν ποιο μέγεθος γυναικείου σώματος γίνεται αντιληπτό ως πιο ελκυστικό από τους άντρες (Markey, Markey & Birch, 2004). Μελέτη των Markey & Markey (2005) βρήκε ότι οι αντιλήψεις των γυναικών για την ικανοποίηση των συντρόφων τους με τα σώματά τους ήταν αντίστροφα σχετιζόμενη με τη διάρκεια των ρομαντικών σχέσεων. Οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε διαρκέστερες σχέσεις πίστευαν ότι οι σύντροφοί τους τις θέλουν να φαίνονται πιο αδύνατες από ό,τι οι γυναίκες που βρίσκονταν σε σχέσεις μικρότερης διάρκειας.

1.6. Σχέση τύπων δεσμού, εικόνας σώματος και γονικών τύπων με τις διαταραχές διατροφής

Σε αυτή την ενότητα γίνεται προσπάθεια να αναφερθεί ο τρόπος με τον οποίο οι αντιλαμβανόμενοι γονικοί τύποι συμπεριφοράς, οι τύποι δεσμού και η εικόνα του σώματος σχετίζονται με τις συμπεριφορές και στάσεις διατροφής.

Σύμφωνα με τους Tata, Fox και Cooper (2001), τα αποτελέσματα της έρευνάς τους που είχαν σχέση με την αλληλεπίδραση γονέα – παιδιού έδειξαν ότι ένας κοινός πιθανός παράγοντας κινδύνου που ονομάζεται γονική υπερπροστασία, εμφανίζεται να έχει σημαντική αναπτυξιακή επιρροή στην ικανοποίηση του σώματος. Ακολούθως, η χαμηλή ικανοποίηση σώματος παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με μη φυσιολογικές στάσεις και συμπεριφορές φαγητού και μάλιστα, μια σημαντική σχέση με διατροφικές διαταραχές, κάτι που έχει βρεθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Minuchin, Baker, Roseman, Liebman, Millman & Todd, 1975· Touyz, O' Sullivan, Gertler & Beumont, 1988).

Από την άλλη μεριά, όμως, σε έρευνα των Furnham και Adam - Saib (2001) δεν επιβεβαιώνεται κάποιο από τα παραπάνω ευρήματα. Οι ερευνητές αυτοί μελέτησαν τον αντιλαμβανόμενο γονικό έλεγχο και πιο συγκεκριμένα την υπερπροστασία που εκδηλώνουν οι γονείς, χωρίς αυτή να επιβεβαιώνεται ότι σχετίζεται με τις διατροφικές συνήθειες. Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν

ότι ο ρόλος της γονικής φροντίδας και η υπερπροστασία ίσως δεν παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία των διαταραχών της διατροφής, όπως αρχικά είχε υποθεθεί.

Έρευνα των Waller και Hartley (1994) προτείνει ότι τα άτομα με βουλιμία αισθάνονται ότι υπάρχουν ανεπαρκείς μητρικοί ‘κανόνες’ αναφορικά με τους σκοπούς της συμπεριφοράς και η πατρική αποδοκιμασία είναι προβλεπόμενη επειδή κανένα απρόβλεπτο (γεγονός) δεν έχει εκφραστεί. Ενώ, τα άτομα με ανορεξία μπορεί να πιστεύουν ότι τα μητρικά δεδομένα είναι πολύ υψηλά για να είναι επιτεύξιμα και ότι η πατρική αποδοκιμασία είναι, συνεπώς, αναπόφευκτη. Και στις δύο περιπτώσεις η αντιλαμβανόμενη, ανεξέλεγκτη και συνεχής αποτυχία είναι πιθανό αποτέλεσμα, οδηγώντας στη δυσαρέσκεια και χαμηλή αυτοεκτίμηση, όπως ο Slade (1982) έχει αναφέρει.

Εντέλει, όσον αφορά στους γονικούς τύπους, τόσο στις μητέρες όσο και στους πατέρες, οι επιτρεπτικοί γονικοί τύποι σχετίζονται με λιγότερες προσαρμοστικές πρακτικές διατροφής (Blisset & Haycraft, 2008). Σύμφωνα με τη θεωρία έρχεται το εύρημα των Blisset και Haycraft ότι ο έλεγχος, μία σχετικά υγιής, συγκαλυμμένη πρακτική, σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο απόκτησης βάρους μακροπρόθεσμα (Faith, Scanlon, Birch, Francis & Sherry, 2004) και με λιγότερο επιτρεπτικό γονικό τύπο των μητέρων και των πατέρων. Έτσι, σύμφωνα και με προηγούμενα ευρήματα, ο επιτρεπτικός γονικός τύπος αναπτύσσει αρνητική σχέση με υγιείς πρακτικές διατροφής.

Έπειτα, οι αυταρχικοί γονικοί τύποι χρησιμοποιούν κυρίως περισσότερο πιεστικές πρακτικές διατροφής (Duke, Bryson, Hammer & Agras, 2004). Αντιθέτως, έχει καταδειχθεί μία σχέση ανάμεσα σε περισσότερο προσαρμοστικούς (δημοκρατικούς) γονικούς τύπους και υγιεινές πρακτικές διατροφής (Hughes, Power, Fisher, Mueller & Nicklas, 2005), κυρίως στους πατέρες, αλλά δεν είναι ακόμα ιδιαίτερα ισχυρή.

Σχετικά και με τους τύπους δεσμού, ισχυρότερος ασφαλής τύπος σχετίζεται με χαμηλότερη μητρική υπερπροστασία σε κοπέλες με ανορεξία. Επίσης, υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ αποφευκτικού τύπου και μητρικής/πατρικής υπερπροστασίας. Ενώ, στα άτομα με βουλιμία, περισσότερο άγχος σχετίζεται με χαμηλότερη μητρική συναισθηματική υποστήριξη και περισσότερη αποφυγή με χαμηλή πατρική συναισθηματική υποστήριξη (Tereno, Soares, Martins, Celani & Sampaio, 2008).

Οι τύποι δεσμού είναι, γενικά, ένας δυνατός παράγοντας κινδύνου για ψυχοπαθολογία και διατροφικές διαταραχές, συγκεκριμένα (Cole-Detke & Kobak, 1996· Kenny & Hart, 1992) . Από τη μία μεριά, οι ασφαλείς τύποι δεσμού παρέχουν χαρακτηριστικά όπως η εμπιστοσύνη, η θετική συναισθηματική κατάσταση, η καλή διαχείριση αρνητικών και θετικών συναισθημάτων, διαθεσιμότητα και υπευθυνότητα. Αντιθέτως δε, οι ανασφαλείς τύποι δεσμού είναι περισσότερο πιθανό να δημιουργήσουν στα άτομα ανησυχίες για το βάρος τους, οι οποίες τους τοποθετούν σε κίνδυνο για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Sharpe et al., 1998).

Σύμφωνα με έρευνα των Ata, Ludden και Lally (2007), ο πιο αθόρυβος προβλεπτικός παράγοντας της αρνητικής εικόνας σώματος και διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών είναι η πίεση της οικογένειας για χάσιμο βάρους, όπως οι έφηβοι ανέφεραν. Σε αυτή τη μελέτη, πιέσεις για να χάσουν βάρος τα κορίτσια και να αποκτήσουν μύες τα αγόρια σε συνδυασμό με χαμηλή γονική υποστήριξη, σχετίστηκαν με υψηλό κίνδυνο στις διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις τους.

Πολλές μελέτες έχουν συμφωνήσει στο εύρημα ότι τα άτομα που είναι δυστυχημένα με την εικόνα του σώματός τους είναι ευάλωτα στην ανάπτυξη παθολογιών διατροφής και δίαιτας (Cooley & Toray, 2001· Heatherton, Mahamedi, Striepe, Field & Keel, 1997· Stice & Agras, 1998). Σε συμφωνία με αυτές τις μελέτες έρχεται το συμπέρασμα έρευνας των Cash και Deagle (1997), κατά το οποίο οι γυναίκες με κλινικές διατροφικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σώματος και αντιλαμβανόμενη παραποίηση μεγέθους σώματος, συγκρινόμενες με γυναίκες χωρίς αυτές τις διαταραχές.

2.1. Στόχος της έρευνας

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των αντιλαμβανόμενων γονικών τύπων συμπεριφοράς, των τύπων δεσμού, της εικόνας του σώματος και των διατροφικών διαταραχών.

Η πρόταση ότι οι γονικοί τύποι αλληλεπιδρούν με την εικόνα του σώματος και τους τύπους δεσμού με αποτέλεσμα να επηρεάζουν τις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές, αποτελεί την βασική υπόθεση της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, υποθέτουμε ότι ο ανασφαλής τύπος δεσμού κυρίως στα αγόρια και ο αγχώδης στη περίπτωση των κοριτσιών σχετίζεται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Επίσης, υποθέτουμε ότι οι γονικοί τύποι και ο ανασφαλής δεσμός επηρεάζουν την εικόνα του σώματος, η οποία με την σειρά της επηρεάζει τις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να διατυπωθεί ότι οι υποθέσεις που σχετίζονται με τις διαταραχές στη διατροφή ισχύουν πιο πολύ για τα κορίτσια παρά για τα αγόρια.

2.2. Μεθοδολογία

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν συνολικά 524 μαθητές και μαθήτριες των τριών τάξεων του Λυκείου από πέντε σχολεία που στεγάζονται στο νομό Ηρακλείου, δύο εκ των οποίων στην επαρχία και τα υπόλοιπα τρία στην πόλη. Το δείγμα αποτελούνταν από 523 άτομα από τα οποία οι 256 ήταν μαθητές (μ.ο.= 16.57, τ.α.= .84) και οι 267 ήταν μαθήτριες (μ.ο.= 16.60, τ.α.= .80). Ο τόπος μόνιμης κατοικίας των μαθητών ήταν κατά 73.4% σε μεγάλη πόλη {80.000 - 250.000 κάτοικοι}, 21% σε χωριό {έως 2.000 κάτοικοι} και λιγότεροι μαθητές κατοικούσαν σε άλλα μέρη (2.5% σε κωμόπολη {2.000 - 10.000 κάτοικοι}, 1.7% σε πόλη {10.000 - 80.000 κάτοικοι}, 1.1% σε μεγαλούπολη {πάνω από 250.000 κάτοικοι} και 0.2% αλλοδαποί).

Ερευνητικά Εργαλεία

Δημογραφικά στοιχεία

Οι ερωτήσεις που αναφέρονταν στα δημογραφικά στοιχεία ήταν 8 σε αριθμό και περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία, τη τάξη, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και τέλος, το βάρος και το ύψος.

Με την γνώση των στοιχείων του βάρους και του ύψους δίνεται η δυνατότητα να υπολογιστεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) ο οποίος ισούται με το πηλίκο του βάρους σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura & Taylor, 1972).

Ερωτηματολόγιο διατροφικών στάσεων (Eating Attitudes Test / EAT-26)

Σύμφωνα με τους Garner και Garfinkel (1979), το EAT αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο σαράντα στοιχείων, τύπου Likert που σχετίζονται με την νευρική ανορεξία. Ουσιαστικά, το ερωτηματολόγιο αυτό δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης κάποιων συμπεριφορών, οι οποίες είναι κοινά αναφερόμενες μεταξύ ανορεκτικών ατόμων, όπως η ανεξέλεγκτη υπερφαγία, το αίσθημα ενοχής μετά το φαγητό, η χρήση καθαρτικών κ.λ.π. Κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου απαντάται με τις λέξεις 'πάντα', 'συνήθως', 'συχνά', 'μερικές φορές', 'σπάνια' ή 'ποτέ' (Garner, Olmstead & Polivy, 1983). Το EAT είναι μία κλίμακα αυτο-αναφοράς που όταν το αποτέλεσμα της ισούται με τριάντα ή περισσότερο τότε προτείνεται μία πιθανή διατροφική διαταραχή. Η περισσότερο ακραία ως προς την 'ανορεξία' απάντηση βαθμολογείται με τρία, η αμέσως επόμενη με δύο, η επόμενη με ένα και οι υπόλοιπες τρεις αντίθετες προς τις πιο ακραίες ως προς την 'ανορεξία' βαθμολογούνται με μηδέν (Grange, Telch & Tibbs, 1998).

Το EAT-26 προήλθε από το ευρέως έγκυρο EAT-40 (Thompson & Schwartz, 1982) και είναι πολύ πιο προβλεπτικό από το ευρύτερο όργανο ($r = .98$, Garner *et al.*, 1982). Αυτό το εργαλείο αυτο-αναφοράς σχεδιάστηκε να μετρά μία ευρεία ποικιλία από συμπτώματα χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αυτού σχετίζονται με τις στάσεις, τα πιστεύω και τις συμπεριφορές που αναφέρονται στο φαγητό, την εικόνα του σώματος και το βάρος. Από τις απαντήσεις προκύπτει ένα συνολικό αποτέλεσμα και τρεις

υποκλίμακες που περιλαμβάνουν την δίαιτα (dieting), την βουλιμία (bulimia) και τον έλεγχο (oral control) (Szabo & Allwood, 2004).

Η πρώτη υποκλίμακα σχετίζεται με την αποφυγή παχυντικών τροφών και με ανησυχία ως προς το αδύνατο σώμα (αποτελείται από δεκατρία στοιχεία). Ένα παράδειγμα είναι 'Με απασχολεί η επιθυμία να γίνω πιο λεπτός'. Η βουλιμία και η ανησυχία προς το φαγητό σχετίζεται με τις σκέψεις για το φαγητό και τη βουλιμία (αποτελείται από έξι στοιχεία), όπως η πρόταση 'Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου' και ο έλεγχος αναφέρεται στην απεικόνιση αυτο-ελέγχου γύρω από το φαγητό και τις αντιλαμβανόμενες πιέσεις από τους άλλους για να τρώει περισσότερο και να κερδίζει βάρος (περιλαμβάνει επτά στοιχεία).

Επιπλέον, το EAT-26 έχει θεωρηθεί κατάλληλο περισσότερο ως ένα μέτρο μη φυσιολογικών στάσεων προς το φαγητό και τη κατανάλωσή του, παρά ως ένα διαγνωστικό εργαλείο για διατροφικές διαταραχές (Button & Whitehouse, 1981). Οι υπολογισμοί του ερωτηματολογίου γίνονται χρησιμοποιώντας και σε αυτή την εκδοχή μία κλίμακα τύπου Likert με μια επιλογή από έξι απαντήσεις που κυμαίνονται από 'πάντα' έως 'ποτέ' για καθένα από τα είκοσι έξι στοιχεία. Τα πιθανά αποτελέσματα στο EAT-26 κυμαίνονται από μηδέν έως εβδομήντα οκτώ και αποτελέσματα ίσα ή μεγαλύτερα του είκοσι μαρτυρούν την ύπαρξη διαταραγμένων διατροφικών στάσεων και συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να απεικονίζει τη παρουσία σχετιζόμενης με τη διατροφή ψυχοπαθολογίας, με τις υποκλίμακες να δίνουν ένα προφίλ. Η αξιοπιστία του παρόντος δείγματος του EAT-26 είναι ισχυρή ($\alpha = .80$, πίνακας 2.3).

Ερωτηματολόγιο Εικόνας Σώματος (Body Shape Questionnaire / BSQ-34)

Για την αξιολόγηση και μέτρηση των ανησυχιών για το σχήμα του σώματος και το βάρος χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο σχήματος σώματος (BSQ) τριάντα τεσσάρων στοιχείων, όπως αυτό αναπτύχθηκε από τους Cooper, Taylor, Cooper και Fairburn (1987b). Πρόκειται για ένα κατάλογο αυτο-αναφοράς που μετρά γενικές ανησυχίες για το σχήμα του σώματος, ο οποίος επικεντρώνεται συγκεκριμένα στην υποκειμενική εμπειρία του 'αισθάνομαι χοντρός' (Troisi, 2006).

Όπως και στο EAT, χρησιμοποιείται μία εξαβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Τα πιθανά αποτελέσματα στο BSQ κυμαίνονται από τριάντα τέσσερα έως διακόσια τέσσερα. Ένα αποτέλεσμα ίσο ή μεγαλύτερο του εκατό είκοσι εννέα θεωρείται υψηλό

αποτέλεσμα και μπορεί να σχετίζεται με πιθανές περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας, άτομα που ανησυχούν για το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, μία μεγαλύτερη μη-ικανοποίηση με το σχήμα του σώματός τους και ασθενείς με κάποια διατροφική διαταραχή (Cillier, Senekal & Kunneke, 2005). Αυτή η τιμή μπορεί να ταυτοποιήσει, εκτός από πιθανές περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας, παχύσαρκους που κάνουν δίαιτα και παραποιημένη εικόνα σώματος (Cooper, Charnock & Taylor, 1987a· Rosen, Jones, Ramirez & Waxman, 1996).

Το BSQ έχει απεικονίσει υψηλή συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα και είναι ικανό να διαχωρίσει άτομα με διατροφικές διαταραχές από την υγιή ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο αυτό παρέχει ένα έγκυρο μέτρο ανησυχιών της εικόνας σώματος στους εφήβους (Bunnell, Cooper, Hertz & Shenker, 1992). Στη παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία του BSQ είναι πολύ ισχυρή ($\alpha = .97$, πίνακας 2.3).

Κλίμακα Δεσμού (Experience in Close Relationships Scale – Revised / ECRS-R)

Οι εμπειρίες σε στενές σχέσεις (ECR-R) (Fraley, Waller & Brennan, 2000) είναι μία μέτρηση αυτο-αναφοράς του δεσμού που αποτελείται από τριάντα έξι στοιχεία. Αυτή η μέτρηση προέρχεται από μία ανάλυση στοιχείου-απάντησης προηγούμενων μετρήσεων αυτο-αναφοράς του δεσμού (Evans & Wertheim, 2005) και αποτελείται από δύο υποκλίμακες, άγχους και αποφυγής, με δεκαοκτώ στοιχεία η καθεμία. Στη κλίμακα του άγχους περιέχεται, για παράδειγμα, η πρόταση ‘Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου’ και στη κλίμακα της αποφυγής ‘Προτιμώ να μη δείχνω στο/στη σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος’. Εξάγονται τέσσερις υποκλίμακες οι οποίες προέρχονται από τον συνδυασμό υψηλών και χαμηλών αποτελεσμάτων στις κλίμακες άγχους και αποφυγής.

Σε κάθε στοιχείο καλείται το άτομο να εκφράσει το βαθμό συμφωνίας του με το στοιχείο, επιλέγοντας την απάντηση που τον αντιπροσωπεύει καλύτερα από την επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Η κλίμακα αυτή κυμαίνεται από το ένα που σημαίνει ‘διαφωνώ απόλυτα’ έως το επτά ‘συμφωνώ απόλυτα’. Βέβαια οι συμμετέχοντες, πριν συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, πληροφορούνται ότι θα πρέπει να σκεφτούν τις συνολικές εμπειρίες τους στις ρομαντικές σχέσεις συμπεριλαμβάνοντας τις προηγούμενες και τρέχουσες ρομαντικές εμπειρίες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Tsagarakis, Kafetsios και Stalikas (2007) έδειξαν ότι το μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά ECRS-R είναι ένα αξιόπιστο ($\alpha=0.91$ για κάθε υποκλίμακα) και έγκυρο (συγκλίνουσα εγκυρότητα) όργανο μελέτης του ρομαντικού δεσμού στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο. Στη παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία του ECRS-R είναι ισχυρή ($\alpha= .82$, πίνακας 2.3).

Ερωτηματολόγιο Γονεϊκού Κύρους (Parental Authority Questionnaire / PAQ)

Το ερωτηματολόγιο γονεϊκού κύρους συγκροτήθηκε από τον Buri (1991) με στοιχεία που προέκυψαν από τους πρωτότυπους γονεϊκούς τύπους της Baumrind (1971, 1991). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει συνολικά τριάντα στοιχεία, τα οποία διαμορφώνουν τρεις κλίμακες, δηλαδή κάθε κλίμακα αποτελείται από δέκα στοιχεία. Τα στοιχεία αυτά αξιολογούν τους τρεις γονεϊκούς τύπους, τον επιτρεπτικό, τον αυταρχικό και τον δημοκρατικό. Χρησιμοποιείται, επίσης, μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert που περιέχει τις απαντήσεις ‘διαφωνώ απόλυτα’, ‘διαφωνώ’, ‘ούτε διαφωνώ’ / ‘ούτε συμφωνώ’, ‘συμφωνώ’, ‘συμφωνώ απόλυτα’.

Οι συμμετέχοντες καλέστηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο με κλίμακες ξεχωριστές για το κάθε γονιό, δηλαδή άλλη κλίμακα συμπλήρωσαν για τη μητέρα τους και άλλη για τον πατέρα τους. Προηγούμενες μελέτες έχουν απεικονίσει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία αυτών των κλιμάκων, όπως έρευνα των Peterson, Smirles & Wentworth (1997) και του Dwairy (2004a) με εσωτερική συνοχή μεταξύ $.74$ και $.87$ και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων μεταξύ $.77$ και $.92$. Η αξιοπιστία στη μελέτη αυτή είναι συνολικά $.77$, με κάθε υποκλίμακα επιτρεπτικού, αυταρχικού και δημοκρατικού να αντιστοιχεί στις αξιοπιστίες $.62$, $.77$, $.59$ για το πατέρα και $.57$, $.72$, $.60$ για τη μητέρα (πίνακας 2.3).

Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε δύο εβδομάδες πριν και δύο εβδομάδες μετά τις γιορτές του Πάσχα το έτος 2009. Η είσοδος στο σχολείο επιτράπηκε μετά από συνεννόηση με τους διευθυντές των σχολείων και την παροχή της άδειάς τους. Βέβαια, μετά από την άδεια των διευθυντών χρειαζόταν η ακόλουθη άδεια των διδασκόντων, αφού τα παιδιά συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια κάποιων διδακτικών ωρών. Αποκλείοντας, αρχικά, τις ώρες που παραδίδονταν μαθήματα κατευθύνσεως, οι καθηγητές ήταν συνολικά ιδιαίτερα πρόθυμοι να παραχωρήσουν κάποιες από τις ώρες διδασκαλίας τους, ώστε οι μαθητές να συμμετέχουν στην έρευνα.

Οι μαθητές, πριν συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, ενημερώνονταν περί τίνος πρόκειται η έρευνα, ότι η συμμετοχή τους σε αυτήν είναι εθελοντική, οι απαντήσεις τους άκρως εμπιστευτικές και ότι το κλειδί στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν πρώτα απ' όλα η ειλικρίνεια. Τα παιδιά ήταν στη πλειοψηφία τους πρόθυμα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια με ενδιαφέρον. Όμως, υπήρχαν και περιπτώσεις παιδιών πολύ ζωντανών ή κάποιες φορές και ολόκληρων τμημάτων όπου επικρατούσε φασαρία, κάτι για το οποίο πολλές φορές υπήρχε από πριν ή μετά ενημέρωση μέσω των καθηγητών, ποια τμήματα δηλαδή ήταν περισσότερο ζωντά από τα άλλα (δεν ήταν δηλαδή, μια συνθήκη μεμονωμένη που οφειλόταν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αλλά μπορεί, από την άλλη μεριά, να την ενίσχυσε).

Τέλος, όσον αφορά στα ερωτηματολόγια το πιο χαρακτηριστικό στοιχείο ήταν η δυσανασχέτηση πολλών μαθητών για το μέγεθος των ερωτηματολογίων. Αυτό ήταν κάτι που σχολιάστηκε από πολλούς μαθητές σε όλα τα σχολεία. Οι περισσότερες απορίες των παιδιών αφορούσαν στον τρόπο συμπλήρωσης, ο οποίος σε κάποιες περιπτώσεις δεν ήταν εξαρχής πλήρως κατανοητός ή και σε κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις που κυρίως διέφεραν μεταξύ των μαθητών. Προκλήθηκε, επίσης, αρκετές φορές γέλιο μεταξύ των μαθητών σχετικά με το ερωτηματολόγιο των σχέσεων και ιδιαίτερα με τις ερωτήσεις που έχουν σχέση με τους ερωτικούς συντρόφους. Παρ' όλα αυτά, έμειναν λίγες ερωτήσεις αναπάντητες, αν και σε κάποια ερωτηματολόγια δεν φαινόταν ξεκάθαρα συνειδητή η συμπλήρωσή τους (π.χ. το ερωτηματολόγιο του γονικού τύπου πατέρα και μητέρας ήταν συμπληρωμένο με τον ίδιο τρόπο).

2.3. Αποτελέσματα

Περιγραφικά αποτελέσματα

Από ότι φαίνεται στον πίνακα 2.1., το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (75,4%), τόσο από τη μεριά των αγοριών όσο και από τη μεριά των κοριτσιών, συγκαταλέγεται στη κατηγορία του κανονικού βάρους.

Πίνακας 2.1. Κατανομή του BMI σε αγόρια και κορίτσια.

Κατηγορίες	BMI					
	Αγόρια		Κορίτσια		Σύνολο	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Λειψό βάρος	10	4,1	41	16,7	51	10,5
Κανονικό βάρος	185	76,8	182	74	367	75,4
Υπέρβαροι	36	14,9	19	7,7	55	11,3
Παχύσαρκοι	10	4,1	4	1,6	14	2,9
Σύνολο	241	100	246	100	487	100

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Garner & Garfinkel, 1979), όταν η βαθμολογία των ερωτηθέντων στο ερωτηματολόγιο EAT-26 ισούται ή ξεπερνά το 20, τότε προκύπτει η ύπαρξη διαταραχών στις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές. Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 2.2., οι μαθητές με βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 20 είναι 20.7%. Στα κορίτσια η συχνότητα είναι μεγαλύτερη με ποσοστό 15.3%, σε αντίθεση με το ποσοστό των αγοριών που είναι 5.4%. Αξίζει να αναφερθεί ότι στο ερωτηματολόγιο BSQ το ποσοστό των μαθητών με βαθμολογία μεγαλύτερη του 110, το οποίο αποτελεί όριο πάνω από το οποίο εμφανίζονται διαταραχές στην εικόνα του σώματος, είναι 5.4%, το 89.3% του οποίου αντιστοιχεί στα κορίτσια και το 10.7% στα αγόρια.

Πίνακας 2.2. Μαθητές και μαθήτριες με βαθμολογία στο EAT-26>20

	EAT-26>20		EAT-26≤20		Σύνολο	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Αγόρια	28	5.4	228	43.6	256	49
Κορίτσια	80	15.3	187	35.7	267	51
Σύνολο	108	20.7	415	79.3	523	100

Στον πίνακα 2.3 παρουσιάζεται η αξιοπιστία όλων των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους. Επιπλέον, προστίθενται και οι πληροφορίες σχετικά με τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις τόσο των ερωτηματολογίων, όσο και των υποκλιμάκων τους.

Πίνακας 2.3. Δείκτες αξιοπιστίας, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους.

	Items	Cronbach's α
ECRS-R-36-συνολικό	36	.82
άγχους	18	.78
αποφυγής	18	.79
EAT-26- συνολικό	26	.80
δίαιτα	13	.83
βουλιμία	6	.48
έλεγχος	7	.55
BSQ-34	34	.97
PAQ- συνολικό	60	.77
επιτρεπτικός	10	.62
αυταρχικός	10	.77
δημοκρατικός	10	.59
επιτρεπτική	10	.57
αυταρχική	10	.72
δημοκρατική	10	.60

Ο πίνακας 2.4. περιέχει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις μεταξύ των δύο φύλων. Βάσει αυτού, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ($t=4.64$, $df=494$, $p<0.001$) που σημαίνει ότι τα αγόρια είναι πιο παχιά από τα κορίτσια.

Στο EAT-26, επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ($t=-7.57$, $df=480$, $p<0.001$), κατά την οποία τα κορίτσια εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό διαταραχές στη διατροφή τους από τα αγόρια. Στην υποκλίμακα της Δίαιτας του ίδιου ερωτηματολογίου, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=-8.69$, $df=459$, $p<0.001$) ανάμεσα στα δύο φύλα που υποδηλώνει ότι τα κορίτσια απασχολούνται με συμπεριφορές δίαιτας περισσότερο από τα αγόρια.

Η εικόνα που έχουν τα αγόρια για το σώμα τους είναι καλύτερη από την αντίστοιχη των κοριτσιών, στοιχείο που εξάγεται από τη στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στο ερωτηματολόγιο BSQ ($t=-9.2$, $df=506$, $p<0.001$). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα αγόρια, ενώ είναι παχύτερα, αναφέρουν περισσότερη ικανοποίηση με την εικόνα του σώματός τους, σε σχέση με τα κορίτσια.

Τέλος, διακρίνεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=-4.33$, $df=516$, $p<0.001$) μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στο τρόπο που αντιλαμβάνονται τους γονικούς τύπους, δηλαδή τα κορίτσια αντιλαμβάνονται τη μητέρα τους ως περισσότερο δημοκρατική από ό, τι τα αγόρια.

Πίνακας 2.4. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ως προς το φύλο των μαθητών.

	Φύλο				t
	Αγόρια		Κορίτσια		
	M	SD	M	SD	
Ηλικία	16.57	0.84	16.60	0.80	σ. α.
BMI	23.20	3.40	21.62	4.29	4.64***
ECRS-R-36	3.39	0.66	3.40	0.75	σ. α.
άγχους	3.48	0.84	3.50	0.88	σ. α.
αποφυγής	3.29	0.85	3.31	1	σ. α.
EAT-26	0.42	0.28	0.64	0.39	-7.57***
δίαιτα	0.38	0.39	0.76	0.59	-8.69***
βουλιμία	0.34	0.45	0.37	0.44	σ. α.
έλεγχος	0.56	0.39	0.66	0.55	σ. α.
BSQ-34	0.81	0.86	1.59	1.06	-9,2***
PAQ	3	0.35	3.01	0.29	σ. α.
επιτρεπτικός	3.02	0.54	3.06	0.57	σ. α.
αυταρχικός	2.85	0.62	2.73	0.70	σ. α.
δημοκρατικός	3.20	0.59	3.28	0.67	σ. α.
επιτρεπτική	3.08	0.52	3.11	0.56	σ. α.
αυταρχική	2.62	0.60	2.52	0.61	σ. α.
δημοκρατική	3.22	0.54	3.42	0.51	-4.33***

Σημείωση. *** $p<0,001$

Συσχετίσεις

Πίνακας 2.4. Συσχετίσεις μεταβλητών. Για την καλύτερη ανάγνωση του πίνακα, παρατίθενται μόνο οι συσχετίσεις των οποίων ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας είναι μεγαλύτερος του 95%. Οι συσχετίσεις με ισχύ >.30 εμφανίζονται με έντονα γράμματα.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.Φύλο	1																	
2.Ηλικία	.02	1																
3.BMI	- .20**	.08	1															
4.ECRS-R-36	.01	-.07	.05	1														
5.άγχους	.01	-.04	.02	.77**	1													
6.αποφυγής	.01	-.07	.06	.81**	.24**	1												
7.EAT-26	.31**	-.02	.05	.22**	.25**	.11*	1											
8.δίαιτα	.35**	-.04	.21**	.19**	.19**	.11**	.88**	1										
9.βουλιμία	.04	-.01	.04	.26**	.26**	.16**	.59**	.36**	1									
10.έλεγχος	.11*	.04	- .32**	.01	.08	-.07	.45**	.08	.09*	1								
11.BSQ-34	.37**	.00	.28**	.26**	.28**	.14**	.65**	.73**	.39**	-.05	1							
12.ΡΑQ	.03	.14**	-.01	-.02	.04	-.07	.05	.03	-.01	.09*	.03	1						
13.επιτρεπτικός	.04	.13**	-.01	-.11*	-.10*	-.07	.01	-.06	.03	-.04	.02	.51**	1					
14.αυταρχικός	-.09*	.03	-.02	.15**	.20**	.05	.07	.01	.06	.06	.13**	.07	.46**	1				
15.δημοκρατικός	.06	.08	-.02	- .12**	-.09	-.11*	-.04	-.02	-.05	-.03	-.05	.68**	.45**	-.01	1			
16.επιτρεπτική	.03	.12**	.01	-.09*	-.09*	-.05	.01	.01	-.06	.05	-.05	.54**	.52**	-.06	.32**	1		
17.αυταρχική	-.09*	.00	.03	.18**	.26**	.04	.10*	.04	.12**	.09*	.13**	.41**	- .17**	.57**	.01	- .22**	1	
18.δημοκρατική	.19**	.11*	-.00	-.10*	-.09*	-.08	.01	.03	-.09	.02	.02	.62**	.22**	.10*	.44**	.32**	.01	1

*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, στο επίπεδο <0,05

**Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, στο επίπεδο <0,001

Στο παραπάνω πίνακα μπορεί να διακρίνει κανείς τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που μελετώνται, οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις είναι σημαντικές σε αντίθεση με κάποιες άλλες.

Όσον αφορά στο BMI, παρατηρείται μία αρνητική μέτρια συσχέτιση μεταξύ αυτής της μεταβλητής και της υποκλίμακας Ελέγχου του EAT-26 ($r=-.32, p<0,001$). Αναλυτικότερα, αυτή η συσχέτιση μας δείχνει ότι όσο πιο παχύς είναι ο μαθητής, τόσο λιγότερο ελέγχει τον εαυτό του στο φαγητό με κατάλληλο τρόπο. Επίσης, υπάρχει μέτρια συσχέτιση του BMI με την εικόνα σώματος ($r=.28, p<0,001$), κάτι που φανερώνει ότι όσο πιο παχύς είναι κάποιος, τόσο αυξάνεται η δυσαρέσκεια που έχει για το σώμα του/της.

Η κλίμακα ECRS-R-36 περιλαμβάνει τις υποκλίμακες του άγχους και της αποφυγής. Σε συσχέτιση της βαθμολογίας της κάθε υποκλίμακας με τη συνολική βαθμολογία της μεταβλητής, είναι εμφανές ότι η υποκλίμακα της αποφυγής συσχετίζεται σημαντικότερα με τη συνολική μεταβλητή ($r=.81, p<0,001$) σε αντιδιαστολή με αυτή του άγχους που, παρά το γεγονός ότι η συσχέτιση είναι μικρότερη, ($r=.77, p<0,001$) είναι επίσης πολύ δυνατή.

Είναι σημαντικές, ακόμη, κάποιες τάσεις συσχέτισης του συνολικού σκορ των τύπων δεσμού με τον επιτρεπτικό ($r=-.11, p<0,05$) και τον αυταρχικό ($r=.15, p<0,001$) πατέρα, όπως και με την επιτρεπτική ($r=-.09, p<0,05$) και αυταρχική ($r=.18, p<0,001$) μητέρα. Όπως και της αυταρχικής μητέρα με τις υποκλίμακες βουλιμίας ($r=.12, p<0,001$) και ελέγχου ($r=.09, p<0,05$) του EAT-26.

Η υποκλίμακα άγχους της ECRS-R-36 μεταβλητής συσχετίζεται μέτρια με το BSQ ($r=.28, p<0,001$), δηλαδή η δυσαρέσκεια με το σώμα σχετίζεται με τον αγχώδη τύπο ανασφαλούς δεσμού. Διακρίνεται, επίσης, μια στατιστικά σημαντική μέτρια συσχέτιση του αγχώδους δεσμού με τον αυταρχικό πατρικό γονικό τύπο ($r=.20, p<0,001$), καθώς και με τον αυταρχικό μητρικό γονικό τύπο ($r=.26, p<0,001$). Σχετικά με το EAT-26, παρατηρείται μέτρια συσχέτιση μεταξύ αυτού, και περισσότερο της υποκλίμακας βουλιμίας ($r=.26, p<0,001$), και του συνολικού ερωτηματολογίου ECRS-R-36. Σύμφωνα με έρευνα, στην οποία λήφθηκαν υπόψη οι μελέτες μέχρι το 2000, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση μεταξύ ανασφαλούς τύπου δεσμού και διατροφικών διαταραχών (Soares & Dias, 2007).

Η συνολική βαθμολογία του EAT-26 συσχετίζεται σημαντικότερα με την υποκλίμακα της δίαιτας ($r=.88, p<0,001$) και λιγότερο με αυτή της βουλιμίας ($r=.60,$

$p < 0,001$) και την υποκλίμακα ελέγχου ($r = .45, p < 0,001$). Επιπλέον, η υποκλίμακα της δίαιτας συσχετίζεται μέτρια με την υποκλίμακα της βουλιμίας ($r = .36, p < 0,001$).

Μία ακόμα σημαντική παρατήρηση αποτελεί η σημαντική συσχέτιση που φαίνεται ότι υπάρχει μεταξύ του EAT-26 και του BSQ ($r = .65, p < 0,001$), κάτι που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η δυσαρέσκεια για το σώμα, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιας διαταραχής στη διατροφή.

Υψηλότερη συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της υποκλίμακας της δίαιτας του EAT-26 με τη μεταβλητή BSQ-34 ($r = .73, p < 0,001$), και χαμηλότερη με την υποκλίμακα της βουλιμίας ($r = .39, p < 0,001$), κάτι που θα μπορούσε να ερμηνευθεί ότι όσο η δυσαρέσκεια για το σώμα αυξάνεται, τόσο το άτομο ενδέχεται να οδηγηθεί σε συμπεριφορές δίαιτας ή βουλιμίας, γενικότερα δηλαδή σε διατροφικές διαταραχές. Όσον αφορά στην υποκλίμακα της δίαιτας, έχει βρεθεί, σε προηγούμενες έρευνες, ότι η δυσαρέσκεια του σώματος σχετίζεται με συμπεριφορές δίαιτας σε κορίτσια (Hill, Oliver & Rogers, 1992· Lawrence & Thelen, 1995) και σε αγόρια (Keel, Fulkerson & Leon, 1997) κατά τη περίοδο της εφηβείας. Επίσης, υποστηρίζεται ότι ο διαιτητικός περιορισμός είναι ένας παράγοντας κινδύνου για διατροφική παθολογία (Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998).

Εντέλει, σχετικά με τη μεταβλητή PAQ διακρίνεται σημαντική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της με τη βαθμολογία όλων των υποκλιμάκων και περισσότερο με αυτές του δημοκρατικού γονικού τύπου πατέρα ($r = .68, p < 0,001$) και μητέρας ($r = .62, p < 0,001$), με εξαίρεση την υποκλίμακα του αυταρχικού πατέρα που δε συσχετίζεται.

Κάποιες μέτριες συσχετίσεις που δεν παρουσιάζονται στον πίνακα, αλλά είναι σημαντικές σε σχέση με το φύλο είναι αυτή μεταξύ της αυταρχικής μητέρας και της εικόνας σώματος των αγοριών ($r = .30, p < 0,001$). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί ότι τα αγόρια που αντιλαμβάνονται τη μητέρα τους περισσότερο αυταρχική από τα άλλα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματός τους. Δεύτερον, παρουσιάζεται μία μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στην αυταρχική μητέρα και στην υποκλίμακα άγχους του ECRS-R-36 τόσο στα αγόρια ($r = .25, p < 0,001$), όσο και στα κορίτσια ($r = .27, p < 0,001$), δηλαδή οι μαθητές όσο περισσότερο αντιλαμβάνονται την μητέρα τους ως αυταρχική, τόσο πιο αγχώδη τύπο ανασφαλούς δεσμού αναπτύσσουν.

Ανάλυση Παλινδρόμησης

Αρχικά, από το πίνακα 2.1. που περιέχει τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών παρατηρούνται κάποια βασικά στοιχεία. Ένα από αυτά αποτελεί η συσχέτιση, έστω μέτρια, που υπάρχει ανάμεσα στον ανασφαλή τύπο δεσμού και στη δυσαρέσκεια με το σώμα και της δυσαρέσκειας με το σώμα με τις διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες. Έτσι για να συνεχιστεί η ανάλυση, λαμβάνονται υπόψη η ανεξάρτητη μεταβλητή που είναι ο ανασφαλής τύπος δεσμού, η μεσολαβούσα μεταβλητή που είναι η δυσαρέσκεια με το σώμα και οι διαταραγμένες διατροφικές διαταραχές ως μεταβλητή πρόβλεψης. Ουσιαστικά, η υπόθεση που θα μελετηθεί είναι ότι το BSQ μεσολαβεί ανάμεσα στον ανασφαλή δεσμό και το EAT-26.

Σύμφωνα, όμως, με τον πίνακα συσχετίσεων δε μπορεί να παραβλεφθούν οι σημαντικές, έστω χαμηλές, συσχετίσεις μεταξύ των γονικών τύπων, κυρίως επιτρεπτικών και αυταρχικών, με τον ανασφαλή-αγχώδη τύπο δεσμού. Οι γονικοί τύποι μπορεί να μεσολαβούν μεταξύ της δυσαρέσκειας με το σώμα και τις διατροφικές διαταραχές ή οι γονικοί τύποι να επηρεάζουν την εικόνα για το σώμα που μεσολαβεί στον ανασφαλή τύπο δεσμού και τις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές. Η υπόθεση, βέβαια, της οποίας γίνεται χρήση στη παρούσα έρευνα είναι η δεύτερη, κάτι που βασίζεται σε δεδομένα ερευνών (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts & Colditz, 2001· Smolak, Levine & Schermer, 1997) βάσει των οποίων τα θέματα των γονέων που σχετίζονται με το βάρος και τις διατροφικές στάσεις μεταδίδονται στα παιδιά τους.

Σε ένα επόμενο στάδιο, για να είναι δυνατός ο έλεγχος του κατά πόσο η ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζεται από την επίδραση της μεσολαβούσας ώστε να επηρεαστεί εντέλει η εξαρτημένη, χρησιμοποιείται η ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση.

Στη συγκεκριμένη ανάλυση, πραγματοποιείται έλεγχος για την ηλικία και το BMI που τοποθετούνται στο πρώτο μπλοκ. Στο δεύτερο μπλοκ συγκαταλέγονται οι γονικοί τύποι των δύο γονέων (επιτρεπτικός, αυταρχικός και δημοκρατικός) και στο τρίτο ο αγχώδης τύπος δεσμού και ο αποφευκτικός τύπος δεσμού. Τέλος, στο τέταρτο μπλοκ συμπεριλήφθηκε η εικόνα σώματος (BSQ_34). Βέβαια, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος των μεταβλητών για το συνολικό EAT-26 και ακολούθως των υποκλιμάκων του στα δύο φύλα.

Σχετικά με το EAT-26, το μοντέλο έχει προβλεπτική ισχύ $F_{2, 510} = .69, p=.50$ στο πρώτο βήμα, $F_{8, 504} = 1.08, p=.38$ στο δεύτερο, $F_{10, 502} = 3.81, p<.001$ στο τρίτο και στο τελευταίο βήμα $F_{11, 501} = 35.37, p<.001$ όπου το μοντέλο εξηγεί το 43.7% (R Square) της διακύμανσης.

Αρχικά, στον πίνακα 2.5. φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ κοριτσιών και αγοριών στην παλινδρόμηση. Στα αγόρια, προβλεπτικοί παράγοντες αποτελούν η επιτρεπτική και αυταρχική μητέρα, ο αποφευκτικός τύπος ανασφαλούς δεσμού, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και το BSQ-34. Το BMI ασκεί άμεση αρνητική επίδραση στο EAT-26. Η δυσαρέσκεια με το σώμα αποτελεί τον πιο ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα του EAT-26.

Για τα αγόρια, το BSQ-34 ασκεί μεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στον αυταρχικό γονικό τύπο μητέρας και το EAT-26, κάτι που σημαίνει ότι τα αγόρια που αντιλαμβάνονται τις μητέρες τους ως αυταρχικές εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με το σώμα τους και ακολούθως, περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης διαταραγμένων διατροφικών διαταραχών. Έρευνα των Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer και Johnson (2001) έχει δείξει ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ φτωχής διαχείρισης της διατροφικής στάσης και του αυταρχικού γονικού τύπου.

Στην περίπτωση των κοριτσιών, παρατηρείται μία μεγάλη τάση ο μη δημοκρατικός γονικός τύπος πατέρα να προβλέπει την εμφάνιση διαταραχών στη διατροφή, μέσω της δυσαρέσκειας με το σώμα. Επιπλέον, το BMI χάνει την αρχικά μεγάλη επίδραση με την είσοδο του αγχώδους τύπου ανασφαλούς δεσμού που σημαίνει ότι όσο πιο παχιά είναι τα κορίτσια τόσο πιο αγχώδη δεσμό αναπτύσσουν με τους άλλους. Έπειτα, το BMI φαίνεται ότι προβλέπει άμεσα το EAT-26 με αρνητικό πρόσημο που δείχνει ότι όσο πιο αδύνατα είναι τα κορίτσια, τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανίσουν διαταραχές στη διατροφή τους. Στη συνέχεια, ο δεσμός αυτός επιδρά, κατά ένα μέρος, στη δυσαρέσκεια με το σώμα που οδηγεί σε διαταραγμένες διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι το BSQ-34 μεσολαβεί μερικώς στο αγχώδη τύπο δεσμού και το EAT-26.

Τέλος, κοινός παρανομαστής στα δύο φύλα αποτελεί η επιτρεπτική μητέρα η οποία ασκεί άμεσα την επίδρασή της στη διατροφική συμπεριφορά των μαθητών, αλλά με διαφορετικό τρόπο για κάθε φύλο. Τα αγόρια μαθητές, όσο λιγότερο επιτρεπτικές αντιλαμβάνονται τις μητέρες τους, τόσο τίθενται σε κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών ενώ στις μαθήτριες ισχύει το αντίθετο, δηλαδή ότι

μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών όταν οι μητέρες θεωρούνται επιτρεπτικές, κάτι που στηρίζεται βιβλιογραφικά (Golan, 2006).

Πίνακας 2.5. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-26 στα δύο φύλα.

Μπλοκ	Αγόρια				Κορίτσια			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>
Μπλοκ 1:								
Ηλικία	.01	.02	.02	.38	-.03	.03	-.07	-1.07
BMI	.01	.01	.11	1.75	.01	.01	.12	1.93
Μπλοκ 2:								
Ηλικία	.01	.02	.01	.35	-.03	.03	-.06	-1.01
BMI	.01	.01	.11	1.73	.01	.01	.13	2.12*
Πατ.:Επιτρεπτ.	.02	.04	.05	.58	.07	.06	.10	1.30
Αυταρχ.	.02	.04	.05	.62	.05	.05	.09	1.09
Δημοκρ.	.05	.04	.10	1.20	-.08	.04	-.14	-1.93
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.10	.04	-.19	-2.34*	.10	.05	.14	1.85
Αυταρχ.	.08	.04	.18	2.33*	.04	.05	.07	.86
Δημοκρ.	.00	.04	.00	.00	-.09	.05	-.12	-1.68
Μπλοκ 3:								
Ηλικία	.01	.02	.03	.44	-.03	.03	-.06	-.94
BMI	.01	.01	.10	1.55	.01	.01	.10	1.77
Πατ.:Επιτρεπτ.	.02	.04	.04	.53	.09	.05	.12	1.58
Αυταρχ.	.02	.04	.04	.46	.04	.04	.08	1.02
Δημοκρ..	.06	.04	.11	1.32	-.08	.04	-.14	-1.95
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.10	.04	-.19	-2.33*	.09	.05	.13	1.86
Αυταρχ.	.07	.04	.16	2.08*	-.00	.05	-.00	-.05
Δημοκρ.	.01	.04	.02	.23	-.06	.05	-.08	-1.21
ECRS-R-36_	.03	.02	.09	1.35	.14	.03	.31	4.91**
άγχους								
αποφυγής	.04	.02	.13	2.11*	-.01	.02	-.02	-.35
Μπλοκ 4:								
Ηλικία	.02	.02	.05	.99	-.03	.02	-.06	-1.31
BMI	-.01	.01	-.15	-2.52*	-.01	.01	-.11	-2.12*
Πατ.:Επιτρεπτ.	.02	.03	.05	.68	.08	.04	.11	1.72
Αυταρχ.	.02	.03	.03	.51	.02	.04	.03	.55
Δημοκρ..	.06	.04	.11	1.61	-.06	.04	-.11	-1.79
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.10	.04	-.18	-2.71**	.10	.04	.15	2.47*
Αυταρχ.	.01	.03	.03	.45	.01	.04	.01	.22
Δημοκρ.	.01	.04	.03	.38	-.02	.04	-.03	-.56
ECRS-R-36_	-.00	.02	-.12	-.21	.06	.02	.13	2.32*
άγχους								
αποφυγής	.02	.02	.06	1.15	-.01	.02	-.03	-.64
BSQ 34	.20	.02	.61	10.10**	.23	.02	.61	10.97**

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Εξαρτημένη μεταβλητή: EAT-26

Στα αγόρια προβλέπεται 38.5% του EAT-26.

Στα κορίτσια προβλέπεται 43.3% του EAT-26.

Η μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύς ($F_{11, 501} = 53.57, p < .001$) παρατηρείται στον παράγοντα Δίαιτα, όπου η παλινδρόμηση αποδίδει το 54% (R Square) της διακύμανσης. Στον πίνακα της υποκλίμακας Δίαιτα (πίνακας 2.6), παρουσιάζεται στα αγόρια ότι το BSQ-34 μεσολαβεί ώστε το BMI και ο αποφευκτικός τύπος δεσμού να οδηγεί σε διαταραχές της διατροφής. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται κατανοητό ότι όσο πιο παχιά είναι τα αγόρια, τόσο ευκολότερα αναπτύσσουν αποφευκτικούς δεσμούς, γεγονός που ενισχύει την δυσαρέσκεια με το σώμα, με άμεσο επακόλουθο τις διαταραγμένες διατροφικές στάσεις, δηλαδή ελεγκτικές και διαιτητικές συμπεριφορές με σκοπό τη βελτίωση της εικόνας του σώματος, μιας εικόνας που να ανταποκρίνεται στα πρότυπα που τα αγόρια έχουν διαμορφώσει ως επιθυμητά.

Ο επιτρεπτικός τύπος μητέρας προβλέπει απευθείας τις διατροφικές διαταραχές διαιτητικού τύπου στα αγόρια. Σε έρευνα του Golan (2006) αναφέρθηκε ότι οι επιτρεπτικοί γονικοί τύποι επιδρούν αρνητικά στο χάσιμο βάρους των παιδιών, δηλαδή αυτός ο γονικός τύπος λειτουργεί ως εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών πρακτικών διατροφής και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση παχύσαρκων παιδιών.

Στην ομάδα των κοριτσιών τα στοιχεία είναι διαφορετικά αφού η διατροφική συμπεριφορά προβλέπεται από την ανασφάλεια άγχους μέσω του BSQ-34, το BMI και την ηλικία. Όσο πιο μικρά σε ηλικία είναι τα κορίτσια, ο αγχώδης τύπος δεσμού, δηλαδή ο φόβος της απόρριψης από το σύντροφο οδηγεί σε δυσαρέσκεια με το σώμα και επακόλουθες δίαιτες για έλεγχο της εικόνας του σώματος. Σε έρευνά τους, οι Williams, Schaefer, Shisslak, Gronwaldt και Gomerci (1986) βρήκαν ότι το 25% των έφηβων κοριτσιών που μελετούσαν ήταν σε δίαιτα. Επιπρόσθετα, το 70% των Αμερικανών κοριτσιών και 48% των Ισπανίδων κοριτσιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους θα ήθελαν να είναι πιο αδύνατες (Raich, Rosen, Deas, Requena & Gross, 1992).

Πίνακας 2.6. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-Δίαιτα στα δύο φύλα.

Μπλοκ	Αγόρια				Κορίτσια			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>
Μπλοκ 1:								
Ηλικία	-.02	.03	-.05	-.76	-.07	.04	-.09	-1.54
BMI	.04	.01	.33	5.35**	.04	.01	.29	4.94**
Μπλοκ 2:								
Ηλικία	-.02	.03	-.05	-.85	-.07	.04	-.09	-1.47
BMI	.04	.01	.33	5.50**	.04	.01	.30	5.02**
Πατ.:Επιτρεπτ.	.04	.06	.05	.70	.10	.08	.10	1.25
Αυταρχ.	.06	.05	.10	1.33	.02	.07	.03	.37
Δημοκρ.	.07	.06	.10	1.21	-.10	.06	-.12	-1.61
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.15	.06	-.20	-2.61*	.09	.08	.09	1.24
Αυταρχ.	.05	.05	.07	.98	.05	.08	.05	.60
Δημοκρ.	.03	.06	.04	.48	-.11	.08	-.10	-1.46
Μπλοκ 3:								
Ηλικία	-.02	.03	-.05	-.80	-.06	.04	-.08	-1.36
BMI	.04	.01	.32	5.30**	.04	.01	.28	4.78**
Πατ.:Επιτρεπτ.	.04	.06	.05	.66	.12	.08	.11	1.45
Αυταρχ.	.06	.05	.09	1.20	.02	.06	.02	.28
Δημοκρ..	.08	.06	.11	1.32	-.10	.06	-.11	-1.57
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.15	.06	-.20	-2.59*	.09	.07	.09	1.20
Αυταρχ.	.04	.05	.06	.80	-.01	.08	-.01	-.11
Δημοκρ.	.04	.06	.05	.67	-.08	.08	-.07	-1.07
ECRS-R-36_	.03	.03	.06	.95	.15	.04	.23	3.75**
άγχους								
αποφυγής	.06	.03	.12	2.03*	.00	.04	.01	.12
Μπλοκ 4:								
Ηλικία	-.01	-.02	-.02	-.45	-.07	.03	-.09	-1.99*
BMI	.01	.06	.06	1.12	.01	.01	.04	.74
Πατ.:Επιτρεπτ.	.04	.05	.05	.88	.10	.06	.10	1.66
Αυταρχ.	.06	.08	.09	1.47	-.02	.05	-.03	-.50
Δημοκρ..	.08	.11	.11	1.71	-.07	.05	-.07	-1.36
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.15	-.20	-.20	-3.20**	.10	.06	.10	1.85
Αυταρχ.	-.05	-.08	-.08	-1.37	.01	.06	.01	.19
Δημοκρ.	.04	.06	.06	.97	-.02	.06	-.02	-.29
ECRS-R-36_	-.02	-.05	-.05	-.94	.02	.03	.03	.54
άγχους								
αποφυγής	.02	.05	.05	.95	-.00	.03	-.01	-.10
BSQ_34	.30	.66	.66	11.94**	.39	.03	.69	13.57**

Σημείωση. * p< 0.05, ** p< 0.01. Εξαρτημένη μεταβλητή: EAT-Δίαιτα

Στα αγόρια προβλέπεται 48.9% του EAT-Δίαιτα.

Στα κορίτσια προβλέπεται 52.6% του EAT-Δίαιτα.

Η προβλεπτική ισχύς για τη Βουλιμία είναι μειωμένη σε σχέση με τα προηγούμενα μοντέλα ($F_{11, 501} = 10.38, p < .001$), παρόλα αυτά το συγκεκριμένο μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό με ποσοστό πρόβλεψης 18,6% (R Square). Στον πίνακα 2.6. φαίνεται σημαντικός ο ρόλος του τύπου δεσμού αποφυγής για τα αγόρια, του οποίου η προβλεπτική ισχύς μειώνεται με τη παρουσία της δυσαρέσκειας με το σώμα για να καταλήξει να επηρεάσει τις διατροφικές διαταραχές βουλιμικού τύπου.

Αντιθέτως, στα κορίτσια ο αγχώδης τύπος δεσμού επηρεάζει σημαντικά τη δυσαρέσκεια με το σώμα και τη Βουλιμία. Το κοινό στοιχείο τόσο στα κορίτσια, όσο και στα αγόρια (βέβαια, είναι οριακά σημαντικό) είναι η άμεση επιρροή του BMI στη Βουλιμία αλλά αρνητικά αφού όσο πιο παχιοί είναι οι μαθητές, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να εμφανίσουν βουλιμικές συμπεριφορές.

Πίνακας 2.7. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-Βουλιμία στα δύο φύλα.

Μπλοκ	Αγόρια				Κορίτσια			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>
Μπλοκ 1:								
Ηλικία	.03	.03	.06	.97	-.04	.03	-.07	-1.18
BMI	.01	.01	.04	.62	.00	.01	.04	.67
Μπλοκ 2:								
Ηλικία	.03	.04	.06	.97	-.03	.03	-.05	-.78
BMI	.01	.01	.04	.58	.01	.01	.05	.79
Πατ.:Επιτρεπτ.	.05	.07	.06	.75	-.06	.06	-.07	-.86
Αυταρχ.	-.01	.06	-.01	-.14	-.01	.05	-.02	-.27
Δημοκρ.	.10	.07	.12	1.44	-.06	.05	-.09	-1.15
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.12	.07	-.14	-1.71	.09	.06	.12	1.53
Αυταρχ.	.09	.06	.12	1.46	.11	.06	.15	1.79
Δημοκρ.	-.09	.07	-.11	-1.21	-.10	.06	-.11	-1.62
Μπλοκ 3:								
Ηλικία	.04	.03	.07	1.07	-.02	.03	-.04	-.65
BMI	.00	.01	.02	.24	.00	.01	.02	.34
Πατ.:Επιτρεπτ.	.05	.07	.06	.70	-.04	.06	-.05	-.66
Αυταρχ.	-.02	.06	-.02	-.29	-.02	.05	-.03	-.42
Δημοκρ..	.11	.07	.14	1.63	-.05	.05	-.08	-1.11
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.12	.07	-.14	-1.69	.09	.06	.11	1.52
Αυταρχ.	.07	.06	.10	1.27	.05	.06	.06	.82
Δημοκρ.	-.07	.07	-.08	-.96	-.06	.06	-.07	-1.10
ECRS-R-36_	.03	.04	.06	.96	.17	.03	.34	5.44**
άγχους								
αποφυγής	.11	.03	.21	3.32**	.00	.03	.00	-.01
Μπλοκ 4:								
Ηλικία	.04	.03	.08	1.36	-.02	.03	-.04	-.79
BMI	-.02	.01	-.13	-1.90	-.01	.01	-.12	-2.02*
Πατ.:Επιτρεπτ.	.05	.06	.06	.76	-.05	.06	-.06	-.82
Αυταρχ.	-.02	.05	-.02	-.32	-.04	.05	-.06	-.85
Δημοκρ..	.11	.07	.14	1.73	-.04	.04	-.06	-.86
Μητ.:Επιτρεπτ.	-.12	.07	-.14	-1.75	.09	.05	.12	1.76
Αυταρχ.	.02	.06	.02	.30	.06	.05	.08	1.04
Δημοκρ.	-.16	.07	-.08	-.96	-.04	.05	-.04	-.66
ECRS-R-36_	.00	.03	.01	.09	.11	.03	.22	3.64**
άγχους								
αποφυγής	.09	.03	.17	2.78**	-.00	.03	-.01	-.13
BSQ_34	.19	.04	.35	5.12**	.17	.03	.39	6.27**

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Εξαρτημένη μεταβλητή: EAT-Βουλιμία

Στα αγόρια προβλέπεται 18.7% του EAT-Βουλιμία.

Στα κορίτσια προβλέπεται 27.5% του EAT-Βουλιμία.

Στο EAT-Έλεγχος, η προβλεπτική ισχύς για την παλινδρόμηση μειώνεται ακόμα περισσότερο ($F_{11, 501} = 7.35, p < .001$) και αποδίδει το 13.9% της διακύμανσης (R Square). Στον σχετικό πίνακα (2.8.), είναι φανερό ότι η δυσαρέσκεια για το σώμα δε συνεισφέρει στην πρόβλεψη για τον Έλεγχο.

Η σημαντικότερη μεταβλητή στα αγόρια και στα κορίτσια αποτελεί το BMI που ασκεί άμεση αρνητική επιρροή στον Έλεγχο, δηλαδή όσο πιο αδύνατοι είναι οι μαθητές, τόσο περισσότερο έλεγχο (αυτοέλεγχος) ασκούν στην τροφή τους, περιορίζοντάς την και τόσο μεγαλύτερη είναι η αντιλαμβανόμενη πίεση από τους άλλους να κερδίσουν βάρος (Yannakoulia, Matalas, Yiannakouris, Papoutsakis, Passos & Klimis-Zacas, 2004).

Στα αγόρια ο αυταρχικός μητρικός τύπος ασκεί άμεση επιρροή στον Έλεγχο, στοιχείο που δείχνει ότι τα αγόρια με αυταρχικού τύπου μητέρες ασκούν μεγαλύτερο αυτοέλεγχο στις διατροφικές τους στάσεις, περιορίζοντας ιδιαίτερα την κατανάλωση τροφής και ασκείται σε αυτά πίεση από τις αυταρχικές μητέρες να καταναλώσουν περισσότερη τροφή, ώστε να κερδίσουν βάρος. Η σχέση μεταξύ αυταρχικού γονικού τύπου και πειστικών πρακτικών διατροφής (έλεγχος) έχει καταδειχθεί σε έρευνες (Duke, Bryson, Hammer, & Agras, 2004), όπως και η αντίστροφη σχέση ανάμεσα σε προσαρμοστικούς γονικούς τύπους (π.χ. δημοκρατικός) με υγιέστερες πρακτικές διατροφής (Hughes, Power, Fisher, Mueller & Nicklas, 2005). Επιπλέον, έρευνα των Blissett, Meyer και Haycraft (2006) έδειξε ότι οι μητέρες τείνουν να έχουν περισσότερες ελεγκτικές συμπεριφορές από ό, τι οι πατέρες.

Από την άλλη μεριά, τα κορίτσια αντιλαμβάνονται τον πατέρα ως περισσότερο αυταρχικό, ο ρόλος του οποίου ασκεί άμεση, επίσης, επίδραση στον έλεγχο με αντίστοιχα αποτελέσματα στη διατροφή των κοριτσιών. Παρά το γεγονός ότι μελέτες έχουν απεικονίσει ότι οι πατέρες είναι λιγότερο πιθανό να είναι υπεύθυνοι για τη διατροφή των παιδιών τους, αυτοί είναι το ίδιο πιθανό να επιδείξουν ελεγκτικές διατροφικές πρακτικές όπως οι μητέρες (Blissett, Meyer & Haycraft, 2006).

Ο αγχώδης τύπος δεσμού φαίνεται (οριακά) να προβλέπει τον Έλεγχο, δηλαδή τα κορίτσια με ανασφαλή –αγχώδη δεσμό τείνουν να ασκούν έλεγχο στη τροφή τους με μείωση και περιορισμό στην κατανάλωσή της και πίεση του περιβάλλοντος για αύξηση στην κατανάλωση αυτής.

Τέλος, μπορεί να παρατηρήσει κάποιος στους πίνακες ανάλυσης παλινδρόμησης τόσο του συνολικού EAT, όσο και των υποκλιμάκων του ότι το

πάχος (BMI) δε συσχετίζεται με κανένα γονικό τύπο. Το στοιχείο αυτό αποτελεί εύρημα προηγούμενων ερευνών (Brann & Skinner, 2005· Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti & Bradley, 2006). Πιο ειδικά ακόμη, οι Montgomery, Jackson, Kelly & Reilly (2006) δε κατάφεραν να βρουν κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ ελέγχου και βάρους.

Πίνακας 2.8. Ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση: Πρόβλεψη του EAT-Έλεγχος στα δύο φύλα.

Μπλοκ	Αγόρια				Κορίτσια			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>t-value</i>
Μπλοκ 1:								
Ηλικία	.04	.03	.08	1.38	.04	.04	.06	.96
BMI	-.04	.01	-.34	-5.54**	-.04	.01	-.30	-5.03**
Μπλοκ 2:								
Ηλικία	.04	.03	.09	1.43	.03	.04	.04	.72
BMI	-.04	.01	-.35	-5.84**	-.04	.01	-.29	-4.86**
Πατ.:Επιτρεπτ.	-.02	.06	-.03	-.37	.13	.08	.14	1.75
Αυταρχ.	-.03	.05	-.04	-.55	.15	.06	.19	2.48*
Δημοκρ.	-.03	.06	-.04	-.45	-.07	.06	-.09	-1.24
Μητ.:Επιτρεπτ.	.00	.06	.00	.04	.10	.07	.10	1.41
Αυταρχ.	.15	.05	.22	2.97**	-.02	.07	-.02	-.22
Δημοκρ.	.03	.06	.04	.47	-.04	.07	-.04	-.56
Μπλοκ 3:								
Ηλικία	.04	.03	.09	1.46	.03	.04	.04	.62
BMI	-.04	.01	-.34	-5.57**	-.04	.01	-.29	-4.99**
Πατ.:Επιτρεπτ.	-.02	.06	-.03	-.36	.14	.08	.14	1.85
Αυταρχ.	-.03	.05	-.05	-.63	.15	.06	.19	2.48*
Δημοκρ..	-.03	.06	-.04	-.50	-.08	.06	-.09	-1.29
Μητ.:Επιτρεπτ.	.00	.06	.00	.03	.10	.07	.10	1.41
Αυταρχ.	.14	.05	.21	2.82**	-.04	.07	-.04	-.52
Δημοκρ.	.03	.06	.04	.45	-.03	.07	-.02	-.37
ECRS-R-36_	.03	.03	.06	.93	.07	.04	.11	1.81
άγχους								
αποφυγής	-.04	.03	-.09	-1.41	-.04	.03	-.07	-1.13
Μπλοκ 4:								
Ηλικία	.04	.03	.09	1.49	.03	.04	.04	.53
BMI	-.04	.01	-.36	-5.36**	-.04	.01	-.28	.00**
Πατ.:Επιτρεπτ.	-.02	.06	-.03	-.36	.14	.08	.14	.06
Αυταρχ.	-.03	.05	-.05	-.63	.15	.06	.19	.01*
Δημοκρ..	-.03	.06	-.04	-.50	-.08	.06	-.09	.19
Μητ.:Επιτρεπτ.	.00	.06	.00	.04	.10	.07	.10	.17
Αυταρχ.	.13	.05	.20	2.62**	-.04	.07	-.04	.59
Δημοκρ.	.03	.06	.04	.45	-.03	.07	-.03	.68
ECRS-R-36_	.02	.03	.05	.79	.08	.04	.13	.06
άγχους								
αποφυγής	-.04	.03	-.09	-1.49	-.04	.03	-.07	.26
BSQ_34	.02	.03	.05	.72	-.02	.04	-.04	.55

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Εξαρτημένη μεταβλητή: EAT-Έλεγχος
 Στα αγόρια προβλέπεται 16.6% του EAT-Έλεγχος.
 Στα κορίτσια προβλέπεται 15.4% του EAT-Έλεγχος.

3. Συμπεράσματα και Περιορισμοί

Στη παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε με δείγμα έφηβους μαθητές και μαθήτριες φάνηκε ότι το 15.3% των κοριτσιών και το 5.4% των αγοριών εμφανίζει διατροφικές διαταραχές.

Η πρώτη μελέτη για τη διατροφή στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε στα μέσα του 80' στην οποία αναφέρθηκαν τα ποσοστά 0.35% ανορεκτικών έφηβων κοριτσιών στη Βέροια και 0.41% στα Ιωάννινα (Fichter, Elton, Sourdi, Weyer & Koptagellal, 1988). Μία πιο πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα σε εφηβικό πληθυσμό είναι εκείνη των Yannakouli, Matalas, Yiannakouris, Papoutsakis, Passos και Klimis-Zacas (2004) στην οποία βρέθηκε το 20,3% των κοριτσιών και το 7,3% των αγοριών με διαταραχές στη διατροφή τους.

Τα ποσοστά αυτά (που απέχουν λίγες μονάδες από αυτά της παρούσας έρευνας) είναι τα υψηλότερα που έχουν αναφερθεί στις ευρωπαϊκές και μη-ευρωπαϊκές χώρες (Nakamura et al., 1999· Nobakht & Dezhkam, 2000· Nishizawa, Kida, Nishizawa, Hashiba, Saito & Mita, 2003). Μελέτες τόσο στην Αμερική, όσο και στη βόρεια Ιταλία (Raich, Rosen, Deas, Perez, Requena & Gross, 1992) έχουν καταδείξει το 16% των κοριτσιών και το 2,8% των αγοριών με διατροφικές διαταραχές.

Υπάρχει μία τάση προς αύξηση των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των νέων ανθρώπων (Lucas, Crowson, O'Fallon & Melton, 1999· Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999), κάτι που έχει ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα της ανωνυμίας που εξασφαλίστηκε μετά την αποφυγή της χρήσης αυτο-αναφορικών μέσων μέτρησης (Miotto, Coppi, Frezza & Preti, 2003). Βέβαια, οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνται προϊόν της Δυτικής κοινωνίας (Fichter, Elton, Sourdi, Weyer & Koptagellal, 1988) και σπάνια της μη-Δυτικής (Dolan, 1991), λόγω της έντονης έκθεσης σε ιδανικά για αδύνατο σώμα.

Η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε, δηλαδή ότι οι γονικοί τύποι επηρεάζουν τη δυσαρέσκεια με το σώμα που μεσολαβεί στον ανασφαλή τύπο δεσμού και τις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές. Η πρόβλεψη του EAT-Δίαιτα είναι το μοντέλο με την μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύ.

Όσον αφορά στους μέσους όρους των δύο φύλων στις υπό εξέταση μεταβλητές παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και

τα κορίτσια σε σχέση με τον Δείκτη Μάζας Σώματός τους (BMI) όπου τα αγόρια είναι παχύτερα από τα κορίτσια. Μία ακόμα σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι ότι τα κορίτσια εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό διατροφικές διαταραχές από ό,τι συμβαίνει στα αγόρια και με σημαντική διαφορά συγκεκριμένα στην υποκλίμακα της Δίαιτας, δηλαδή θέματα που έχουν να κάνουν με το αδυνάτισμα είναι συχνότερα στο πληθυσμό των κοριτσιών. Επίσης, τα κορίτσια εμφανίζουν πιο συχνά διαταραχές με την εικόνα του σώματός τους από τα αγόρια (Kaye, 2008). Τέλος, τα κορίτσια αντιλαμβάνονται τη μητέρα τους ως δημοκρατικότερη από ό,τι τα αγόρια.

Δεν υπάρχει, ωστόσο, αμφιβολία για τον καθοριστικό ρόλο που παίζει το BSQ-34 στις διατροφικές διαταραχές αφού σχετίζεται σημαντικά με το EAT-26. Η συσχέτιση αυτή έχει παρουσιαστεί σε πολλές έρευνες όπως αυτή των Keel, Baxter, Heatherton και Joiner (2007). Επιπλέον, σε μακροχρόνιες έρευνες σε έφηβα κορίτσια η δυσαρέσκεια για το σώμα αποτέλεσε έναν από τους πιο προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση προβλημάτων σε συμπεριφορές δίαιτας και διατροφής (Attie & Brooks-Gunn, 1989· Killen et al, 1996). Η δυσαρέσκεια με το σώμα, λοιπόν, πέρα από την υποκλίμακα Έλεγχος στη παρούσα έρευνα, προδιαθέτει πρακτικές περιοριστικές και δίαιτας (διαταραχές) που αφορούν στη διατροφή, στοιχείο που συμφωνεί και με έρευνα των Thompson, Coover, Richards, Cattarin και Johnson (1995).

Στη συνέχεια, οι συσχετίσεις είναι αυτές που οδηγούν στην ανάλυση παλινδρόμησης και σε συνδυασμό παρέχουν κάποια σημαντικά στοιχεία. Αρχικά στα αγόρια, στο συνολικό EAT-26 η μικρή αλλά σημαντική συσχέτιση της αυταρχικής μητέρας με το BSQ-34 οδηγεί το BSQ-34 ώστε να ασκεί μεσολαβητικό ρόλο ανάμεσα στην αυταρχική μητέρα και το EAT-26 στην ανάλυση παλινδρόμησης. Η δυσαρέσκεια με το σώμα μεσολαβεί μεταξύ αποφευκτικού τύπου δεσμού και EAT-26 (το ίδιο ισχύει για το EAT-Δίαιτα). Σε προγενέστερες έρευνες έχει φανεί, επίσης, ότι στα αγόρια σπουδαιότερο ρόλο παίζει ο αποφευκτικός τύπος δεσμού (Huprich, Stepp, Graham & Johnson, 2004).

Στα κορίτσια το BSQ-34 σχετίζεται μέτρια αλλά σημαντικά με το BMI, τον αποφευκτικό και αγχώδη τύπο δεσμού. Στην ανάλυση παλινδρόμησης, όμως, μόνο ο αγχώδης τύπος δεσμού παίζει κάποιο ρόλο αφού η δυσαρέσκεια με το σώμα μεσολαβεί μεταξύ του αγχώδους τύπου δεσμού και του EAT-26, κάτι που υποστηρίζεται και σε προηγούμενες έρευνες (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007).

Όσο για το BMI φαίνεται να προβλέπει τον αγχώδη τύπο δεσμού και το BSQ-34 όπου όσο πιο αδύνατα είναι τα κορίτσια τόσο μεγαλύτερη δυσαρέσκεια αναπτύσσουν με το σώμα τους.

Συμβαδίζοντας, επιπρόσθετα με ευρήματα μελετών του παρελθόντος (Presnell, Bearman & Stice, 2004), παρατηρείται η ανύπαρκτη σχέση ανάμεσα στο πάχος των αγοριών και της δυσαρέσκειας με το σώμα (με εξαίρεση την υποκλίμακα EAT-Δίαιτα) σε αντίθεση με τα κορίτσια στα οποία έχει αποδειχτεί σημαντική σχέση.

Η πρώιμη εφηβεία έχει αποδειχτεί ως ευάλωτη περίοδος για κορίτσια να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές εξαιτίας των φυσιολογικών αλλαγών που σχετίζονται με τη περίοδο της ανάπτυξης (Levine, Smolak, Moodey, Shuman & Hessen, 1994). Το στοιχείο αυτό φαίνεται στην υποκλίμακα Δίαιτας όπου όσο πιο μικρές είναι οι κοπέλες, τόσο αυξάνεται το ενδεχόμενο εμφάνισης συμπεριφορών δίαιτας. Η ικανότητα των κοριτσιών να αντιμετωπίζουν αυτές τις αλλαγές είναι πιθανό να εξαρτάται από τη φύση της σχέσης γονέα-παιδιού (Graber & Brooks-Gunn, 1996).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιρροή του αυταρχικού γονικού τύπου μητέρας για τα αγόρια και πατέρα για τα κορίτσια στην υποκλίμακα Έλεγχος, αφού έχει παρατηρηθεί παλαιότερα ότι ο υπερβολικός έλεγχος στα παιδιά εμφανίζεται να έχει αρνητικά αποτελέσματα στα αποδεκτά πρότυπα διατροφής (Ambrosi-Randic & Rokrajac-Bulian, 2005) και ουσιαστικά ο τύπος αυτός ωθεί τους μαθητές σε ελεγκτικές διατροφικές συμπεριφορές.

Επίσης, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η πατρική υποστήριξη και η καλής ποιότητας σχέση πατέρα με κόρης μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή επιδείνωσης διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών (Swarr & Richards, 1996· McVey, Pepler, Davis, Flett & Abdoell, 2002). Τα παιδιά ενδέχεται σημαντικά να τρέφονται υγιέστερα όταν οι γονείς τους θέτουν κατάλληλα και αποδεκτά όρια και ενθαρρύνουν την υγιεινή διατροφή, είτε με άμεσες είτε με έμμεσες ενισχύσεις (Stark et al., 1986). Αυτή η παραδοχή στηρίζεται στη παρούσα έρευνα αφού στα κορίτσια όσο δημοκρατικότερος είναι ο πατέρας, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες για διαταραχές στη διατροφή.

Γενικά, οι διαφορές που εμφανίζονται μεταξύ αγοριών και κοριτσιών καθιστά απαραίτητη την περαιτέρω διερεύνηση και με ξεχωριστό τρόπο για κάθε φύλο. Ιδιαίτερα το γεγονός ότι τα αγόρια, αν και παχύτερα, εμφανίζουν περισσότερη ικανοποίηση με το σώμα τους από τα κορίτσια ενδέχεται να επηρεάζεται από τη

προβολή από τα ΜΜΕ και τη διαμόρφωση κοινωνικά (ίσως και οικογενειακά) μιας ιδανικής εικόνας του αδύνατου σώματος στο γυναικείο φύλο.

Επίσης, η διαφορά που παρουσιάζεται στα δύο φύλα σχετικά με τους τύπους δεσμού είναι αξιοπρόσεκτη. Ίσως υποβόσκει μια κοινωνικά διαμορφωμένη αντίληψη που θεωρεί τα αγόρια πιο εσωστρεφή, με λιγότερη συναισθηματική έκφραση και τάση δημιουργίας στενών σχέσεων με αποτέλεσμα την ενθάρρυνση αποφευκτικού τύπου δεσμού. Από την άλλη, τα κορίτσια εμφανίζουν άγχος μήπως απορριφθούν στις σχέσεις από τους συντρόφους τους (αγχώδη τύπο δεσμού) λόγω πιθανόν της εικόνας τους για την οποία είναι δυσαρεστημένα.

Όσον αφορά στους περιορισμούς, πρώτα απ' όλα θα ήταν χρήσιμο να συμπεριληφθούν συμμετέχοντες που θα διεύρυναν το ηλικιακό εύρος αφού οι έφηβοι μαθητές περιορίζονταν στις τρεις τάξεις του Λυκείου με μέσο όρο ηλικίας 16.6, ώστε να μπορούσαν να εξαχθούν πιο ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την ηλικία.

Άλλοι περιορισμοί έχουν να κάνουν με τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Αρχικά, σχετικά με τους γονικούς τύπους η μελέτη βασίστηκε μόνο σε αυτο-αναφορές των συμμετεχόντων οι οποίες ενδέχεται να διαφέρουν από την πραγματική εμπειρία του γονέα και της οικογένειας. Αν και σύμφωνα με τον Bronfenbrenner (2005), η υποκειμενική εμπειρία έχει αναγνωριστεί ως έγκυρη πηγή πληροφοριών.

Για το ανδρικό δείγμα της παρούσας έρευνας η αξιοπιστία του EAT-26 είναι .69 ενώ στα κορίτσια είναι .80. Το στοιχείο αυτό ίσως μαρτυρά την ανάγκη ενός ερωτηματολογίου κατασκευασμένου σε δείγμα αγοριών με διατροφικές διαταραχές, λαμβανομένου υπόψη ότι το EAT-40 από το οποίο έχει προέλθει το EAT-26 κατασκευάστηκε σε δείγμα ανορεκτικών γυναικών (Garner & Garfinkel, 1979). Παρόμοιοι ενδοιασμοί έχουν κάποιες φορές διατυπωθεί για το BSQ-34 (Hoffman & Brownell, 1997), αλλά στο παρόν δείγμα των αγοριών η αξιοπιστία είναι .96.

Χρειάζεται, ωστόσο, περαιτέρω έρευνα σχετικά με τους γονικούς τύπους καθώς τα δεδομένα δεν είναι ακόμα σαφή. Πιο συγκεκριμένα, μετά την παρούσα έρευνα έχουν γεννηθεί πολλά ερωτηματικά για την ακριβή σχέση των γονικών τύπων και των τύπων δεσμού. Επιπλέον, υπάρχει το ενδεχόμενο οι τύποι δεσμού να επηρεάζονται από άλλους παράγοντες, ανεξάρτητα από τους γονικούς τύπους όπως, για παράδειγμα, οι αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες της οικογένειας των γονέων των εφήβων. Όταν τίθενται προκλήσεις από τα παιδιά στην εφηβεία, τότε οι γονείς μπορεί να δυσκολεύονται συναισθηματικά λόγω της δικής τους έλλειψης εμπειρίας

και συναισθηματικής δυσανασχέτησης από τους γονείς τους (Dallos & Denford, 2008).

Τέλος το σχέδιο που ακολουθήθηκε στη μελέτη είναι ανίκανο να εξάγει αιτιώδεις και αμφίδρομες σχέσεις αφού η ανάλυση παλινδρόμησης ουσιαστικά έχει το ρόλο της πρόβλεψης.

Προτάσεις για μελλοντική Έρευνα

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα ήταν ωφέλιμο να ελεγχθούν σε δείγματα πληθυσμού με μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος στα πλαίσια της εφηβικής περιόδου. Επιπλέον, σχετικά με τους γονικούς τύπους χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση ως προς τον ρόλο και την επιρροή που αυτοί ασκούν στις διατροφικές στάσεις και συμπεριφορές των εφήβων.

Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον ερευνητικά να γίνει χρήση ερωτηματολογίων τα οποία θα είναι σχεδιασμένα για αγόρια, με στόχο να αποφευχθεί ο περιορισμός που λαμβάνεται υπόψη από την αρχική κατασκευή των υπάρχόντων ερωτηματολογίων για τη μέτρηση των διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών. Με αυτό τον τρόπο, θα είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν και να συγκριθούν τυχόν διαφορετικοί παράγοντες που επηρεάζουν την διατροφή των αγοριών σε σχέση με την διατροφή των κοριτσιών.

Προεκτάσεις για παρεμβάσεις θεραπείας

Οι διατροφικές διαταραχές είναι πολύ σοβαρές με έναρξη στην περίοδο της εφηβείας. Η πορεία τους συχνά εμφανίζει κινδύνους για υποτροπές και θνησιμότητα. Όμως, τα υπάρχοντα δεδομένα για παρεμβάσεις θεραπείας είναι περιορισμένα και από αυτά που υπάρχουν τίθεται, σε αρκετές περιπτώσεις, ζήτημα μεθοδολογικών προβλημάτων. Βέβαιο είναι ότι υπάρχει ανάγκη για περισσότερες μελέτες, ιδιαίτερα με μεγάλα μεγέθη δείγματος και με εξειδικευμένες θεραπείες (Guarda, 2008).

Σύμφωνα με τον Halmi (2006), η συγκέντρωση σημαντικών ευρημάτων σχετικών με τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να γίνεται χρήση μιας πολυδιάστατης προσέγγισης θεραπείας που να αποτελείται από έναν γιατρό, έναν ειδικό ψυχικής υγείας, πεπειραμένους θεραπευτές διατροφικών διαταραχών και έναν διαιτολόγο. Ένα, όμως, από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην

ανάπτυξη κατάλληλων θεραπειών και προληπτικών προγραμμάτων για διατροφικές διαταραχές είναι ότι πολλοί από τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές δεν αναζητούν θεραπεία (Hoek, 1991).

Εξειδικευμένα προγράμματα που σχεδιάστηκαν για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας περιλαμβάνουν τρία στάδια: πρώτον, την αποκατάσταση/επαναφορά χαμένου βάρους, δεύτερον τη θεραπεία διαταραχών στις αντιλήψεις για την εικόνα σώματος, χαμηλής αυτο-εκτίμησης και διαπροσωπικών συγκρούσεων και τρίτον, την επίτευξη μακροπρόθεσμης μείωσης των αρνητικών συνεπειών και αποκατάσταση ή ανάρρωση (National Institute of Mental Health-National Institute of Health (NIMH-I), 2001).

Στο πρώτο στάδιο, η στενή επαφή με την πρωταρχική φροντίδα με το γιατρό είναι πολύ σημαντική στις περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών λόγω της σοβαρότητας των φυσικών συνεπειών που ενδέχεται να αναπτυχθούν. Μετά την ιατρική (φαρμακευτική) παρέμβαση ακολουθεί η συμπεριφοριστική που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του βάρους και στοχεύει στις θετικές συμπεριφορές προς αντικατάσταση και μεσολάβηση στον ανορεκτικό κύκλο (χρήση ενίσχυσης).

Έπειτα, τα προγράμματα θεραπείας που στηρίζονται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι σοβαρά και συνδυάζουν ατομικές και οικογενειακές θεραπείες, ιδιαίτερα στα παιδιά και τους έφηβους, και παρέχει ταυτόχρονα εκπαιδευτική ενημέρωση για τη διαταραχή. Τέλος, η οικογενειακή θεραπεία έχει αποδειχθεί πολύ σημαντική με αποτελέσματα πολύ καλά σε ποσοστά ανάρρωσης (Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge & le Grange, 2000· Eisler, Simic, Russell & Dare, 2007· Lock & le Grange, 2005).

Όσον αφορά στη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας, η ιατρική (φαρμακευτική) παρέμβαση είναι σημαντική αλλά ο ιατρικός κίνδυνος των ασθενών με νευρική βουλιμία είναι πολύ μικρότερος σε σχέση με αυτόν στην νευρική ανορεξία και εξαρτάται από την συχνότητα και την ένταση των βουλιμικών επεισοδίων.

Η πιο διαδεδομένη προσέγγιση θεραπείας της νευρικής βουλιμίας είναι η γνωσιακο-συμπεριφοριστική θεραπεία, η οποία έχει φανεί να διατηρεί τα αποτελέσματά της ένα χρόνο μετά το πέρας της (Agras, et al., 1994). Με αυτή τη προσέγγιση γίνεται προσπάθεια τροποποίησης της δυσλειτουργικής σκέψης όπως η σύνδεση της αυτο-εκτίμησης με τη δυσαρέσκεια με το σώμα και την απόκτηση διαιτητικών συμπεριφορών, ως αποτέλεσμα. Η οικογενειακή παρέμβαση στη

βουλιμία εντέλει, επικεντρώνεται μάλλον σε πιο κατάλληλες μεθόδους επικοινωνίας, κατάλληλη επίλυση συγκρούσεων και επαναπροσδιορισμό κατάλληλων ορίων.

Αρχικά, η καλύτερη γνώση της κατάστασης πραγματοποιείται με την εξέταση της ηλικίας του πληθυσμού, το στάδιο της θεραπείας που εξετάζεται, την ένταση της θεραπείας και το είδος της παρέμβασης. Οι έφηβοι εμφανίζεται να έχουν μία καλύτερη πρόγνωση από τους ενήλικες μέσω μιας ποικιλίας παρεμβάσεων με ποσοστά περίπου 70%. Παρόλο δε που η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται ανώτερη από την ατομική στους έφηβους, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος (Guarda, 2007). Αυτό φαίνεται και σε έρευνα των Paulson-Karlsson, Engstrom και Nevonen (2009) όπου η πολυδιάστατη προσέγγιση θεραπείας, με ένα συνδυασμό από οικογενειακές και ατομικές παρεμβάσεις που προσφέρθηκαν στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης στοχεύοντας στα συμπτώματα διαταραχών διατροφής, στη γενική ψυχοπαθολογία και το οικογενειακό κλίμα, ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Τα παιδιά με διατροφικές διαταραχές ίσως είναι ένας ιδιαίτερα ευάλωτος πληθυσμός λόγω της εξάρτησης από τους ενήλικους και επειδή αυτά συχνά δεν συναντούν τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν βασιστεί σε δοκιμασίες πεδίου (DSM) για παλαιότερους νέους και ενήλικους πληθυσμούς. Πιθανόν λόγω καλύτερης ορατότητας, μία μελέτη με περισσότερους από 5.500 μαθητές λυκείου αποκάλυψε ότι το 83.3% των νέων με νευρική ανορεξία λάμβαναν θεραπεία, σε σύγκριση με μόνο το 27.8% των νέων με νευρική βουλιμία (Whitaker, 1992).

Τέλος, η θεραπεία εξαρτάται από τη σοβαρότητα για την αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους για αυτούς με νευρική ανορεξία, σε πρώτο στάδιο. Επόμενα στάδια παρέμβασης περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, γνωσιακο-συμπεριφοριστική θεραπεία, συμβουλευτική για χρήση ουσιών και οικογενειακές παρεμβάσεις. Όσον αφορά στην πρόληψη, η εκπαίδευση στη κριτική σκέψη και ενημερότητα των μηνυμάτων των ΜΜΕ που προκαλούν ανησυχία με την εικόνα του σώματος ήταν ένα επιτυχημένο συστατικό στα προγράμματα πρόληψης με νέους (Wilmschurst, 2009).

Εντέλει...

Οι διατροφικές διαταραχές είναι περίπλοκες, πολυδιάστατες και πολύ κοινές μεταξύ των νέων στις μέρες μας. Τα στοιχεία αυτά ώθησαν την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης, στην οποία έγινε προσπάθεια να διευκρινιστεί η σχέση κάποιων παραγόντων (τύποι δεσμού, γονικοί τύποι και εικόνα σώματος) με την διατροφή.

Πέρα, όμως, από τον αρχικό αυτό στόχο, είναι δυνατό, μέσω της κατανόησης των διαφόρων σχέσεων, να υπάρξουν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές ως προς τον τρόπο που οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν. Είναι σημαντικό, άλλωστε, να αναπτυχθούν τόσο θεραπευτικά όσο και προληπτικά προγράμματα που να είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά στην θεραπεία και την πρόληψη των διαταραχών που σχετίζονται με την διατροφή.

Βιβλιογραφία

- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., & Koran, L. (1994). One-year follow up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa, *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 179–183.
- Aime, A., Craig, W. M., Pepler, D., Jiang, D., & Connolly, J. (2008). Developmental Pathways of Eating Problems in Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *41*:8, 686-696.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text Revision (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1-39.
- Ambrosi-Randic, N., & Pokrajac-Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eating Weight Disord.*, *10*, e76-e82.
- Armstrong, J. G., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, *8*, 141–155.
- Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *J Youth Adolescence*, *36*, 1024–1037.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, *25*, 70-79.
- Barber, K. B. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Develop*, *67*, 3296 –3319.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment style among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*, *61*, 226–244.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Dev*, *37*, 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr*, *7*, 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, *4(1)*, 1–103.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, *9*, 239–276.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, *11*, 56–95.
- Baumrind, D. (1993). The average expectable environment is not good enough: a response to Scarr. *Child Development*, *64*, 1299–1317.
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, *48*, 893–907.
- Birch, L. L., & Fisher, J. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am*, *42*, 931-953.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, *36*, 201-210.
- Binkley, J. K., Eales, J., & Jekanowski, M. (2004). The relation between dietary change and rising US obesity. *Int J Obes*, *24*, 1032–1039.
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, *50*, 477–485.
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, *47(2)*, 212–219.
- Blyth, D. A., Simmons, R. G., & Zakin, D. F. (1985). Satisfaction with body image for early adolescent females: The impact of pubertal timing within different school environments. *Journal of Youth and Adolescence*, *4*, 207–225.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.

- Branen, L., & Fletcher, J. (1999). Comparison of college student's current eating habits and recollections of their childhood food practices. *J Nutr Educ*, *31*, 304–310.
- Brann, L. S., & Skinner, J. D. (2005). More controlling child-feeding practices are found among parents of boys with an average body mass index compared with parents of boys with a high body mass index. *Journal of the American Dietetic Association*, *105*, 1411–1416.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Huang, A., & Halmi, K. A., (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 415–424.
- Broberg, A., Hjalms, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment, and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24- year-old patients and normal controls. *Eur Eat Disord Rev*, *9*, 381–396.
- Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. London: SAGE.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, *24*, 187–194.
- Brumberg, J. J. (1989). *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. New York: Plume.
- Buunk, B. P., Dijkstra, P., Fetchenhauer, D., & Kenrick, D. T. (2002). Age and gender differences in mate selection criteria for various involvement levels. *Personal Relationships*, *93(3)*, 271–278.
- Bunnell, D. W., Cooper, P. J., Hertz, S., & Shenker, I. R. (1992). Body shape concerns amongst adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 79-83.
- Buri, J. R. (1991). Parental authority questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *57*, 110–119.
- Buri, R. J. (1989). Self-esteem and appraisals of parental behavior. *Journal of Adolescence Research*, *4*, 33–49.
- Button, E. J., & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *11*, 509-516.
- Carlat, D. J., & Carmango, C. A. Jr. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 831–43.
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, *11*, 487-521.

- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a metaanalysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107- 25.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2002). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305–316.
- Chipman, S., Olsen, S. F., Klein, S., Hart, C. H., & Robinson, C. C. (2000). Differences in retrospective perceptions of parenting of male and female inmates and non-inmates. *Fam Relat*, 49, 5-11.
- Cilliers, J., Senekal, M., & Kunneke, E. (2005). The association between the body mass index of first-year female university students and their weight-related perceptions and practices, psychological health, physical activity and other physical health indicators. *Public Health Nutrition*, 9(2), 234–243.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 644-664.
- Collins, J. K. (1987). Methodology for the objective measurement of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 393-399.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol*, 58, 644–663.
- Coolahan, K., McWayne, C., Fantuzzo, J., & Grim, S. (2002). Validation of multidimensional assessment of parenting styles for low-income African-American families with preschool children. *Early Child Res Q*, 17, 356-373.
- Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body Image and Personality Predictors of Eating Disorder Symptoms During the College years. *Int. J. Eat. Disord.*, 30, 28-36.
- Cooper, P. J., Charnock, D. J., & Taylor, M. J. (1987a). The prevalence of bulimia nervosa. A replication study. *Br. J. Psychiatry*, 151, 684-686.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987b). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Hebert, D., & Moor, C. (2001). Child reported family and peer influences on fruit juice and vegetable consumption: Reliability and validity of measures. *Health Educ Res*, 16, 187-200.

- Cullen, K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Owens, E., Hebert, D., & Moor, C. (2000). Socioenvironmental influences on children's fruit, juice and vegetable consumption as reported by parents: Reliability and validity of measures. *Public Health Nutr*, *3*, 345-356.
- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(2), 305-322.
- Davies, E., & Furnham, A. (1986a). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, *59*, 279-287.
- Dolan, B. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: a review. *Int J Eating Disord*, *10*, 67-78.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F., & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Dev*, *58*, 1244-1257.
- Duke, R. E., Bryson, S., Hammer, L. D., & Agras, W. S. (2004). The relationship between parental factors at infancy and parent-reported control over children's eating at age 7. *Appetite*, *43*, 247-252.
- Dwairy, M. (2004a). Parenting styles and mental health of Palestinian-Arab adolescents in Israel. *Transcultural Psychiatry*, *14*, 233-252.
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 149-155.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G. F. M., Dodge, E., & le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The result of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 721-736.
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. M. F., & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 552-560.
- Evans, L., & Wertheim, E. H. (2005). Attachment Styles in Adult Intimate Relationships: Comparing Women with Bulimia Nervosa Symptoms, Women with Depression and Women with No Clinical Symptoms. *European Eating Disorders Review*, *13*, 285-293.

- Fairburn, G., Hay, J., & Welch, L. (1993). Binge eating and bulimia nervosa: Distribution and determinants. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 123-143), New York: Guilford Press.
- Faith, M. S., Berkowitz, R. I., Stallings, V. A., et al. (2001). Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics, 114*, 429–36.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res, 12*, 1711-1722.
- Fernandez-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 419-428.
- Fichter, M. M., Elton, M., Sourdi, S., Weyer, S., & Koptagellal, G. (1988). Anorexia nervosa in Greek and Turkish adolescents. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci., 237*, 200-208.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics, 107*, 54-60.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 350–365.
- Furnham, A., & Adam-Saib, S. (2001). Abnormal eating attitudes and behaviour and perceived parental control: a study of white British and British-Asian school girls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 36*: 462-471.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology, 136(6)*, 581-596.

- Gardner, R. M., & Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and non-sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 3–15.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.
- Gila, A., Castro, J., Toro, J., & Salamero, M. (1998). Subjective body-image dimensions in normal and anorexic adolescents. *British Journal of Medical Psychology, 71*, 175-184.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems. *International Life Sciences Institute, 62*, 39-50.
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity—from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity, 1*, 66–76.
- Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Prevention of eating problems and disorders: Including parents. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention, 4*, 348-363.
- Grange, D., Telch, C. F., & Tibbs, J. (1998). Eating Attitudes and Behaviors in 1,435 South African Caucasian and Non-Caucasian College Students. *Am J Psychiatry, 155*, 250-254.
- Grogan, S. (2007). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (2nd ed.). London: Routledge.
- Gualldi-Russo, E., Albertini, A., Argnani, L., Celenza, F., Nicolucci, M., & Toselli, S. (2008). Weight status and body image perception in Italian children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 21*, 39–45.
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior, 94*, 113-120.

- Hale, S. M., Crouter, A. C., Guire, S. A., & Updegraff, K. A. (1995). Congruence between mothers' and fathers' family relations and children's well being. *Child Dev, 66*, 116–128.
- Halmi, K. A. (2006). Treatment of anorexia nervosa. In S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. de Zwaan & H. Steiger (Eds.), *Annual review of eating disorders* (Part 2; 10, pp. 157–167). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations: Implications for the understanding, assessment and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 113–142.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol, 52*, 511–524.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inquiry, 5*, 1–22.
- Heatherton, T. F., Mahamedi, F., Striipe, M., Field, A. E., & Keel, P. (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 117-125.
- Heaven, P., & Ciarrochi, J. (2008). Parental Styles, Gender and the Development of Hope and Self-Esteem. *European Journal of Personality, 20*, 707-724.
- Heesacker, R. S., & Neimeyer, G. J. (1990). Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 419–426.
- Hennighausen, K., Enkelmann, D., Wewetzer, C., & Remschmidt, H. (1999). Body image distortion in Anorexia Nervosa: is there really a perceptual deficit? *European Child and Adolescent Psychiatry, 8*, 200–206.
- Hill, A. J., Oliver, S., & Rogers, P. J. (1992). Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 95-105.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W., & Peters, J. C. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here? *Science, 299*, 853–856.
- Hoek, H. (1991). The incidence and prevalence of anorexia and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine, 21*, 455–460.
- Hoek, W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry, 5*, 61-74.

- Hoek, H. W., & Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 383-396.
- Hoffman, J. M., & Brownell, K. D. (1997). Sex Differences in the Relationship of Body Fat Distribution with Psychosocial Variables. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 139-145.
- Huang, J. S., Norman, G. J., Zabinski, M. F., Calfas, K., & Patrick, K. (2007). Body image and self-esteem among adolescent undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviours. *Journal of Adolescent Health, 40*, 245-251.
- Hubbs-Tait, L., Kennedy, T. S., Page, M. C., Topham, G. L., & Harrist, A. W. (2008). Parental Feeding Practices Predict Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles. *J Am Diet Assoc, 108*, 1154-1161.
- Hughes, S. O., Power, T. G., Fisher, J. O., Mueller, S., & Nicklas, T. (2005). Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child feeding-context. *Appetite, 44*, 83-92.
- Huprich, S. K., Stepp, S. D., Graham, A., & Johnson, L. (2004). Gender differences in dependency, separation, object relations and pathological eating behavior and attitudes. *Personality and Individual Differences, 36*, 801-811.
- Jackson, L. M., Pratt, M. W., Hunsberger, B., & Pancer, S. M. (2005). Optimism as a mediator of the relation between perceived parental authoritativeness and adjustment among adolescents: Finding the sunny side of the street. *Social Development, 14*, 273-304.
- Johnson, W. G., Rohan, K. J., & Kirk, A. A. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in White and African American adolescents. *Eating Behaviours, 3*, 179-89.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: τυπωθήτω.
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior, 94*, 121-135.
- Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 422-32.

- Keel, P. K., Fulkerson, J. A., & Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *26*, 203-216.
- Keel, P. K. & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 313–21.
- Kenny, M., & Hart, K. (1992). The extent and function between parental attachment in eating disorders in a inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, *39*, 521-526.
- Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Kimura, N., & Taylor, H. L. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*, *25*, 329.
- Kiang, L., & Harter, T. S. (2005). Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, *7*, 134–151.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 936-940.
- Laible, D. J., & Carlo, G. (2004). The differential relations of maternal and paternal support and control to adolescent social competence, self-worth, and sympathy. *Journal of Adolescent Research*, *19*, 759–782.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev*, *62*, 1049-1066.
- Latzer, Y., Tzischinsky, O., & Azaiza, F. (2007). Disordered Eating Related Behaviors among Arab Schoolgirls in Israel: An Epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 263-270.
- Lawrence, C. M., & Thelen, M. H. (1995). Body image, dieting, and self-concept: Their relation in African- American and Caucasian children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *24*, 41-48.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 438–444.

- Lerner, R. M. (1987). A life-span perspective for early adolescence. In R. M. Lerner & T. T. Foch (Eds.), *Biological psychosocial interactions in early adolescence* (pp. 9–34). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and the core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 205–213.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., Shuman, M. D., & Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders, 15*, 11-20.
- Littleton, H., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behaviour in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6(1)*, 51–66.
- Lock, J., & le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37* (Suppl.), 64–67.
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O’Fallon, W. M., Melton, L. J. (1999). The ups and down of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 397–405.
- Markey, C. N., Markey, P. M., & Birch, L. L. (2004). Understanding women’s body satisfaction: The role of husbands. *Sex Roles, 51*, 209–216.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (2006). Romantic Relationships and Body Satisfaction Among Young Women. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 271–279.
- McKinney, C., Donnelly, R., & Renk, K. (2008). Perceived Parenting, Positive and Negative Perceptions of Parents, and Late Adolescent Emotional Adjustment. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 66-73.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdolell, M. (2002). Risk and Protective Factors Associated With Disordered Eating During Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence, 22*, 75-95.
- Minuchin, S., Baker, L., Roseman, B. L., Liebman, R., Millman, L., & Todd, T. C. (1975). A Conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1031-1038.

- Miotto, P., Coppi, M. D, Frezza, M., & Preti, A. (2003). The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. *Psychiatry Research, 119*, 145-154.
- Montgomery, C., Jackson, D. M., Kelly, L. A., & Reilly, J. J. (2006). Parental feeding style, energy intake and weight status in young Scottish children. *British Journal of Nutrition, 96*, 1149–1153.
- Morris, A., Pinhas, L. & Katzman, D. K. (2003). Early-onset eating disorders. Canadian Pediatric Surveillance Program Annual Report, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cpsp-pcsp03/page6_e.html.
- Nakamura, K., Hoshino, Y., Watanabe, A., Honda, K., Niwa, S., Tominaga, K., Shimai, S., & Yamamoto, M. (1999). Eating problems in females Japanese high school students: a prevalence study. *Int. J. Eat. Disord., 26*, 91-95.
- National Institute of Mental Health (NIMH) Fact Sheet. (2000). Depression in children and adolescents: A fact sheet for physicians. Retrieved July 2008 from <http://www.mental-healthmatters.com/articles/article.php?artID=320>.
- Nickolls, D., & Grindrod, C. (2008). Behavioural eating disorders. *Pediatrics and Child Health, 19:2*, 60-66.
- Nishizawa, Y., Kida, K., Nishizawa, K., Hashiba, S., Saito, K., & Mita, R. (2003). Perception of self-physique and eating behavior of high-school students in Japan. *Psychiatr. Clin. Neurosci., 57*, 189-196.
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int. J. Eat. Disord., 28*, 265- 271.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child Adolesc Social Work J, 19*, 421–435.
- Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children’s food consumption patterns. *Appetite, 44*, 243-249.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal, 318*, 765–8.
- Paulson-Karlsson, G., Engstrom, I., & Nevenon, L. (2009). A Pilot Study of a Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: 18- and 36-Month Follow-ups. *Eating Disorders, 17*, 72-88.

- Peterson, B. E., Smirles, K. A., & Wentworth, P. A. (1997). Generativity and authoritarianism: implications for personality, political involvement, and parenting. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 1202–1216.
- Pinhas, L., Katzman, D. K., Dimitropoulos, G., & Woodside, D. B. C. (2007). Bingeing and bulimia nervosa in children and adolescents in Jaffa, T., & McDermott, B. (Eds.). *Eating Disorders in Children and Adolescents*. (pp.133-143). Cambridge University Press.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 389–401.
- Probst, M., Vandereycken, W., & Van Coppenolle, H. (1997). Body-size estimation in eating disorders using video distortion on a life-size screen. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *66*, 87–91.
- Probst, M., Vandereycken, W., van-Coppenolle, H., & Pieters, G. (1995). Body size estimation in eating disorder patients: Testing the video distortion method on a life-size screen. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 985-990.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, *24*, 167–174.
- Raich, R. M., Rosen, J. C, Deas, J., Perez, O., Requena, A., & Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 63-72.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, *117*, 2047–2054.
- Richards, M. H., Boxer, A. M., Petersen, A. C., & Albrecht, R. (1990). Relation of weight to body image in pubertal boys and girls from two communities. *Developmental Psychology*, *26*, 313–321.
- Ringer, R., & Crittenden, P. M. (2006). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *14*, 1–12.

- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2006). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review, 15*, 119–130.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (1999). The Relations among Body Image, Physical Attractiveness, and Body Mass in Adolescence, *Child Development, 70*(1), 50–64.
- Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E., & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 315-319.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 429–48.
- Schneider, M. (2003). Bulimia nervosa and binge eating disorder in adolescents. *Adolescent Medicine, 14*, 119–31.
- Sharabany, R., Eshel, Y., & Hakim, C. (2008). Boyfriend, girlfriend in a traditional society: Parenting styles and development of intimate friendships among Arabs in school. *International Journal of Behavioral Development, 32* (1), 66–75.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., Crago, M., & Taylor, C. B. (1998). Attachment style and Weight Concerns in Preadolescent and Adolescent Girls. *Int. J. Eat. Disord., 23*, 39-44.
- Slade, P. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153*, 20–22.
- Smeets, M. A., Smit, F., Panhuysen, G.E., & Ingleby, J.D. (1997). The influence of methodological differences on the outcome of body size estimation studies in anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 263–277.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Schermer, F. (1997). Parental Input and Weight Concerns among Elementary School Children. *Int J Eat Disord, 25*, 263-271.
- Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatologia en jovenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigacion. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 177–195.
- Spear, B. A. (2002). Adolescent growth and development. *Journal of the American Dietetic Association, 102*(3), S23–S29.

- Sroufe, L., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*, *11*, 1–13.
- Stark, L. J., Collins, F. L., Osnes, P. G., et al. (1986). Using reinforcement and cueing to increase healthy snack food choices in preschoolers. *J Appl Behav Anal*, *19*, 367–79.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, *63*, 1266–1281.
- Steinhausen, H. C. (1999). Eating disorders. In *Risks and Outcome in Developmental Psychopathology*, ed. Steinhausen, H.C. & Verhulst, F. Oxford: Oxford University Press, pp. 210–30.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, *29*, 257-276.
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 671-675.
- Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, *27*(4), 381-9.
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A., & Brownell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, *23*, 27–37.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, *33*, 284–92.
- Swarr, A. E., & Richards, M. H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, *32*, 636-646.
- Szabo, C. P., & Allwood, C. W. (2004). Application of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in a rural, Zulu speaking, adolescents population in South Africa. *World Psychiatry*, *3*:3, 169-171.

- Tata, P., Fox, J., & Cooper, J. (2001). An Investigation into the Influence of Gender and Parenting Styles on Excessive Exercise and Disordered Eating. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 9, 194-206.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 16, 49–58.
- Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of Body Image, Eating Disturbance, and General Psychological Functioning in Female Adolescents: Covariance Structure Modeling and Longitudinal Investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (3), 221-236.
- Thompson, J. K., Roehrig, M., & Kinder, B. (2007) Eating disorders. In: Hersen, M., Turner, S., Beidel, D., editors. *Handbook of Psychopathology*. New York: Wiley & Sons. 571–600.
- Thompson, M. G., & Schwartz, D. M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorder*, 1, 47-60.
- Touyz, S. W., O' Sullivan, B. T. Gertler, R., & Beumont, P. J. (1988). Anorexia in a woman totally blind since birth. *British Journal of Psychiatry*, 153, 248-250.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body Dissatisfaction in Women With Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Br J Clin Psychol*, 44, 89 – 97.
- Tsagarakis, M., Kafetsios, K., & Stalikas, A. (2007). Reliability and validity of the Greek version of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 47-55.
- Vandereycken, W. (2002). History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In *Eating Disorders and Obesity*, 2nd edn, ed. Fairburn, C. & Brownell, K. New York: Guilford Press, pp. 151–4.

- Vemuri, M., & Steiner, H. (2007). Historical and current conceptualizations of eating disorders: a developmental perspective in Jaffa, T., & McDermott, B. (Eds.). *Eating Disorders in Children and Adolescents*. (pp.3-16). Cambridge University Press.
- Waller, G., & Hartley, P. (1994). Perceived Parental Style and Eating Psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 2, 76-92.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Br J Med Psychol*, 74, 497–505.
- Wardle, J., & Marsland, L. (1990). Adolescent concerns about weight and eating: A social-developmental perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 377–391.
- Whitaker, A. (1992). An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications ofr pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752–759.
- Williams, R. L., Schaefer, G. A., Shisslak, G. M., Gronwaldt, V. H., & Gomerci, G. D. (1986). Eating attitudes and behaviors in adolescent women: Discrimination of normals, dieters, and suspected bulimics using the Eating Attitudes Test and Eating Disorders Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 879-894.
- Wilmshurst, L. (2009). *Abnormal child psychology: a developmental perspective*. USA
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.
- Yannakoulia, M., Matalas, A. L., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M., & Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: An emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating Weight Disord.*, 9, 126-133.

Παράρτημα (Ερευνητικά Εργαλεία)

Αγαπητέ/ή μαθητή/τρια,

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των συναισθημάτων, των στενών σχέσεων, και των διατροφικών συνηθειών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ως μέσο συγκέντρωσης πληροφοριών για τον σκοπό της παραπάνω έρευνας. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σας διαβεβαιώνουμε ότι οι απαντήσεις σας είναι άκρως εμπιστευτικές και δεν υπάρχει πιθανότητα αναγνώρισης της ταυτότητάς σας. Παρακαλούμε απαντήστε, με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή και το χρόνο σας.

Φύλο	Άνδρας _____	Γυναίκα _____
Ηλικία	_____ έτη	
Τάξη	_____	
Τόπος μόνιμης κατοικίας	<input type="checkbox"/> Χωριό (έως 2.000 κατ.)	<input type="checkbox"/> Κωμόπολη (2.000 - 10.000 κατ.)
	<input type="checkbox"/> Πόλη (10.000 - 80.000 κατ.)	<input type="checkbox"/> Μεγάλη Πόλη (80.000 - 250.000 κατ.)
	<input type="checkbox"/> Μεγαλούπολη (πάνω από 250.000 κατ.)	<input type="checkbox"/> Αλλοδαπή
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	<input type="checkbox"/> Δεν τελείωσε σχολείο	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος γυμνασίου
	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος δημοτικού	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος λυκείου
	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Ανώτερης/ Ανώτατης σχολής	<input type="checkbox"/> Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	<input type="checkbox"/> Δεν τελείωσε σχολείο	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος γυμνασίου
	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος δημοτικού	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος λυκείου
	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Ανώτερης/ Ανώτατης σχολής	<input type="checkbox"/> Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος
Βάρος (σε κιλά)	_____	
Ύψος (σε μέτρα)	_____	

Οι 36 προτάσεις που ακολουθούν αφορούν το πως αισθάνεσαι μέσα σε ρομαντικές σχέσεις/δεσμούς. Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνεις γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Σημείωσε δίπλα από την κάθε πρόταση το κατά πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με αυτήν με βάση την ακόλουθη κλίμακα

		Διαφωνώ απόλυτα		Ουδέτερα/ Ανάμεικτα			Συμφωνώ απόλυτα	
		1	2	3	4	5	6	7
1	Προτιμώ να μη δείχνω στο/στη σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.	1	2	3	4	5	6	7
2	Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.	1	2	3	4	5	6	7
3	Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με το/τη σύντροφό μου.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε θα θέλει να μείνει μαζί μου.	1	2	3	4	5	6	7
5	Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.	1	2	3	4	5	6	7

		Διαφωνώ απόλυτα		Ουδέτερα/ Ανάμεικτα			Συμφωνώ απόλυτα	
6	Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δε με αγαπάει πραγματικά.	1	2	3	4	5	6	7
7	Αισθάνομαι πολύ άνετα να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δε θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ γι' αυτούς.	1	2	3	4	5	6	7
9	Δεν αισθάνομαι άνετα να 'ανοίγομαι' σε ερωτικούς συντρόφους.	1	2	3	4	5	6	7
10	Συχνά εύχομαι τα αισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου γι' αυτόν/αυτήν.	1	2	3	4	5	6	7
11	Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.	1	2	3	4	5	6	7
12	Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.	1	2	3	4	5	6	7
13	Αισθάνομαι άβολα όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	1	2	3	4	5	6	7
14	Όταν ο σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί ν' ενδιαφερθεί για κάποιον/α άλλο/η.	1	2	3	4	5	6	7
15	Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με το/τη σύντρόφό μου.	1	2	3	4	5	6	7
16	Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.	1	2	3	4	5	6	7
17	Δε μου είναι δύσκολο να πλησιάσω συναισθηματικά με το/τη σύντρόφό μου.	1	2	3	4	5	6	7
18	Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.	1	2	3	4	5	6	7
19	Συνήθως συζητάω τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με το/τη σύντρόφό μου.	1	2	3	4	5	6	7
20	Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6	7
21	Με βοηθάει να στραφώ στο/στη σύντρόφό μου σε ώρες ανάγκης.	1	2	3	4	5	6	7
22	Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.	1	2	3	4	5	6	7
23	Λέω στο/στη σύντρόφό μου σχεδόν τα πάντα.	1	2	3	4	5	6	7

		Διαφωνώ απόλυτα		Ουδέτερα/ Ανάμεικτα			Συμφωνώ απόλυτα	
24	Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.	1	2	3	4	5	6	7
25	Συζητάω τα πράγματα που με απασχολούν με το/τη σύντροφό μου.	1	2	3	4	5	6	7
26	Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.	1	2	3	4	5	6	7
27	Αισθάνομαι νευρική/ότητα όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	1	2	3	4	5	6	7
28	Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.	1	2	3	4	5	6	7
29	Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.	1	2	3	4	5	6	7
30	Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δε θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.	1	2	3	4	5	6	7
31	Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.	1	2	3	4	5	6	7
32	Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από το/τη σύντροφό μου.	1	2	3	4	5	6	7
33	Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.	1	2	3	4	5	6	7
34	Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
35	Ο/Η σύντροφός που πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.	1	2	3	4	5	6	7
36	Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος.	1	2	3	4	5	6	7

Συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώνοντας ένα από τα 6 επιρρήματα που σε αντιπροσωπεύει:

		Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1	Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρος/η.	1	2	3	4	5	6
2	Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.	1	2	3	4	5	6

		Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
3	Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού.	1	2	3	4	5	6
4	Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.	1	2	3	4	5	6
5	Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.	1	2	3	4	5	6
6	Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω.	1	2	3	4	5	6
7	Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κτλ).	1	2	3	4	5	6
8	Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο.	1	2	3	4	5	6
9	Κάνω εμετό μετά το φαγητό.	1	2	3	4	5	6
10	Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει.	1	2	3	4	5	6
11	Με απασχολεί η επιθυμία να γίνω πιο λεπτός/ή.	1	2	3	4	5	6
12	Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω».	1	2	3	4	5	6
13	Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατος/η.	1	2	3	4	5	6
14	Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.	1	2	3	4	5	6
15	Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου.	1	2	3	4	5	6
16	Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη.	1	2	3	4	5	6
17	Τρώω τρόφιμα «διαίτης» (light).	1	2	3	4	5	6
18	Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
19	Ελέγχω τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6
20	Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.	1	2	3	4	5	6
21	Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.	1	2	3	4	5	6
22	Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά.	1	2	3	4	5	6
23	Ασχολούμαι με δίαιτες.	1	2	3	4	5	6
24	Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.	1	2	3	4	5	6
25	Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.	1	2	3	4	5	6
26	Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.	1	2	3	4	5	6

Θα θέλαμε να ξέρουμε πως νοιώθεις για την εμφάνισή σου τις **τελευταίες τέσσερις εβδομάδες**. Παρακαλούμε διάβασε κάθε ερώτηση προσεκτικά και κύκλωσε τον κατάλληλο αριθμό. Παρακαλούμε, απάντησε σε **όλες** τις ερωτήσεις:

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικ ές φορές	Συχν ά	Πολύ συχνά	Πάντ α
1	Το να βαριέσαι σε έκανε να σκέφτεσαι ανήσυχα για την εικόνα του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
2	Ανησύχησες τόσο πολύ για την εικόνα του σώματός σου που ένοιωθες ότι έπρεπε να κάνεις δίαιτα;	1	2	3	4	5	6
3	Σκέφτηκες ότι οι μηροί σου, οι γοφοί σου είναι πολύ μεγάλοι για το υπόλοιπο σώμα σου;	1	2	3	4	5	6
4	Φοβήθηκες ότι ίσως γινόσουν παχύς/ιά (ή παχύτερος/η);	1	2	3	4	5	6
5	Ανησύχησες ότι το σώμα σου ήταν αρκετά πλαδαρό;	1	2	3	4	5	6
6	Το να αισθάνεσαι ότι έχεις γεμάτο στομάχι (π.χ. μετά την κατανάλωση ενός μεγάλου γεύματος) σε έκανε να νοιώθεις παχύς/ιά;	1	2	3	4	5	6
7	Ένοιωσες τόσο άσχημα για την εικόνα του σώματός σου που έκλαψες γι' αυτό;	1	2	3	4	5	6
8	Απέφυγες να τρέξεις γιατί το σώμα σου ίσως ταλαντευόταν (κουνιόταν δεξιά-αριστερά);	1	2	3	4	5	6
9	Σε έκανε το να είσαι με αδύνατα άτομα να νοιώσεις σκεπτικός/ή για την εικόνα του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
10	Ανησύχησες ότι οι μηροί σου απλώνονταν δεξιά-αριστερά καθώς καθόσουν;	1	2	3	4	5	6
11	Σε έκανε το να φας έστω και μια μικρή ποσότητα φαγητού να νοιώσεις παχύς/ιά;	1	2	3	4	5	6
12	Παρατήρησες το σώμα άλλων και ένοιωσες ότι το δικό σου δε συγκρινόταν ευνοϊκά;	1	2	3	4	5	6
13	Το να σκέφτεσαι για την εικόνα του σώματός σου εμπόδισε την ικανότητά σου να συγκεντρωθείς;	1	2	3	4	5	6
14	Σε έκανε το να είσαι γυμνός/ή, όπως π.χ. το να κάνεις μπάνιο, να αισθάνεσαι παχύς/ιά;	1	2	3	4	5	6
15	Απέφυγες να φορέσεις ρούχα τα οποία τονίζουν ιδιαίτερα την εικόνα του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
16	Σκέφτηκες ότι θα ήθελες αν μπορούσες να αφαιρέσεις λιπώδεις περιοχές του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
17	Το να φας γλυκά, κέικ ή άλλα πλούσια σε θερμίδες τρόφιμα σε έκανε να νοιώσεις παχύς/ιά;	1	2	3	4	5	6
18	Το να αισθάνεσαι άσχημα για την εικόνα του σώματός σου σε έκανε να μην παρευρεθείς σε κοινωνικές εκδηλώσεις (π.χ. σε πάρτυ);	1	2	3	4	5	6

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
19	Αισθάνθηκες υπερβολικά ογκώδης;	1	2	3	4	5	6
20	Αισθάνθηκες ντροπή για το σώμα σου;	1	2	3	4	5	6
21	Σε έκανε η ανησυχία για την εικόνα του σώματός σου να ξεκινήσεις δίαιτα;	1	2	3	4	5	6
22	Αισθάνθηκες περισσότερο χαρούμενος/η για την εικόνα του σώματός σου όταν το στομάχι σου ήταν άδειο;	1	2	3	4	5	6
23	Σκέφτηκες ότι έχεις την εικόνα σώματος που έχεις επειδή σου λείπει ο αυτοέλεγχος;	1	2	3	4	5	6
24	Ανησύχησες ότι οι άλλοι άνθρωποι βλέπουν συσσωρευμένο λίπος γύρω από τη μέση ή από άλλο σημείο του σώματός σου;	1	2	3	4	5	6
25	Σκέφτηκες ότι δεν είναι δίκαιο που άλλοι άνθρωποι είναι πιο λεπτοί από εσένα;	1	2	3	4	5	6
26	Έκανες εμετό με σκοπό να αισθανθείς πιο αδύνατος/η;	1	2	3	4	5	6
27	Όταν βρέθηκες με παρέα ανησύχησες ότι έπιανες πολύ χώρο (π.χ. καθώς καθόσουν στον καναπέ ή σε κάθισμα λεωφορείου);	1	2	3	4	5	6
28	Ανησύχησες ότι το δέρμα σου έχει κυταρτίδα (σηματίζει λακουβίτσες);	1	2	3	4	5	6
29	Το να δεις τον εαυτό σου (π.χ. στον καθρέπτη ή στη βιτρίνα ενός καταστήματος) σε έκανε να αισθανθείς άσχημα για την εικόνα του σώματος σου;	1	2	3	4	5	6
30	Τσίμπησες περιοχές του σώματός σου για να δεις πόσο παχιές είναι;	1	2	3	4	5	6
31	Απέφυγες καταστάσεις όπου οι άλλοι θα μπορούσαν να δουν το σώμα σου(π.χ. σε παραλία, αποδυτήρια);	1	2	3	4	5	6
32	Πήρες καθαρτικά με σκοπό να νοιώσεις λεπτότερος/η;	1	2	3	4	5	6
33	Ήσουν ιδιαίτερα σκεπτικός για την εικόνα του σώματός σου όταν βρέθηκες με παρέα;	1	2	3	4	5	6
34	Σε έκανε η ανησυχία για την εικόνα του σώματός σου να σκεφτείς ότι έπρεπε να γυμναστείς;	1	2	3	4	5	6

Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την κατάλληλη για εσάς και το γονιό σας απάντηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε αυθόρμητα και σύντομα. Βεβαιωθείτε ότι δεν έχετε αφήσει αναπάντητη κάποια ερώτηση.

Σημείωση: οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τη **μητέρα** σας.

1.	Διαφωνώ Απόλυτα	2.	Διαφωνώ	3.	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	4.	Συμφωνώ	5.	Συμφωνώ Απόλυτα
----	--------------------	----	---------	----	------------------------------	----	---------	----	--------------------

1.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι σε μια σωστή οικογένεια τα παιδιά θα πρέπει να έχουν λόγο στην οικογένεια εξίσου με τους γονείς.	①	②	③	④	⑤
2.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι είναι για το καλό μου να μου ζητά να κάνω αυτό που εκείνη θεωρεί σωστό, ακόμη και αν δεν συμφωνώ.	①	②	③	④	⑤
3.	Όταν η μητέρα μου ζητά να κάνω κάτι, περιμένει να το κάνω αμέσως και χωρίς ερωτήσεις.	①	②	③	④	⑤
4.	Από τη στιγμή που υιοθετούνται κάποιοι κανόνες στην οικογένεια, η μητέρα μου συζητά μαζί μου τους λόγους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.	①	②	③	④	⑤
5.	Η μητέρα μου πάντα ενθαρρύνει τη συζήτηση όταν νιώθω ότι κάποιοι από τους κανόνες και τους περιορισμούς είναι αδικαιολόγητοι.	①	②	③	④	⑤
6.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι τα παιδιά είναι ελεύθερα να σκέφτονται και να κάνουν αυτά που θέλουν, ακόμη και όταν αυτό δεν συμβαδίζει με ότι εκείνη θα ήθελε να κάνω.	①	②	③	④	⑤
7.	Η μητέρα μου δεν μου επιτρέπει να αμφισβητώ τις αποφάσεις που έχει πάρει.	①	②	③	④	⑤
8.	Η μητέρα μου κατευθύνει τις δραστηριότητες και τις αποφάσεις μου συζητώντας μαζί μου και χρησιμοποιώντας αμοιβές και τιμωρίες.	①	②	③	④	⑤
9.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι οι άλλοι γονείς πρέπει να πιέζουν περισσότερο τα παιδιά τους προκειμένου να μάθουν να φέρονται με τον κατάλληλο τρόπο.	①	②	③	④	⑤
10.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι δεν χρειάζεται να υπακούω σε κανόνες συμπεριφοράς επειδή κάποιος που έχει μια εξουσία μου έχει πει να το κάνω.	①	②	③	④	⑤
11.	Γνωρίζω τι περιμένει η μητέρα μου από εμένα, αλλά νιώθω ελεύθερος/η να συζητήσω μαζί της, αν αισθάνομαι ότι οι προσδοκίες της είναι παράλογες.	①	②	③	④	⑤
12.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι οι έξυπνοί γονείς πρέπει από νωρίς να δείχνουν στα παιδιά τους ποιος είναι ο αρχηγός στο σπίτι.	①	②	③	④	⑤
13.	Συνήθως η μητέρα μου δεν ορίζει αυστηρούς κανόνες που αφορούν στη συμπεριφορά μου.	①	②	③	④	⑤
14.	Τις περισσότερες φορές η μητέρα μου κάνει αυτό που εγώ θέλω όταν παίρνουμε κάποιες αποφάσεις που αφορούν στην οικογένεια.	①	②	③	④	⑤
15.	Η μητέρα μου, μου λέει ακριβώς τι πρέπει να κάνω, αλλά μου εξηγεί γιατί επιθυμεί να το κάνω.	①	②	③	④	⑤
16.	Η μητέρα μου θα ενοχληθεί πολύ αν προσπαθήσω να διαφωνήσω μαζί της.	①	②	③	④	⑤
17.	Η μητέρα μου πιστεύει ότι τα πιο πολλά προβλήματα στην κοινωνία θα είχαν λυθεί αν οι γονείς επέτρεπαν στα παιδιά τους να επιλέξουν τις δραστηριότητες τους, να πάρουν τις αποφάσεις τους και να ακολουθήσουν	①	②	③	④	⑤

1.	Διαφωνώ Απόλυτα	2.	Διαφωνώ	3.	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	4.	Συμφωνώ	5.	Συμφωνώ Απόλυτα
----	--------------------	----	---------	----	------------------------------	----	---------	----	--------------------

τις δικές τους επιθυμίες καθώς μεγάλωναν.									
18. Η μητέρα μου μού έχει πει τι είδους συμπεριφορά θα περίμενε από εμένα, και αν δεν ακολουθήσω τους κανόνες, τότε με τιμωρεί.	①	②	③	④	⑤				
19. Η μητέρα μου, μού επιτρέπει να αποφασίζω για τα περισσότερα πράγματα που με αφορούν χωρίς να μου προσφέρει πολύ βοήθεια.	①	②	③	④	⑤				
20. Η μητέρα μου με ακούει όταν παίρνω μία απόφαση, αλλά δεν αποφασίζει για κάτι απλά επειδή το θέλω εγώ.	①	②	③	④	⑤				
21. Η μητέρα μου δεν θεωρεί ότι είναι υπεύθυνη να μου λέει τι πρέπει να κάνω.	①	②	③	④	⑤				
22. Η μητέρα μου έχει ξεκάθαρες αρχές για την συμπεριφορά των παιδιών της, αλλά είναι πρόθυμη να τις αναπροσαρμόσει σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού.	①	②	③	④	⑤				
23. Η μητέρα μου αναμένει από εμένα να ακολουθώ τους κανόνες που έχει θέσει, αλλά είναι πάντα πρόθυμη να ακούσει και τις δικές μου σκέψεις και να συζητήσει μαζί μου γι' αυτούς.	①	②	③	④	⑤				
24. Η μητέρα μου μού επιτρέπει να διαμορφώνω τη δική μου γνώμη σε θέματα που αφορούν στην οικογένειά μας και μου επιτρέπει να αποφασίσω μόνος/η μου για το τι πρόκειται να κάνω με αυτά τα θέματα.	①	②	③	④	⑤				
25. Η μητέρα μου πιστεύει ότι τα περισσότερα προβλήματα στην κοινωνία θα είχαν λυθεί αν οι γονείς ήταν πιο αυστηροί με την ανυπακοή των παιδιών τους.	①	②	③	④	⑤				
26. Η μητέρα μου, συχνά μού λέει τι ακριβώς θα ήθελε να κάνω και πως περιμένει να το κάνω.	①	②	③	④	⑤				
27. Η μητέρα μου θέτει αυστηρούς κανόνες, αλλά το κατανοεί όταν διαφωνώ μαζί της.	①	②	③	④	⑤				
28. Η μητέρα μου δεν κατευθύνει τις πράξεις, τις δραστηριότητες και τις επιθυμίες μου.	①	②	③	④	⑤				
29. Ξέρω τι περιμένει η μητέρα μου από εμένα και κάνω ό, τι μου ζητείται απλά από σεβασμό στο πρόσωπό της.	①	②	③	④	⑤				
30. Εάν η μητέρα μου πάρει μια απόφαση και αυτή με θίγει, είναι πρόθυμη να παραδεχτεί ότι έκανε λάθος.	①	②	③	④	⑤				

Σημείωση: οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τον πατέρα σας.

1. Ο <u>πατέρας</u> μου πιστεύει ότι σε μια σωστή οικογένεια τα παιδιά θα πρέπει να έχουν λόγο στην οικογένεια εξίσου με τους γονείς.	①	②	③	④	⑤				
2. Ο πατέρας μου πιστεύει ότι είναι για το καλό μου να μου ζητά να κάνω αυτό που εκείνος θεωρεί σωστό, ακόμη και αν δεν συμφωνώ.	①	②	③	④	⑤				
3. Όταν ο πατέρας μου ζητά να κάνω κάτι, περιμένει να το κάνω αμέσως και χωρίς ερωτήσεις.	①	②	③	④	⑤				
4. Από τη στιγμή που υιοθετούνται κάποιοι κανόνες στην οικογένεια, ο πατέρας μου συζητά μαζί μου τους λόγους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.	①	②	③	④	⑤				
5. Ο πατέρας μου πάντα ενθαρρύνει τη συζήτηση όταν νιώθω ότι κάποιοι από τους κανόνες και τους περιορισμούς είναι αδικαιολόγητοι.	①	②	③	④	⑤				
6. Ο πατέρας μου πιστεύει ότι τα παιδιά είναι ελεύθερα να σκέφτονται και να κάνουν αυτά που θέλουν, ακόμη και όταν αυτό δεν συμβαδίζει με ότι εκείνος θα ήθελε να κάνω.	①	②	③	④	⑤				

1.	Διαφωνώ Απόλυτα	2.	Διαφωνώ	3.	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	4.	Συμφωνώ	5.	Συμφωνώ Απόλυτα
7.	Ο πατέρας μου δεν μου επιτρέπει να αμφισβητώ τις αποφάσεις που έχει πάρει.	①	②	③	④	⑤			
8.	Ο πατέρας μου κατευθύνει τις δραστηριότητες και τις αποφάσεις μου συζητώντας μαζί μου και χρησιμοποιώντας αμοιβές και τιμωρίες.	①	②	③	④	⑤			
9.	Ο πατέρας μου πιστεύει ότι οι άλλοι γονείς πρέπει να πιέζουν περισσότερο τα παιδιά τους προκειμένου να μάθουν να φέρονται με τον κατάλληλο τρόπο.	①	②	③	④	⑤			
10.	Ο πατέρας μου πιστεύει ότι δεν χρειάζεται να υπακούω σε κανόνες συμπεριφοράς επειδή κάποιος που έχει μια εξουσία μου έχει πει να το κάνω.	①	②	③	④	⑤			
11.	Γνωρίζω τι περιμένει ο πατέρας μου από εμένα, αλλά νιώθω ελεύθερος/η να συζητήσω μαζί του, αν αισθάνομαι ότι οι προσδοκίες του είναι παράλογες.	①	②	③	④	⑤			
12.	Ο πατέρας μου πιστεύει ότι οι έξυπνοί γονείς πρέπει από νωρίς να δείχνουν στα παιδιά τους ποιος είναι ο αρχηγός στο σπίτι.	①	②	③	④	⑤			
13.	Συνήθως ο πατέρας μου δεν ορίζει αυστηρούς κανόνες που αφορούν στη συμπεριφορά μου.	①	②	③	④	⑤			
14.	Τις περισσότερες φορές ο πατέρας μου κάνει αυτό που εγώ θέλω όταν παίρνουμε κάποιες αποφάσεις που αφορούν στην οικογένεια.	①	②	③	④	⑤			
15.	Ο πατέρας μου, μου λέει ακριβώς τι πρέπει να κάνω, αλλά μου εξηγεί γιατί επιθυμεί να το κάνω.	①	②	③	④	⑤			
16.	Ο πατέρας μου θα ενοχληθεί πολύ αν προσπαθήσω να διαφωνήσω μαζί του.	①	②	③	④	⑤			
17.	Ο πατέρας μου πιστεύει ότι τα πιο πολλά προβλήματα στην κοινωνία θα είχαν λυθεί αν οι γονείς επέτρεπαν στα παιδιά τους να επιλέξουν τις δραστηριότητες τους, να πάρουν τις αποφάσεις τους και να ακολουθήσουν τις δικές τους επιθυμίες καθώς μεγάλωναν.	①	②	③	④	⑤			
18.	Ο πατέρας μου μού έχει πει τι είδους συμπεριφορά θα περίμενε από εμένα, και αν δεν ακολουθήσω τους κανόνες, τότε με τιμωρεί.	①	②	③	④	⑤			
19.	Ο πατέρας μου, μού επιτρέπει να αποφασίζω για τα περισσότερα πράγματα που με αφορούν χωρίς να μου προσφέρει πολύ βοήθεια.	①	②	③	④	⑤			
20.	Ο πατέρας μου με ακούει όταν παίρνω μία απόφαση, αλλά δεν αποφασίζει για κάτι απλά επειδή το θέλω εγώ.	①	②	③	④	⑤			
21.	Ο πατέρας μου δεν θεωρεί ότι είναι υπεύθυνος να μου λέει τι πρέπει να κάνω.	①	②	③	④	⑤			
22.	Ο πατέρας μου έχει ξεκάθαρες αρχές για την συμπεριφορά των παιδιών του, αλλά είναι πρόθυμος να τις αναπροσαρμόσει σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού.	①	②	③	④	⑤			
23.	Ο πατέρας μου αναμένει από εμένα να ακολουθώ τους κανόνες που έχει θέσει, αλλά είναι πάντα πρόθυμος να ακούσει και τις δικές μου σκέψεις και να συζητήσει μαζί μου γι' αυτούς.	①	②	③	④	⑤			
24.	Ο πατέρας μου μού επιτρέπει να διαμορφώνω τη δική μου γνώμη σε θέματα που αφορούν στην οικογένειά μας και μου επιτρέπει να αποφασίσω μόνος/η μου για το τι πρόκειται να κάνω με αυτά τα θέματα.	①	②	③	④	⑤			
25.	Ο πατέρας μου πιστεύει ότι τα περισσότερα προβλήματα στην κοινωνία θα είχαν λυθεί αν οι γονείς ήταν πιο αυστηροί με την ανυπακοή των παιδιών τους.	①	②	③	④	⑤			
26.	Ο πατέρας μου, συχνά μού λέει τι ακριβώς θα ήθελε να κάνω και πως περιμένει να το κάνω.	①	②	③	④	⑤			
27.	Ο πατέρας μου θέτει αυστηρούς κανόνες, αλλά το κατανοεί όταν διαφωνώ μαζί του.	①	②	③	④	⑤			

1.	Διαφωνώ Απόλυτα	2.	Διαφωνώ	3.	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	4.	Συμφωνώ	5.	Συμφωνώ Απόλυτα
----	--------------------	----	---------	----	------------------------------	----	---------	----	--------------------

28. Ο πατέρας μου δεν κατευθύνει τις πράξεις, τις δραστηριότητες και τις επιθυμίες μου.	①	②	③	④	⑤
29. Ξέρω τι περιμένει ο πατέρας μου από εμένα και κάνω ό, τι μου ζητείται απλά από σεβασμό στο πρόσωπό του.	①	②	③	④	⑤
30. Εάν ο πατέρας μου πάρει μια απόφαση και αυτή με θίγει, είναι πρόθυμος να παραδεχτεί ότι έκανε λάθος.	①	②	③	④	⑤

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή και το χρόνο σας.