

***Πανεπιστήμιο Κρήτης  
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών  
Τμήμα Ψυχολογίας***

***Πτυχιακή Εργασία***

***Επόπτης Καθηγητής  
Γιοβαζολιάς Θεόδωρος***

***Μαυριδάκη Καλλιόπη***

***A.M. 1928***

## Περιεχόμενα

	Περίληψη.....	6
	Εισαγωγή.....	7
1	Ψυχογενής Ανορεξία.....	8
1.1	<a href="#">Τι είναι η Ψυχογενής Ανορεξία?</a> .....	8
1.2	<a href="#">Τα αίτια</a> .....	9
1.3	<a href="#">Τα συμπτώματα</a> .....	9
1.4	<a href="#">Τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας</a> .....	11
1.5	<a href="#">Θεωρίες</a> .....	11
2	Ψυχογενής Βουλιμία.....	13
2.1	<a href="#">Τι είναι η Ψυχογενής Βουλιμία?</a> .....	13
2.2	<a href="#">Τα αίτια</a> .....	14
2.3	<a href="#">Τα συμπτώματα</a> .....	14
2.4	<a href="#">Τύποι Ψυχογενούς Βουλιμίας &amp; Επεισόδια Υπερφαγίας</a> .....	16
2.5	<a href="#">Θεωρίες</a> .....	16
2.6	<a href="#">Κοινά Χαρακτηριστικά των Διατροφικών Διαταραχών</a> .....	17
3	Συναφείς Θεωρίες.....	18
3.1	<a href="#">Θεωρία Δεσμού</a> .....	18
3.1.1.	<a href="#">Θεωρία Δεσμού &amp; Διατροφικές Διαταραχές</a> .....	20
3.2	<a href="#">Θεωρία Διαγενεακών Οικογενειακών Σχέσεων</a> .....	21
3.1.1.	<a href="#">Θεωρία Διαγενεακών Οικογενειακών Σχέσεων &amp; Διατροφικές Διαταραχές</a> .....	20
3.3	<a href="#">Κοινά σημεία των δύο θεωριών</a> .....	24
4	Διατροφικές Διαταραχές & Οικογένεια.....	26
4.1	<a href="#">Χαρακτηριστικά Γονέων</a> .....	26
4.2	<a href="#">Οικογενειακό Περιβάλλον</a> .....	27
4.3	<a href="#">Λειτουργία Οικογένειας</a> .....	28
4.4	<a href="#">Η Ανορεκτική Οικογένεια</a> .....	29
4.5	<a href="#">Η Βουλιμική Οικογένεια</a> .....	29
4.6	<a href="#">Συνέπειες των διαταραχών στην Οικογένεια</a> .....	30
5	Πρακτικό Μέρος.....	32

5.1	<a href="#">Σκοπός της έρευνας</a>	32
5.2	<a href="#">Μεθοδολογία</a>	33
	5.2.1. <a href="#">Συμμετέχοντες</a>	33
	5.2.2. <a href="#">Ερευνητικά Εργαλεία</a>	35
5.3	<a href="#">Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων</a>	38
5.4	<a href="#">Ευρήματα</a>	39
	5.4.1. <a href="#">Μέσοι όροι του συνολικού δείγματος</a>	39
	5.4.2. <a href="#">Ενδοσυνάφειες μεταξύ των παραγόντων</a>	40
	5.4.3. <a href="#">Συνάφειες μεταξύ των ερωτηματολογίων</a>	42
	5.4.4. <a href="#">Επιδράσεις δημογραφικών παραγόντων : αναλύσεις διακύμανσης</a>	20
	5.4.5. <a href="#">Αναλύσεις Παλινδρόμησης</a>	44
5.5	<a href="#">Συμπεράσματα &amp; Περιορισμοί</a>	48
	5.5.1. <a href="#">Προτάσεις για μελλοντική έρευνα</a>	51
6	<a href="#">Αντιμετώπιση</a>	52
6.1	<a href="#">Μορφές Θεραπείας</a>	52
6.2	<a href="#">Αποτελεσματικότητα</a>	56
7	<a href="#">Επίλογος</a>	58
8	<a href="#">Βιβλιογραφία</a>	59
	<a href="#">Παράρτημα</a>	74

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Ανορεξία.....	10
Πίνακας 2.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Βουλιμία.....	15
Πίνακας 5.1 Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των συμμετεχόντων ως προς τη σχολή τους.....	33
Πίνακας 5.2. Κατανομή των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και του πατέρα.....	34
Πίνακας 5.3. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, μέγιστες και ελάχιστες τιμές και δείκτες αξιοπιστίας των παραγόντων του EDE_Q5.....	39
Πίνακας 5.4. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, μέγιστες και ελάχιστες τιμές και δείκτες αξιοπιστίας των παραγόντων του PAFS.....	40
Πίνακας 5.5. Ενδοσυνάφειες (Pearson r) μεταξύ των παραγόντων του Ερωτηματολογίου για την Διατροφικές Διαταραχές (EDE_Q).....	41
Πίνακας 5.6. Ενδοσυνάφειες (Pearson r) μεταξύ των παραγόντων του Ερωτηματολογίου Αρνητικών Πράξεων. ....	41
Πίνακας 5.7. Συνάφειες των παραγόντων του EDE_Q με του PAFS.....	42
Πίνακας 5.8. Μέσοι όροι των απαντήσεων των συμμετεχόντων στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Διαιτητικών Διαταραχών ως προς το φύλο.....	43
Πίνακας 5.9. Μέσοι όροι των απαντήσεων των συμμετεχόντων στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Οικογενειακών Σχέσεων ως προς το φύλο.....	44
Πίνακας 5.10 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη της ανησυχίας για το φαγητό από τις ανεξάρτητες (N=476 ).....	45
Πίνακας 5.11 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη της ανησυχίας για το σχήμα του σώματος του ατόμου από τις ανεξάρτητες (N= 476).....	45
Πίνακας 5.12 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (stepwise) για την στατιστική πρόβλεψη της Διαγενεακής Συγχώνευσης από τις ανεξάρτητες (N= 471).....	46
Πίνακας 5.13 Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (stepwise) για την στατιστική πρόβλεψη της Διαγενεακής Οικειότητας από τις ανεξάρτητες (N= 471).....	47

# Περίληψη

---

Το θέμα των διατροφικών διαταραχών έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Έχει προταθεί ότι τα διάφορα οικογενειακά δυναμικά , μπορεί να εμπλέκονται στην αιτιολογία της ανάπτυξης διαταραχών λήψης τροφής. Ωστόσο, ο ακριβής ρόλος των δυναμικών αυτών και των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη μίας οικογένειας, δεν είναι ξεκάθαρος, λόγω της έλλειψης ερευνών που να εξετάζουν τις παραμέτρους μέσω των οποίων, η αλληλεπίδραση μέσα στην οικογένεια επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες.

Παρότι η διεθνής βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια έχει διερευνήσει την σχέση ανάμεσα στις διαταραχές λήψης τροφής και τα οικογενειακά δυναμικά, στη χώρα μας η έρευνα γύρω από το συγκεκριμένο θέμα είναι πολύ περιορισμένη.

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των οικογενειακών δυναμικών και των διατροφικών συνηθειών. Κάτι τέτοιο θα βοηθούσε στην κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη μίας οικογένειας και τις διαταραχές λήψης τροφής, και θα ήταν χρήσιμο για την καλύτερη κατανόηση των ιδιαίτερων ζητημάτων που η κατηγορία αυτή των θεραπευόμενων μπορεί να εμφανίζει κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

**Λέξεις κλειδιά:** διατροφικές διαταραχές, διαγενεακές οικογενειακές σχέσεις, ανησυχία για βάρος, ανησυχία για σχήμα σώματος, αυτονομία, συγχώνευση

# Εισαγωγή

---

Στην εποχή μας, που έχει καταληφθεί από την έμμονη ιδέα της λεπτότητας, πολλές γυναίκες έχουν πρόβλημα με το σώμα τους. Η πλειονότητα των γυναικών με προβλήματα σιλουέτας περνάει απαρατήρητη. Πρόκειται για γυναίκες που, για να χάσουν το ένα περίσσιο κιλό που έβαλαν κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου, υποφέρουν από πείνα όλες τις άλλες μέρες. Κι έτσι λύνεται το πρόβλημα. Παράλληλα μ' αυτές, όμως, υπάρχουν γυναίκες έρμια της διατροφικής τους συμπεριφοράς, των οποίων η σκέψη είναι σχεδόν αδιάκοπα στραμμένη σ' αυτό το θέμα. Αυτές οι γυναίκες δεν καταφέρνουν να ελέγξουν συνειδητά πόσο τρώνε: η παρόρμηση να φάνε τις κυριεύει και βρίσκονται στο έλεος της.

Η ιστορία κάθε γυναίκας που υποφέρει από διατροφικές διαταραχές αποκαλύπτει ολοφάνερα ότι το σώμα αντιπροσωπεύει μόνο τον τελευταίο κρίκο, το τελικό αποτέλεσμα, θα λέγαμε, μιας μακριάς αλυσίδας συμπεριφορών και στάσεων που επηρεάζουν εναλλάξ η μία την άλλη.

Ανάλογα με τη διατροφική συμπεριφορά και το σώμα του ατόμου, οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την ανορεξία και τη βουλιμία. Αυτές οι κλινικές εικόνες παρουσιάζουν πολλά από τα τυπικά χαρακτηριστικά μιας μανίας: η λαίμαργη αναζήτηση ενός συγκεκριμένου στοιχείου, η μυστικότητα, μια κατάσταση ενθουσιασμού ή καλύτερα το θάμπωμα της λογικής, ακολουθούμενο από ένα απότομο ξύπνημα που συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής και ντροπής και από την απόφαση να αρχίσουμε από αύριο μια νέα ζωή, απόφαση που κατά κανόνα δεν τηρούμε. Η ανορεξία χαρακτηρίζεται από την εκούσια μείωση πρόσληψης τροφής που, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει σε μια κατάσταση θανατηφόρου αδυνατίσματος. Αντίθετα, μιλάμε για βουλιμία όταν υπάρχει μια άμετρη, παθολογική και ψυχικά εξαρτημένη ανάγκη να φάμε. Συνήθως, στο τέλος της κρίσης πείνας, ο βουλιμικός κάνει εμετό σχεδόν ό,τι έχει καταβροχθίσει και είναι επομένως ικανός να διατηρήσει πάνω κάτω το βάρος του (Γκεγκελ, 1994).

Τις διαταραχές αυτές και τη σχέση που έχουν με την οικογένεια θα μελετήσουμε διεξοδικότερα στη συνέχεια.

# 1. Ψυχογενής Ανορεξία

---

## 1.1 Τι είναι η Ψυχογενής Ανορεξία?

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) αποτελεί ένα ψυχοσωματικό σύνδρομο που συνίσταται σε οργανικά αίτια και ψυχολογικά συμπτώματα. Αποτελεί μία δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια που εμφανίζεται συχνότερα σε κορίτσια κατά την περίοδο της εφηβείας (Παπαδόπουλος, 2005). Στη ΨΑ συνυπάρχουν παθολογικές σκέψεις και συμπεριφορές σχετικά με το φαγητό και το βάρος, καθώς επίσης και συναισθήματα όσον αφορά την εμφάνιση, τον τρόπο διατροφής και το φαγητό. Αυτές οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές οδηγούν σε μεταβολές στη σύσταση και τη λειτουργικότητα του σώματος, οι οποίες αποτελούν άμεσο αποτέλεσμα της αστίας. Η θεραπεία της ΨΑ είναι πολύπλοκη και απαιτεί προσοχή σε ευρείες ψυχιατρικές, ιατρικές και διατροφικές πτυχές της ασθένειας (Young, Clapton, & Bleckley, 2004). Στις έφηβες, η ασθένεια επηρεάζει δραστικά τη σωματική, τη συναισθηματική και την κοινωνική ανάπτυξη (Lock & Le Grange, 2005).

Πιο αναλυτικά, η ΨΑ είναι μια σοβαρή ψυχιατρικής φύσης ασθένεια και θεωρείται πιο συνηθισμένη στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια. Αρχικά, οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνταν σχεδόν αποκλειστικές για τις γυναίκες, (Bruch, 1973), όμως νεότερες έρευνες δείχνουν ότι και στους άνδρες, το πρόβλημα είναι περισσότερο συνηθισμένο, από ό,τι αρχικά πιστευόταν (Boerner, Spillane, Andersonb & Smith, 2004). Σε μία πρόσφατη αναφορά στην βιβλιογραφία, ο Weltzin και οι συνεργάτες του (Weltzin, Weisensel, Franczyk, Burnett, Klitz, & Bean, 2005) ανέφεραν ότι οι άνδρες αποτελούσαν το 10% των όσων έπασχαν από ανορεξία ή βουλιμία, και το 25% όσων είχαν επεισόδια υπερφαγίας. Επιπλέον, μελέτες σε κλινικούς και γενικούς πληθυσμούς έχουν βρει ότι περίπου το 90% των ατόμων με ΨΑ είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε γυναίκες της ώριμης εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% έως 1%. Ο επιπολασμός είναι πολύ μεγαλύτερος για περιπτώσεις που δεν συμπληρώνουν τα πλήρη κριτήρια της διαταραχής (Μάνος, 1997).

Η μέση ηλικία έναρξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι τα 17. Σπάνια η διαταραχή αρχίζει μετά τα 40. Έχει σημασία ότι η έναρξη της διαταραχής συχνά συνδέεται με κάποιο στρεσογόνο γεγονός. Η πορεία της διαταραχής ποικίλλει. Μερικά άτομα αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα μοναδικό επεισόδιο, ορισμένα κερδίζουν βάρος και μετά υποτροπιάζουν και ορισμένα παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια. Σε πολλά άτομα μπορεί να χρειασθεί νοσηλεία και σ' αυτά τα άτομα που νοσηλεύονται η θνησιμότητα ξεπερνάει το 10%. Παράγοντες που υποδηλώνουν κακή πρόγνωση της διαταραχής είναι μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου,

προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες, φτωχή προνοσηρή προσαρμοστικότητα, παρουσία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας και κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις (Μάνος. 1997).

## 1.2 Τα αίτια

Τα αίτια της ΨΑ είναι άγνωστα. Οι περισσότεροι ερευνητές και κλινικοί συμφωνούν, ωστόσο, ότι η ΨΑ έχει πολλαπλούς καθοριστικούς παράγοντες οι οποίοι αναδύονται σε μια εξελικτική αλληλουχία.

Οι περισσότερες περιγραφές διαταραχών πρόσληψης τροφής δίνουν έμφαση στη δυσκολία του ατόμου να διαπραγματευτεί τις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας (Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan, Goldbloom, & Kennedy, 2001). Φαίνεται επίσης ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου, εξαρτώμενοι από τα οικογενειακά δυναμικά, οι οποίοι συνδέονται με την ΨΑ. Μεταξύ αυτών είναι τα πειράγματα των συνομηλίκων ή ενόχληση κατά τη συζήτηση των προβλημάτων. Επιπλέον έχει εντοπιστεί ένα φάσμα συνδεόμενων κινδύνων. Το γυναικείο φύλο σε συνδυασμό με το απιοειδές σχήμα σώματος και τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος έχει προσδιοριστεί ότι αποτελεί κίνδυνο (Lock et al. 2005). Τέλος, παράγοντες επικινδυνότητας για ΨΑ αποτελούν οι κοινωνικοί παράγοντες και η πίεση που δέχονται οι γυναίκες στο δυτικό κόσμο από το πρότυπο του αδύνατου σώματος ως το πιο επιθυμητό, η δίαιτα για απώλεια βάρους, κάποια άλλη ασθένεια, γενετικοί παράγοντες, χαμηλή αυτοπεποίθηση, νευρωτισμός, εμμονές, και η δυσαρέσκεια από την εικόνα σώματος (Wakeling, 1996· McLaren, Gauvina & Steiger, 2001· ).

## 1.3 Τα συμπτώματα

Η μεγάλη ελάττωση του βάρους συχνά συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ελαττωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Μπορεί, ακόμα, ν' αναπτυχθεί πλήρης Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή. Επειδή, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρούνται και σε άτομα με ασιτία (χωρίς να έχουν ΨΑ) , θα πρέπει η επανεκτίμηση για κατάθλιψη να γίνει όταν αποκατασταθεί το βάρος του ατόμου. Ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα, επίσης, είναι συχνά παρόντα, τα περισσότερα συνδεόμενα με τη λήψη τροφής. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι και αυτά μπορεί να προέρχονται από την ασιτία. Όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα, τα σωματικά σημεία και τις σωματικές διαταραχές που συνοδεύουν την ΨΑ, τα περισσότερα από αυτά οφείλονται στην ασιτία ή και στον προκλητό έμετο. Έτσι, εκτός από την αμηνόρροια, μπορεί να υπάρχουν δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, μη ανοχή του



κρύου, αδυναμία και λήθαργος. Φυσικά, το πιο φανερό σημείο είναι η απίσχνανση του ατόμου. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος, και υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, ιδιαίτερα της παρωτίδος. Άτομα που χρησιμοποιούν συχνά προκλητό έμετο μπορεί να παρουσιάζουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών τους. (Μάνος, 1997) Τα διαγνωστικά κριτήρια για την ανορεξία, σύμφωνα με το DSM-IV (1994) παρουσιάζονται στον πίνακα 1.1

Α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος άνω από το ελάχιστο φυσιολογική βάρος για την ηλικία και του ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.
Β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάπως λεπτό. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.
Δ. Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσίων, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων.
Προσδιοριστές:
Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν είχε εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης.
Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης.

Πίνακας 1.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Ανορεξία

## 1.4 Τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας:

- i. Περιοριστικός Τύπος χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.
- ii. Τύπος Υπερφαγίας / Κάθαρσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητό έμετο, καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει ν' αδυνατίζει με κάποια δίαιτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι «πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ». Όταν, τελικά, το άτομο έρθει στο γιατρό (συνήθως με πίεση από την οικογένειά του) η απώλεια βάρους είναι μεγάλη. (Μάνος, 1997)

Η εισαγωγή των δύο αυτών τύπων, διαφέρει από παλαιότερες περιγραφές της ανορεξίας, όπου η διάκριση από την ψυχογενή βουλιμία γίνονταν με βασικό κριτήριο την παρουσία επεισοδίων υπερφαγίας (Garner & Myerholtz, 1998).

## 1.5 Θεωρίες

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της ΨΑ.

- i. Ψυχολογικές θεωρίες: προτείνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία / φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα.
- ii. Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες (όπου οι Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να είναι πολύ πιο συχνή) στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος.
- iii. Μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν δείξει τη γενετική / κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς

συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν τη διαταραχή (όπως, επίσης, είναι πιο συχνές και οι Διαταραχές της Διάθεσης, ιδιαίτερα σε συγγενείς ατόμων με τον Τύπο Υπερφαγίας / Κάθαρσης ) και ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν τη διαταραχή απ' ό τι οι διζυγώτες.

- iv. Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση ). Φαίνεται ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης (Μάνος, 1997).



## 2. Ψυχογενής Βουλιμία

---

« Γιατί τρώω ακαταλόγιστα ακόμα και όταν δεν πεινάω? » Αυτή είναι η ερώτηση που θέτουν συχνά στον εαυτό τους τα βουλιμικά άτομα, νιώθοντας έπειτα άγχος και τρομακτικές ενοχές επειδή ξέρουν καλά πως οι κρίσεις λαιμαργίας έχουν ελάχιστη σχέση με μια πραγματική ανάγκη διατροφής. Η εξάρτηση, όμως, από το φαγητό δεν είναι μια συμπεριφορά που αφορά αποκλειστικά το σώμα. Αντίθετα, είναι ένας τρόπος αναφοράς που αποκαλύπτει πολλές, ελάχιστα ορατές, πλευρές της προσωπικότητας του καθενός μας. Η βουλιμική γυναίκα αποζητά υπερβολικά την αποδοχή των άλλων. Υπάρχει όμως ο μόνιμος κίνδυνος να χαθεί αυτή η αποδοχή, που προσεγγίζεται κοπιαστικά, αν αφεθούμε στην «αληθινή φύση» μας. Επομένως, όσο πιο αρνητική είναι η κρίση για τον εαυτό μας, τόσο περισσότερο αναζητούμε τη γενική επιδοκιμασία, με την ελπίδα ότι «οι άλλοι» δεν θα ανακαλύψουν τη μαύρη τρύπα που υπάρχει από κάτω, και η πραγματική ή υποτιθέμενη ανεπάρκεια... « Πώς είναι δυνατόν να έχω μία κρίση “ψεύτικης” πείνας και μισή ώρα αργότερα να τρέχω να απελευθερωθώ από τις ενοχές της λαιμαργίας μου κάνοντας εμετό? » αναρωτιέται μια βουλιμική. « Τι κρύβεται πίσω απ’ αυτή την παράλογη συμπεριφορά? » Για μια ακόμα φορά δρα η ανάγκη να διατηρήσει τα πάντα κάτω από έλεγχο, ξαναφέροντας την κατάσταση στο σημείο «μηδέν», δηλαδή πριν από το «έγκλημα» της κατανάλωσης του φαγητού (Γκεγκελ, 1994).

### 2.1 Τι είναι η Ψυχογενής Βουλιμία?

Πρόκειται για διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα έντονη όρεξη που οδηγεί το άτομο στο να καταναλώνει μεγάλη ποσότητα τροφής. Στο σύνδρομο αυτό η πείνα είναι συνεχής και το άτομο είναι ικανό να καταβροχθίσει τη τροφή δίχως καν να τη μασήσει σωστά και συχνά καταλήγει στο να την αποβάλει με εμετό. Μία κρίση βουλιμίας συχνά ακολουθείται από συναίσθημα κατάθλιψης, αυτό-υποτίμησης και ενοχής (Παπαδόπουλος, 2005).

Με τον όρο λοιπόν Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ) εννοούμε επαναλαμβανόμενα επεισόδια έντονης επιθυμίας για τροφή. Ένα επεισόδιο βουλιμίας συνεπάγεται ταχεία κατανάλωση δυσανάλογα μεγάλης ποσότητας τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα, και συνοδεύεται από ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου κατά τη διαδικασία πρόσληψης τροφής, αλλά και καταθλιπτική διάθεση και σκέψεις αυτομομφής στο τέλος. Τα βουλιμικά επεισόδια μπορεί να ενσκήπτουν μερικές φορές τη μέρα έως λίγες φορές το μήνα (Fairburn, Cooper, Bohna, O’Connor, Dolla, & Palmer, 2007).

Η Βουλιμία, όπως και η Ανορεξία, εμφανίζονται συχνά στις νέες και έφηβες κοπέλες (Hoek, 2006). Υπολογίζεται ότι πάνω από 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Σε μία ανασκόπηση

της βιβλιογραφίας, οι Hoek και Van Hoeken (2003) υπολόγισαν την συχνότητα εμφάνισης για την βουλιμία στο 1%, στις νέες γυναίκες. Στην Ελλάδα, σε μία έρευνα με έφηβες κοπέλες στην Βέροια, η συχνότητα εμφάνισης βουλιμίας βρέθηκε να είναι 0,59% (Fichter, Quadflieg, Georgoroulou, Xerapadakis & Fthenakis, 2005). Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών που πάσχουν από Βουλιμία είναι 16,5 με 20,9 χρονών (Stice, 1994). Όμως, οι αριθμοί αυτοί αφορούν μόνο τις διαγνωσμένες περιπτώσεις καθώς είναι ευρέως γνωστό ότι υπάρχουν πάρα πολλές περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει διάγνωση. (Fairburn & Beglin, 1990)

## 2.2 Τα αίτια

Η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Σε πολλές πάντως περιπτώσεις ενευρίσκεται πιο σφαιρική ψυχοπαθολογία π.χ. κάποια διαταραχή της προσωπικότητας (Μάνος, 1997).

Μέσα από την έρευνά της Duemm και των συνεργατών της (2003) φάνηκε η σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στην έντονη επιθυμία κάποιων ανθρώπων να είναι κοινωνικά αποδεκτοί και στη ΨΒ. Η ιδιαίτερη έμφαση που δίνουν τα άτομα αυτά στο να είναι κοινωνικά αποδεκτά αυξάνουν τη πιθανότητα να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα (Shepherd & Ricciardelli, 1998). Επίσης, άτομα που βασίζονται στους άλλους για να κερδίσουν την αποδοχή παρουσιάζουν αυξημένη επικινδυνότητα να εκδηλώσουν κάποιο σύμπτωμα ΨΒ ακόμα και αν δεν εσωτερικεύουν τη κοινωνικά αποδεκτή εικόνα του αδύνατου σώματος, ούτε βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Έτσι, ο φόβος της κοινωνικής απόρριψης, ο οποίος με τη σειρά του οδηγεί στην αποφυγή καταστάσεων που μπορούν να οδηγήσουν στην απόρριψη, μπορεί να αποτελέσει μία πιθανή αιτία εμφάνισης ΨΒ (Duemm et al, 2003). Επιπλέον, άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας είναι η ύπαρξη κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, κάποιος φίλος που βρίσκεται σε δίαιτα τον τελευταίο χρόνο, η επιθυμία να χάσει κανείς βάρος, τα συναισθηματικά προβλήματα, καθώς και το να βρίσκεται το ίδιο το άτομο σε δίαιτα τον τελευταίο χρόνο (Rojo, Livianos, Conesa, Garcia, Dominguez, Rodrigo, Sanjuan, & Vila, 2002)

## 2.3 Τα συμπτώματα

Στην Ψυχογενή Βουλιμία τα βουλιμικά επεισόδια αποτελούν το κυρίαρχο χαρακτηριστικό, συμβαίνουν συνήθως τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, και το άτομο συχνά αναγκάζεται να καταφύγει σε κάποιες επανορθωτικές συμπεριφορές, για να αποφύγει να πάρει βάρος, όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών, οι επίπονες δίαιτες ή νηστείες, ή οι υπερβολική σωματική άσκηση. Τα άτομα με ΨΒ ανησυχούν και ασχολούνται ιδιαίτερα με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, σε τέτοιο σημείο, ώστε αυτά τα στοιχεία να παίζουν

κυριαρχικό ρόλο στον προσδιορισμό της συνολικής τους αυτοεκτίμησης. Το βάρος των ατόμων αυτών είναι κατά κανόνα φυσιολογικό (Fairburn, 1988).

Ο προκλητός έμετος χρησιμοποιείται από το 80%-90% των βουλιμικών ατόμων για ν' αποφευχθεί η αύξηση του βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής και ν' ανακουφισθεί ο κοιλιακός πόνος που προέρχεται από την υπερφαγία.. Είναι συνηθισμένες οι διακυμάνσεις του βάρους των βουλιμικών που οφείλονται σε εναλλασσόμενες περιόδους υπερφαγίας και νηστείας. Συχνά η υπεραπασχόληση με το βάρος ή τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και προκλητού εμέτου δημιουργούν κοινωνικά ή επαγγελματικά προβλήματα. Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό βάρος. Υπάρχουν ενδείξεις, ότι πριν από την έναρξη της διαταραχής ίσως έχουν περισσότερο βάρος απ' ότι τα συνομήλικά τους (Μάνος, 1997). Επίσης, στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση), όπως και Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και Δυσθυμικής Διαταραχής, που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της διαταραχής. Επίσης, υπάρχει αυξημένη συχνότητα αγχωδών συμπτωμάτων.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή βουλιμία κατά DSM-IV (1994), παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1.

<b>A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (<i>binge eating</i>). Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα:</b>
1. λήψη τροφής σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ μέσα σε χρονικό διάστημα ωρών). Η ποσότητα τροφής είναι μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να φάνε μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
2. αίσθηση έλλειψης ελέγχου στο φαγητό κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π,χ αίσθημα πως δεν μπορεί το άτομο να σταματήσει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).
<b>B. Αντιρρόπηση της παχυντικής επίδρασης της τροφής με αυτοπροκαλούμενους εμετούς, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων</b>
<b>Γ. Η υπερφαγία καθώς και οι αντιρροπιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες</b>
<b>Δ. Η αυτοαξιολόγηση του ατόμου επηρεάζεται υπέρμετρα από το βάρος και το σχήμα του σώματός του</b>
<b>Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Νευρικής Ανορεξίας</b>
<b>Προσδιοριστές:</b>
<b>Τύπος Κάθαρσης:</b> κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά στην πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση διουρητικών, καθαρτικών ή ενεμάτων.
<b>Τύπος Μη Κάθαρσης:</b> κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία, ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά στην πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση διουρητικών, καθαρτικών ή ενεμάτων.

Πίνακας 2.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Ψυχογενή Βουλιμία

## 2.4 Τύποι Ψυχογενούς Βουλιμίας & Επεισόδια Υπερφαγίας

Σύμφωνα με το DSM-IV (1994) η ψυχογενής βουλιμία διακρίνεται σε δύο τύπους, ανάλογα με το είδος αντισταθμιστικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται:

- i. Κάθαρσης, όπου το γεύμα αποβάλλεται
- ii. Μη Κάθαρσης, όπου χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι ελέγχου του βάρους, όπως αυστηρές δίαιτες, ή υπερβολική άσκηση.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του ώστε να σταματήσει να τρώει, η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων όπως πρόκληση εμέτου, καθαρικών, διουρητικών, ενεμάτων, νηστείας, υπερβολικής άσκησης για να μην πάρει βάρος και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα π.χ. παγωτά, κέικ, κουλουράκια κτλ. Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα ντρέπονται για τη συμπεριφορά τους και προσπαθούν να κρύψουν τα επεισόδια υπερφαγίας. Τα επεισόδια αυτά συνήθως εκλύονται από δυσφορικές καταστάσεις, από διαπροσωπικά προβλήματα, από έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή από αρνητικά αισθήματα για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος. Κατά τα επεισόδια υπερφαγίας το άτομο συνήθως τρώει κρυφά και δεν σταματά παρά μόνον όταν πονέσει η κοιλιά του ή πέσει στον ύπνο ή κάποιος το διακόψει ή προκαλέσει έμετο (Μάνος, 1997).

## 2.5 Θεωρίες

- i. Ψυχοδυναμικές θεωρίες προτείνουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στη μνήμη ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν (έλλειψη σταθερότητας του αντικειμένου).
- ii. Μελέτες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της Διάθεσης και Διαταραχών Σχετιζόμενων Με Ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με τη διαταραχή.
- iii. Οποσδήποτε κάποιο ρόλο στη διαταραχή φαίνεται να παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές.

## 2.6 Κοινά Χαρακτηριστικά των Διατροφικών Διαταραχών

Η ανορεξία και η βουλιμία, μοιράζονται πολλά κοινά γνωστικά, ψυχολογικά, κλινικά και συμπεριφορικά συμπτώματα (Garner & Myerholtz, 1998). Ένα κεντρικό χαρακτηριστικό τους είναι η επίμονη και υπερβολική ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος, που σήμερα αποτελεί και διαγνωστικό κριτήριο για τις διαταραχές αυτές. Βασικός αιτιολογικός παράγοντας, για την δυσaréσκεια με το σώμα θεωρείται η αδυναμία των γυναικών να αντεπεξέλθουν στα σύγχρονα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλουν το αδύνατο σώμα ως ιδανικό (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986).

Έτσι λοιπόν μπορούμε να δούμε πολλούς ασθενείς να περνάνε από την μία διαγνωστική κατηγορία στην άλλη, αν και είναι περισσότερο συνηθισμένο το πέρασμα από την ανορεξία σε συμπεριφορές υπερφαγίας και κάθαρσης (Garner & Myerholtz, 1998). Τα επεισόδια υπερφαγίας είναι η τυπική συμπεριφορά της βουλιμίας, όμως παρατηρούνται και στην ανορεξία. Ομοίως, η νηστεία – το προεξάρχον χαρακτηριστικό της ανορεξίας – μπορεί να εμφανιστεί και σε βουλιμικά άτομα.

Στα κεφάλαια που προηγήθηκαν περιγράψαμε τις δύο κυριότερες διατροφικές διαταραχές, την Ανορεξία και τη Βουλιμία. Στο κεφάλαιο που θα ακολουθήσει θα παρουσιάσουμε το θεωρητικό πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας που στηρίζεται στη θεωρία Διαγενεακών Οικογενειακών Σχέσεων (Intergenerational Family Theory) και τη Θεωρία Δεσμού.





# 3 Συναφείς Θεωρίες

---

## 3.1 Θεωρία Δεσμού

Η θεωρία δεσμού εστιάζει στο πώς οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις βρέφους-τροφού είναι αποφασιστικές για τον τρόπο ρύθμισης του συναισθήματος. Ο Bowlby (1969,1980), αντιλήφθηκε την αναζήτηση εγγύτητας, ως τον βασικό τρόπο αντίδρασης στην απειλή. Αντίθετα με το μοντέλο της αντίδρασης μάχης–φυγής, η θεωρία δεσμού, μεταφέρει το κέντρο βάρους για τους μηχανισμούς ρύθμισης του στρες, στις διαπροσωπικές εμπειρίες. Προσφέρει, με τον τρόπο αυτό, ένα πλαίσιο εξήγησης των διατομικών διαφορών στην ανάπτυξη της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με την θεωρία δεσμού, οι άνθρωποι, από την στιγμή που γεννιούνται, αναζητούν την επαφή με σημαντικούς άλλους. Η τάση αυτή, γίνεται ιδιαίτερα έντονη σε απειλητικές καταστάσεις, και εκφράζεται μέσω της συμπεριφοράς του βρέφους, με κλάμα, ανησυχία, και αναζήτηση βλεμματικής επαφής με το άτομο που το φροντίζει.

Αν η ανταπόκριση που δέχεται το βρέφος είναι σταθερή και αξιόπιστη, τότε η σχέση του με αυτόν που το φροντίζει, θα αποτελεί σημείο από το οποίο αντλείται το αίσθημα της ασφάλειας. Αν, όμως, η ανταπόκριση από σημαντικούς άλλους, δεν είναι ικανή να καλύψει τις ανάγκες του, η αποτυχία αυτή, γίνεται μάθηση, και σιγά-σιγά, οργανώνεται ως ανασφαλής δεσμός.

Καθώς το βρέφος ωριμάζει γνωστικά, οι πρώτες διαπροσωπικές εμπειρίες, εσωτερικοποιούνται, ως αναπαραστάσεις προσδοκιών, που περιγράφουν την διαθεσιμότητα του άλλου, και την ικανότητα του βρέφους να εγείρει την επιθυμητή συμπεριφορά (Bowlby, 1988). Το μοντέλο για τον εαυτό, αντιπροσωπεύει τις αντιλήψεις για το κατά πόσο είναι κανείς ικανός να αγαπηθεί, και κατέχει προσωπική αξία. Το μοντέλο για τους άλλους, αφορά το κατά πόσο οι άλλοι αναμένονται να είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι και να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ατόμου (Bartholomew & Horowitz 1991).

Η Bartholomew (1990), πρότεινε ότι οι τύποι δεσμού μπορούν να περιγραφούν με βάση δύο διαστάσεις: το *άγχος* και την *αποφυγή*:

- i. Άγχος · αντιστοιχεί στην υπερβολική ανησυχία για απόρριψη. Σε άτομα με υψηλό άγχος, οι στρεσογόνες καταστάσεις οξύνουν το φόβο της ενδεχόμενης απόρριψης, και οδηγούν σε στάσεις και συμπεριφορές που στόχο έχουν την πρόκληση φροντίδας από τους άλλους.

- ii. Αποφυγή ` αναφέρεται στον φόβο της εγγύτητας και στο δισταγμό να έρθει κανείς πολύ κοντά στον άλλο. Άτομα με υψηλή αποφυγή, αντιδρούν στο στρες με την απώθηση πληροφοριών και συναισθημάτων, που σχετίζονται με την απειλή, επειδή εγείρουν την ανάγκη για ανεύρεση ασφάλειας (Bowlby, 1980)

Το θετικό μοντέλο εαυτού, αφορά το κατά πόσο το άτομο έχει εσωτερικοποιήσει το αίσθημα της προσωπικής του αξίας, και αντικατοπτρίζει το βαθμό που βιώνει άγχος σε μία σχέση.

Το θετικό μοντέλο άλλου, αφορά το κατά πόσο οι άλλοι γίνονται αντιληπτοί ως διαθέσιμοι, και πιθανόν να παρέχουν στήριξη, και συσχετίζεται με τον βαθμό που κάποιος αναζητάει την εγγύτητα σε μια συντροφική-ερωτική σχέση.

Ο *ασφαλής τύπος* χαρακτηρίζεται από θετικό μοντέλο εαυτού και θετικό μοντέλο άλλου. Τα άτομα που ανήκουν σ' αυτόν τον τύπο πιστεύουν ότι έχουν αξία, και ότι οι άλλοι θα είναι πρόθυμοι να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους.

Ο *αγχώδης τύπος* έχει αρνητικό μοντέλο εαυτού και θετικό για τους άλλους. Άτομα που ανήκουν σ' αυτόν τον τύπο πιστεύουν ότι δεν αξίζουν, και στρέφονται προς τους άλλους για επιβεβαίωση.

Τα *φοβικά άτομα* με αρνητικό μοντέλο για τον εαυτό και τους άλλους, χαρακτηρίζονται από την επιθυμία για αποδοχή, όμως αναστέλλονται από το φόβο της απόρριψης.

Τέλος, τα *απορριπτικά άτομα* χαρακτηρίζονται από θετικό μοντέλο εαυτού, και αρνητικό μοντέλο για τους άλλους. Άτομα αυτού του τύπου, έχουν το αίσθημα της αυτό-αξίας, αλλά αρνούνται την ανάγκη για στενές σχέσεις.

Η μορφή του δεσμού που δημιουργεί ένα άτομο επηρεάζει τη μετέπειτα ανάπτυξή του λόγω των εσωτερικών αναπαραστάσεων που σχηματίζει το άτομο τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους. (Main, Kaplan & Cassidy, 1985) Μέχρι την ηλικία των πέντε χρόνων τα παιδιά τυπικά έχουν εσωτερικεύσει τις εμπειρίες προσκόλλησής τους δημιουργώντας έτσι δύο πιθανές εσωτερικευμένες εικόνες ` από τη μία πλευρά το αν η φιγούρα προσκόλλησης ανταποκρινόταν άμεσα στις ανάγκες του και το φρόντιζε, και από την άλλη το κατά πόσο θεωρεί το ίδιο το άτομο αξίζει την αγάπη και τη φροντίδα των άλλων. (Bowlby, 1988) Άτομα με ασφαλή προσκόλληση προβλέπεται να έχουν πετυχημένες προσωπικές σχέσεις, αυτοπεποίθηση, αυτονομία και γενικά υγιή λειτουργικότητα (Thompson, 1999) σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν αναπτύξει ανασφαλή προσκόλληση, τα οποία έχουν αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών διαταραχών. (Dozier, Storall, & Albus, 1999)

### 3.1.1 Θεωρία Δεσμού & Διατροφικές Διαταραχές

Η φύση και η ποιότητα του δεσμού που δημιουργείται ανάμεσα σε ένα βρέφος και τη μητέρα του κατά τον πρώτο χρόνο ζωής του σχετίζεται τόσο με τη μέχρι τότε αλληλεπίδρασή τους όσο και με τις διάφορες φάσεις ανάπτυξης του βρέφους. Το πώς συμπεριφέρεται το βρέφος στη μητέρα του έχει άμεση σχέση με τη συμπεριφορά του προς το περιβάλλον του και έχει μία συνέχεια στα επόμενα στάδια εξέλιξής του ανεξάρτητα από τις αλλαγές που έρχονται με την ανάπτυξη (Ainsworth, 1979, 1989). Τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν σύμφωνα με έρευνα των Bernstein και Greenberg (1991) και υψηλά επίπεδα εξάρτησης από τους άλλους. Το σύστημα δεσμού, το οποίο οδηγεί ένα άτομα να αποκτήσει οικειότητα και να έρθει πιο κοντά σε μία φιγούρα προσκόλλησης ώστε να αποκτήσει μία αίσθηση ασφάλειας και προστασίας (Bowlby, 1982, 1973) έχει συνδεθεί και με τις διατροφικές διαταραχές. Άτομα με ασφαλή προσκόλληση προβλέπεται να έχουν πετυχημένες προσωπικές σχέσεις, αυτοπεποίθηση, αυτονομία και γενικά υγιή λειτουργικότητα (Thompson, 1999) σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν αναπτύξει ανασφαλή προσκόλληση, τα οποία έχουν αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών διαταραχών. (Dozier, Storall & Albus, 1999).

Σύμφωνα με έρευνα του Troisi (2005) και των συνεργατών του έγινε φανερό ότι σε γυναίκες με διάγνωση νευρικής ανορεξίας ή νευρικής βουλιμίας, η έκφραση δυσαρέσκειας για το σώμα τους βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τον ανασφαλή τύπο δεσμού και το άγχος αποχωρισμού. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία και με άλλες έρευνες που έδειξαν ότι ο ανασφαλής τύπος δεσμού αποτελεί έναν από τους παράγοντες που ευθύνονται για τη δυσαρέσκεια που εκφράζεται για το σώμα (Gowers & Shore, 2001· Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005· Tasca, Ritchie, Conrad, Balfour, Gayton, Lybanon, & Bissada, 2006) καθώς μπορεί να σχετίζεται με την χαμηλή αίσθηση αξίας για τον εαυτό και τις υψηλές προσδοκίες ότι θα απορριφθούν από τους άλλους. Αυτές οι ιδέες κάνουν τα συγκεκριμένα άτομα ευάλωτα στο να κερδίσουν την αποδοχή των άλλων και υπερευαίσθητα στα μηνύματα που μεταφέρει η κοινωνία για την εξωτερική εμφάνιση (Gowers & Shore, 2001· Sharpe, Killen, Bryson, Shisslak, Estes, Grey, Crage, & Taylor, 1997).

Όπως προαναφέραμε, τα υψηλά επίπεδα άγχους αποχωρισμού και ο ανασφαλής τύπος δεσμού αποτελούν κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ γυναικών με Ανορεξία και Βουλιμία (Ward, Ramsay, & Treasure, 2000a· Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, & Treasure 2000b· Ward, Ramsay, Tumbull, Steele, Steele, & Treasure, 2001· Troisi, Massaroni, & Cuzzolaro, 2005). Πιο συγκεκριμένα, ο ανασφαλής τύπος δεσμού έχει σχετιστεί άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007· Broberg, Hjalms, & Nevonen, 2001). Μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής έχουν άτομα με ανασφαλή – αγχώδη/εμμονής τύπο δεσμού συγκριτικά με τον αποφευκτικό τύπο κι αυτό γίνεται κατανοητό αν σκεφτούμε ότι ο

αγχώδης/εμμονής τύπος έχει μία αυξημένη ανάγκη να γίνεται αποδεκτός από τους άλλους, οπότε είναι πολύ πιθανό να κάνει προσπάθειες να αποκτήσει ή/και να διατηρήσει την κοινωνικά αποδεκτή και επιθυμητή εικόνα σώματος μέσω του ελέγχου της ποσότητας του φαγητού που καταναλώνει. Αντίθετα, ο αποφευκτικός τύπος θέλει να κρατάει αποστάσεις από τους άλλους γι' αυτό και είναι λιγότερο πιθανό να προσπαθήσει να ακολουθήσει τα κοινωνικά πρότυπα προκειμένου να γίνει αρεστός. (Saltzman, 1997· Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Nanni, *Di Pasquale*, & *Siracusano*, 2006)

## 3.2 Θεωρία Διαγενεακών Οικογενειακών Σχέσεων

Η Θεωρία των Οικογενειακών Συστημάτων επικεντρώνεται στην αλληλένδετη φύση των εσωτερικών στοιχείων ενός συστήματος και πώς ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή φαινόμενο έχει υποστηριχθεί από τα άλλα στοιχεία του συστήματος. Στη συγκεκριμένη θεωρία έμφαση δίνεται στη σπουδαιότητα της πατρικής οικογένειας, στην κατανόηση τόσο των προσωπικών δυσκολιών όσο και των δυσκολιών που δημιουργούνται στις σχέσεις.

Βασικά στοιχεία της θεωρίας αποτελούν:

**i.** Διαφοροποίηση (differentiation): διαδικασία που δημιουργείται τόσο στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου όσο και έξω απ' αυτόν. Η διαδικασία που γίνεται μέσα στο άτομο αποδεικνύεται από τις σημαντικές αποφάσεις που παίρνει το άτομο και είναι έτοιμο να ζήσει με τις συνέπειες των αποφάσεων αυτών. Η διαφοροποίηση δίνει έμφαση στη διάκριση μεταξύ των συναισθηματικών και διανοητικών διεργασιών και την ικανότητα ενός ατόμου να διαχωριστεί και να ταιριάζει την ατομικότητά και τη συντροφικότητα μέσα σε μία σχέση

**ii.** Συγχώνευση (fusion): αποτελεί το βαθμό στον οποίο υπάρχει σύμπνοια μεταξύ των μελών της οικογένειας. Τα μέλη αυτών των οικογενειών έχουν τη τάση να σκέφτονται, να νιώθουν και συχνά να απαντούν ο ένας για τον άλλο. Οι συγχωνευμένες σχέσεις (fused relationships) χαρακτηρίζονται από ασαφή όρια μεταξύ δύο ατόμων έτσι ώστε να αντιδρούν υπερβολικά ο ένας προς τον άλλον. Σ' αυτές τις συνθήκες η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται λογικά ως προς τις διάφορες καταστάσεις μπλοκάρεται καθώς η νόησή του έχει κατακλυστεί από τις συναισθηματικές του ανάγκες. Το άτομο ξοδεύει τόση ενέργεια για να κερδίσει την αγάπη και την αποδοχή των άλλων ώστε δε του μένει καθόλου για την επίτευξη των προσωπικών του στόχων (Perosa et al, 2006).

**iii.** Τριγωνοποίηση (triangulation): είναι ένας μηχανισμός που χρησιμοποιείται από εκείνα τα μέλη μία οικογένειας που έχουν χαμηλά επίπεδα συτοδιαφοροποίησης, για να μειώσουν το άγχος όταν έρχονται αντιμέτωπα με δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις. Η διαδικασία της τριγωνοποίησης ξεκινάει όταν είτε το ένα ή και τα δύο μέλη μίας δυάδας φέρνουν ένα τρίτο

άτομο να τα βοηθήσει να μειώσουν την ένταση που αρχίζει να υπάρχει ανάμεσά τους. Η διαδικασία της τριγωνοποίησης μπορεί να πάρει διάφορες μορφές:

✓ τη μορφή τη αποδιοπομπαίου τράγου ` προκύπτει όταν συναισθηματική ένταση ή αρνητικές καταστάσεις που περνάνε οι γονείς ξεσπάνε πάνω στο παιδί. Οι γονείς δε μπορούν να διαχειριστούν τη μοναξιά που νιώθουν όταν ο ένας από τους δύο προσπαθεί να διαχωριστεί από το σύστημα και να ενεργήσει αυτόνομα. Τότε, αντί να εκφράσουν ευθέως το άγχος και το θυμό τους ξεσπάνε πάνω στο παιδί του - που γίνεται έτσι ο αποδιοπομπαίος τράγος – ή χαρακτηρίζουν το παιδί τους ως αδύναμο ή άρρωστο και συγκεντρώνουν όλη τους την ενέργεια για να το προστατέψουν. Το παιδί όμως που μπαίνει σ' αυτό το ρόλο άθελά του αντιδρά με θυμό, απομακρύνεται συναισθηματικά από το σύστημα της οικογένειας ή γίνεται καταθλιπτικό ` χάνει τη συναισθηματική σταθερότητα και τη θετική εικόνα για τον εαυτό του, στοιχεία που είναι απαραίτητα για να μπορέσει να εξερευνήσει τις προσωπικές του αξίες και στόχους με ωριμότητα.

✓ η συμμαχία παιδιού γονέα ` εδώ το παιδί μπορεί να εμπλέκεται υπερβολικά με τον ένα γονέα και να κάνει συμμαχίες εναντίον στον πιο απόμακρο σ' αυτό γονέα. Το παιδί δε μπορεί να βγει απ' αυτό το υποσύστημα γιατί έχει την ανάγκη να ρυθμίσει τη συναισθηματική απόσταση ανάμεσα στους «αντίπαλους» γονείς ή γιατί νιώθει ενοχές όταν αφήνει τον «κοντινό» γονέα μόνο.

✓ συμμαχία γονέα – παιδιού ` σ' αυτή τη περίπτωση ο κάθε γονέας απαιτεί από το παιδί να πάρει το μέρος του εναντίον στον άλλο γονέα. Εδώ το παιδί βρίσκεται στη μέση της διαμάχης των γονέων του και είναι πιθανό να φοβάται να πάρει το μέρος ενός από τους δύο αφού η δέσμευση με τον ένα γονέα θα θεωρηθεί προδοσία από τον άλλο. Όπως γίνεται λοιπόν φανερό όταν μία οικογένεια χαρακτηρίζεται είτε από συγχωνευμένες σχέσεις, είτε από τριγωνοποίηση τα μέλη της και ιδιαίτερα τα παιδιά δε μπορούν να λειτουργήσουν αυτόνομα ( Perosa, Perosa, & Tam, 2002).

**iv.** Εξατομίκευση/ Ατομικότητα (individuation): η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στις σχέσεις του χωρίς να ελέγχεται απ' αυτές ή να αναλαμβάνει ασυνήθιστα μεγάλες ευθύνες για τους άλλους

**v.** Οικειότητα (intimacy): εγγύτητα με κάποιο άλλο άτομο με σαφή όρια και δυνατότητα επιλογής. Έτσι λοιπόν ένας άνθρωπος επιλέγει με ποιον θα συνδεθεί συναισθηματικά και θα αναπτύξει οικειότητα, αγάπη, εμπιστοσύνη και δέσμευση, καθώς επίσης και αμοιβαίο σεβασμό, ενώ παράλληλα θα διατηρεί και την ατομικότητά του (Kok – Mun Ng & Smith, 2006).

Η διαδικασία επίλυσης τόσο των παλαιών όσο και των τωρινών δυσκολιών με τους γονείς απαιτεί από το άτομο να αρχίσει να βλέπει τους γονείς ως ανθρώπους που δεν είναι απόλυτα καλοί, ούτε απόλυτα κακοί. Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά όταν ενηλικιωθούν κερδίζουν τη

κατανόηση των εμπειριών ζωής των γονέων και της οικογένειας στην οποία μεγάλωσαν (Framo, 1976· Bray, Williamson, & Malone, 1986).

Το άτομο που έχει κερδίσει προσωπική εξουσία μέσα στο σύστημα της οικογένειας αποκτά την ικανότητα να κατευθύνει τις δικές του σκέψεις και τα δικά του συναισθήματα και να επιλέξει το αν θα τα εκφράσει ή όχι, η κρίση του γίνεται σεβαστή και έχει την ωριμότητα να αναγνωρίσει και να δεχτεί τις συνέπειες της συμπεριφοράς του, έχει την ικανότητα να διαλέξει το αν θα συνδεθεί με κάποιο άλλο άτομο καθώς επίσης και να φύγει από μία σχέση αν αυτό επιθυμεί, γεγονός που απαιτεί το άνοιγμα των προσωπικών ορίων του ατόμου αλλά ταυτόχρονα και σεβασμό στα όρια των άλλων (Reid & Anderson, 1992).

Σύμφωνα τώρα με το μοντέλο της προσωπικής εξουσίας μέσα στο σύστημα της οικογένειας (Personal Authority in the Family System – PAFS) οι λειτουργικές οικογενειακές σχέσεις είναι απαραίτητες για το νέο ενήλικα ώστε να αναπτύξει μία ολοκληρωμένη και διαφοροποιημένη προσωπικότητα αλλά και να δημιουργήσει υγιή σχέση με τους άλλους. Είναι απαραίτητο λοιπόν στην οικογένεια να υπάρχει ανοιχτός διάλογος (Grotevant & Cooper, 1985), έκφραση και επίλυση συγκρούσεων σαφή όρια και απουσία συμμαχιών μεταξύ γονέων και παιδιών μέσα στην οικογένεια (Perosa, Perosa, & Tam, 1996) ώστε οι έφηβοι να επιτύχουν τη δημιουργία μία ώριμης ταυτότητας.

### **3.2.1 Θεωρία Διαγενεακών Οικογενειακών Σχέσεων & Διατροφικές Διαταραχές**

Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με την εμφάνιση διάφορων μορφών ψυχοπαθολογίας είτε άμεσα, είτε έμμεσα. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι κοινές ανάμεσα στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει πολλούς ειδικούς να υποστηρίξουν ότι το άγχος είναι μία από τις βασικές αιτίες τόσο της έναρξης όσο και της διατήρησης τέτοιου είδους προβλημάτων (Bulik, 2003· Arnow, Kenardy & Agras, 1995). Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές άγχους που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές είναι το Κοινωνικό Άγχος και η Αγοραφοβία. Το κοινωνικό άγχος στις διατροφικές διαταραχές σχετίζεται με την έλλειψη ικανότητας των πατεράδων να μοιραστούν τα συναισθήματά τους. Επιπλέον η αγοραφοβία σχετίζεται με έναν πεσιμιστικό τρόπο ζωής απ' τη μεριά της μητέρας (Hinrichsen, Sheffield & Waller, 2007).

Η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς έχει άμεση σχέση με την αυτοπεποίθηση, την ευχαρίστηση από τον εαυτό και τη καλή ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου (Orzolek – Kronner, 2002· Ringer & Mckinsey Crittenden, 2007). Η έφηβη που ανέπτυξε κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής είναι πολύ πιθανό ότι έχει αποτύχει να αναπτύξει μία αυτόνομη προσωπικότητα και να αποχωριστεί τις γονικές φιγούρες και ιδιαίτερα τη μητέρα η οποία είναι συνήθως ιδιαίτερα παρεμβατική και ελέγχει τα πάντα. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι άτομα με

διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν και υψηλά επίπεδα εξάρτησης, καθώς επίσης και δυσκολίες στον αποχωρισμό και την ανεξαρτητοποίηση (Narduzzi & Jackson, 2000· Sohlberg & Norring, 1995· Latzer, Hockdarf, Bachour, & Canetti, 2002· Huprick, Stepp, Graham, & Johnson, 2004). Σε μία πρόσφατη έρευνα, με μεγάλο δείγμα από φοιτητικό πληθυσμό, οι Park & Beaudet (2007) βρήκαν ότι άτομα με τύπο δεσμού άγχους, δεν είχαν μόνο χαμηλή αυτοεκτίμηση, αλλά ήταν έντονα εξαρτημένα από την αποδοχή της εμφάνισής τους από τους άλλους.

### 3.3 Κοινά σημεία των δύο θεωριών

- i. Και οι δύο θεωρίες τονίζουν τα ζητήματα της εγγύτητας και της σύνδεσης μέσα στα πλαίσια της οικογένειας. Η θεωρία Δεσμού υποστηρίζει ότι ο τύπος δεσμού αποτελεί στρατηγική που χρησιμοποιεί το άτομο για να διαπραγματευτεί την εγγύτητα. Η PAFS προσπαθεί να περιγράψει πώς το άτομο διαφοροποιείται και ταυτόχρονα διατηρεί την εγγύτητά του με τη πατρική οικογένεια.
- ii. Και οι δύο θεωρίες υποθέτουν τη συνέχεια της ποιότητας της σχέσης ανάμεσα στις γενεές. Η διαγενεακή μεταφορά των μορφών προσκόλλησης μας βοηθά να κατανοήσουμε τους τύπους δεσμού των ενηλίκων και το ρόλο τους στις συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις. Το κατά πόσο ένα παιδί δεν έχει καταφέρει να διαφοροποιηθεί από τη πατρική οικογένεια επηρεάζει το πόσο καλά θα λειτουργεί αυτό το παιδί στη ζωή του και στη δική του οικογένεια (Mikulineer, Floran, Cowan, & Cowan, 2002· Klever, 2003).
- iii. Η θεωρία Δεσμού υποστηρίζει ότι το άτομο αναπτύσσει εσωτερικά μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους με βάση τη ποιότητα των σχέσεων στα πρώτα παιδικά χρόνια. Τα μοντέλα αυτά οδηγούν το άτομο τόσο σε γνωστικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συναισθημάτων και συμπεριφοράς. Η PAFS περιλαμβάνει τις ικανότητες του ατόμου να γνωρίζει και να καθοδηγεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, καθώς και την ικανότητά του να συνδέεται και να αλληλεπιδρά συναισθηματικά με άλλα άτομα. Σύμφωνα με τη θεωρία Δεσμού αυτές οι διανοητικές αναπαραστάσεις λειτουργούν σε ένα ασυνείδητο επίπεδο στοιχείο που υποστηρίζει και η PAFS
- iv. Και οι δύο θεωρίες αναγνωρίζουν τη κεντρική θέση του συναισθήματος στην οικογένεια, αλλά και στη ζωή και την ευημερία του ατόμου (Hazan & Shaver, 1994· klever, 2003).



Αφού αναπτύξαμε το θεωρητικό μας υπόβαθρο στη συνέχεια θα εξετάσουμε την οικογένεια και τα διάφορα δυναμικά που αναπτύσσονται μέσα σ' αυτή με γνώμονα πάντα τη συμμετοχή τους στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.





## 4 Διατροφικές Διαταραχές & Οικογένεια

---

Με βάση πολλές έρευνες, έχει γίνει φανερό ότι η ενασχόληση της οικογένειας με το βάρος και την εμφάνιση σχετίζεται άμεσα με το πόσο καλά νιώθουν με το σώμα τους τα κορίτσια της οικογένειας (Leung, Schwartzman, & Steiger, 1996· Ogden & Steward, 2000· Keery, Boutelle, vanden Berg, & Thompson, 2005· Moreno & Thelen, 1993). Οι γονείς ενθάρρυναν τις κόρες τους να προσέχουν τη δίαιτά τους (Paxton, Werthein, Gibbons, Smukle, Hillier, Petrovich, 1991) καθώς επίσης οι μητέρες κοριτσιών με διατροφικές διαταραχές δήλωναν ότι οι κόρες τους θα ήταν πιο ελκυστικές αν έχαναν βάρος σε σύγκριση με μητέρες κοριτσιών που δεν παρουσίαζαν καμία διατροφική διαταραχή. (Pike & Rodin, 1991)

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των οικογενειών με παιδιά που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή είναι ότι ο πατέρας είτε απουσιάζει είτε είναι μειωμένης συμμετοχής μέσα στην οικογένεια (Lena, 1987· Witton, Leichner, Sanhu-Sahata, & Filippel, 2007) ενώ γενικότερα οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια είναι αρνητικές και καθόλου συνεκτικές.

Επιπλέον, πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν η γνώμη και τα σχόλια των γονέων για την εμφάνιση της κόρης τους αφού επηρεάζουν την ικανοποίηση που νιώθουν για το σώμα τους, τις προσπάθειες να χάσουν βάρος και τις ανησυχίες τους μήπως πάρουν βάρος (Leung et al, 1996· Ogden et al, 2000· Keery et al, 2005· Moreno & Thelen, 1993).

### 4.1 Χαρακτηριστικά Γονέων

Σύμφωνα με έρευνες έχει βρεθεί ότι οι γονείς ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές έχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες περιγράφονται ως άτομα που θέλουν να εμπλέκονται παντού και σε υπερβολικό βαθμό, που είναι υπερπροστατευτικές και θέλουν να έχουν τον απόλυτο έλεγχο σε αντίθεση με τους πατέρες που περιγράφονται ως ψυχροί, παθητικοί και απόμακροι (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978· Jones, Harris, & Leung, 2005).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γονέων παιδιών που έχουν αναπτύξει κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής είναι η υπερβολική ανησυχία, η υπερπροστατευτικότητα και η συγκρουσιακή διάθεση στην επίλυση των προβλημάτων (Turner, Rose, & Cooper, 2005).

Τέλος, γυναίκες με διατροφικές διαταραχές περιγράφουν τους γονείς τους ως αρκετά καταπιεστικούς και ως άτομα που δεν υποστηρίζουν τις προσπάθειες ανεξαρτητοποίησής τους (Wisotsky, Dancyger, Fornari, Katz, Wisotsky, & Swencionis, 2003· Kenny & Hart, 1992).

## 4.2 Οικογενειακό Περιβάλλον

Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια έχει θεωρηθεί από πολλούς ότι σχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη βουλιμίας και ανορεξίας. Πιο αναλυτικά, ένα οικογενειακό περιβάλλον με χαμηλά επίπεδα συνεκτικότητας, εκφραστικότητας και ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης (Latzler et al, 2002), αρνητικό, γεμάτο συγκρούσεις και με έλλειψη ανεκτικότητας και έκφρασης συναισθημάτων θεωρείται τυπικό για οικογένειες μέλος των οποίων αντιμετωπίζει κάποια διατροφική διαταραχή (Laliberte, Bolard, Leichner, 1999· Fairburn, Welch, Doll, Davies, O' Connor, 1997· Benninghoven, Scheider, Strack, Reich, Gierpka, 2003). Επίσης, το οικογενειακό περιβάλλον που είναι ανίκανο να προσφέρει ασφάλεια, διαθεσιμότητα και εναρμόνιση με τις ανάγκες του παιδιού έχει αναγνωριστεί ότι δημιουργεί εξάρτηση ή αδιαφορία, στοιχεία που χαρακτηρίζουν άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (Bachar, 1998)

Μια εναλλακτική οπτική της επιρροής που ασκεί η οικογένεια στον τομέα των διατροφικών διαταραχών θα μπορούσε να μας οδηγήσει στα μηνύματα που μεταφέρονται μέσα στην οικογένεια σχετικά με το βάρος, το σχήμα του σώματος και τις διατροφικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, η υπερβολική ανησυχία των γονέων σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, και ιδιαίτερα της μητέρας που αποτελεί το πρωταρχικό μοντέλο γυναικείας συμπεριφοράς, είναι πολύ πιθανό να μεταβιβαστεί στην κόρη και να επηρεάσει την ανάπτυξη ανορεξίας και βουλιμίας (Stein, Woulley, Cooper, & Fairburn, 1994· Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell, Murray, 2004). Επιπλέον, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δίνει έμφαση στη σωματική ελαστικότητα, δείχνει μεγάλο θαυμασμό στη λεπτή σιλουέτα και ενθαρρύνει τη δίαιτα και τη γυμναστική με σκοπό να φτιάξουν ένα ιδανικό σώμα, θέτουν τις βάσεις για να αναπτυχθούν διατροφικές διαταραχές (Davis, Shuster, Blackmore, & Fox, 2004).

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων κοριτσιών έχει δεχθεί πειράγματα για το βάρος του από κάποιο μέλος της οικογένειάς του γεγονός που τα τοποθετεί σε ομάδα υψηλού κινδύνου για τη διατροφική διαταραχή (Neumark-Sztainer, Falkner, & Story, 2002· Stice, 2002· Davis et al, 2004). Μεγαλύτερη επιρροή φαίνεται να έχουν τα σχόλια της μητέρας συγκριτικά με αυτά του πατέρα που αρχίζουν να αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα όταν συνδυάζονται με αυτά της μητέρας (Smolak et al, 1999). Σύμφωνα πάλι με άλλη έρευνα (Kerry et al, 2005), το μεγαλύτερο ποσοστό πειραγμάτων σχετικών με την εξωτερική εμφάνιση και ιδιαίτερα με το σωματικό βάρος προέρχονται από τα αδέρφια και ιδιαίτερα από τα αγόρια, για να ακολουθήσουν τα σχόλια που προέρχονται από τον πατέρα και τελευταία αυτά της μητέρας. Η αρνητική επίδραση των σχολίων αυτών γίνεται φανερή ακόμα και στην περίπτωση που ο σχολιασμός δεν είναι συνεχής αλλά τα σχόλια είναι σχετικά λίγα (Barr, Bryson, Celio – Doyle, Luce, Cunnring, Abascal, Rockwell, Field, Striegel – Moore, Winzelberg, Wilfley, 2006).

Από την άλλη μεριά, σύμφωνα με την Senra και τους συνεργάτες της (Senra, Sanchez – Cao, Seoane, & Leung, 2007), το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να μεταδώσει ανησυχία για το βάρος

και την εξωτερική εμφάνιση, όμως μόνο αυτό δε φτάνει για να δημιουργήσει κάποια διατροφική διαταραχή, αλλά απαιτείται το άτομο να είναι ευάλωτο στην ανάπτυξή του. Όπως για παράδειγμα να είναι άτομο με υψηλά επίπεδα άγχους κι αυτό γιατί ίσως άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους είναι πιο ευαίσθητα ή πιο πιθανό να εσωτερικεύσουν πιέσεις και προσδοκίες της οικογένειάς τους (Davis et al, 2004· Cole – Dotke & Kobak, 1996· Evans & Wertheim, 1997· Kenny & Hart, 1992).

### 4.3 Λειτουργία Οικογένειας

Πέρα όμως από τα ατομικά χαρακτηριστικά των γονέων, είναι σημαντικό να δούμε πώς λειτουργεί η οικογένεια στο σύνολό της. Η λειτουργικότητα και η παθολογία του οικογενειακού συστήματος έχει φανεί ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και τη διατήρηση κάποιας μορφής διατροφικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική προσαρμογή της οικογένειας, η δομή της οικογένειας και οι ρόλοι μέσα σ' αυτήν, καθώς επίσης η επικοινωνία και οι τρόποι επίλυσης των προβλημάτων και των συγκρούσεων αποτελούν παράγοντες πολύ σημαντικούς για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Dare, Eisler, Russel, & Szmukler, 1990· Latzer & Gaber, 1998).

Σύμφωνα λοιπόν με έρευνα της Danacyger και των συνεργατών της (Danacyger, Fomari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005) τα μέλη των οικογενειών με πάσχοντα από κάποια διατροφική διαταραχή βλέπουν και ερμηνεύουν διαφορετικά το οικογενειακό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, οι κόρες και οι πατέρες βλέπουν ότι η οικογένεια είναι πιο δυσλειτουργική σε αντίθεση με τις μητέρες που βλέπουν λιγότερη δυσλειτουργία στην οικογένεια. Επιπλέον, τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή μέσα στην οικογένεια βλέπουν τη δυσλειτουργία της πιο καθαρά σε σύγκριση και με τους δυο γονείς τους. Με βάση τα προηγούμενα και σύμφωνα με έρευνα του Wisotsky και των συνεργατών του (2003) όσο μεγαλύτερη είναι η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής και πηγαίνοντας ένα βήμα πιο κάτω, μπορούμε να πούμε ότι η οικογενειακή δυσλειτουργία μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόβλεψης ή/και σύμπτωμα κάποιας διατροφικής διαταραχής.

Πιο συγκεκριμένα, οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται από έλλειψη συνοχής και υποστήριξης. Οι ίδιοι οι ασθενείς περιγράφουν την οικογένειά τους ως οικογένειες με έλλειψη προσαρμοστικότητας, με χαμηλή συνοχή και ελάχιστη επικοινωνία. Είναι δηλαδή οικογένειες άκαμπτες και αρκετά αποξενωμένες. (Wisotsky et al, 2003· Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf, & Jantschek, 2007) που χαρακτηρίζονται από συγκρούσεις που δεν επιλύονται καθώς επίσης και ασαφή όρια μεταξύ γονέων και παιδιών (von Furth, van Strien, Martina, van Son, Hendricks, & van Engeland, 1996· Strober & Humphrey, 1987).

## 4.4 Η Ανορεκτική Οικογένεια

Η ανορεκτική οικογένεια περιγράφεται από τον Minuchin και τους συνεργάτες (1978) του ως άκαμπτη, με υψηλά επίπεδα εμπλοκής, συγκρούσεις και υπερπροστασία.

Η μητέρα που συχνά περιγράφεται σαν ψυχρή, άκαμπτη και υπερπροστατευτική, αποκαλύπτεται –σε βαθύτερη ανάλυση –πολύ καταθλιπτική, ενώ πολύ συχνά θεωρείται ότι έχει υψηλά επίπεδα τελειομανίας καθώς επίσης και ιδιαίτερη ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματός της (Venisse, 1987· Woodside, Bulik, Halmi, Fichler, Kaplan, Berrettini, Strober, Treasure, Lilienfeld, Klump, & Kaye, 2002). Ο πατέρας πάλι περιγράφεται, μερικές φορές, σαν απών ή σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι, ακόμα και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό, τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ότι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο (Venisse, 1987).

Αποτελέσματα έρευνας (Palmer, Oppenheimer, & Marshall, 1985) έδειξαν ότι η μητέρα, αλλά όχι ο πατέρας, ο οποίος εμφάνιζε πιο ζεστά συναισθήματα, (Castro, Toro, & Gruz , 2000) έδειχνε λιγότερη φροντίδα στο παιδί που αργότερα παρουσίασε ανορεκτικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι γονείς των ανορεκτικών ατόμων είναι υπερπροστατευτικοί, έχουν λιγότερη ικανότητα προσαρμογής, ενώ παράλληλα είναι απορριπτικοί και αμελείς (Humphrey, 1989). Επιπλέον, παρουσιάζουν και υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Kyriacou et al, 2008).

Τέλος, ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σε οικογένειες με άτομα που πάσχουν από ανορεξία δείχνει ότι η λειτουργικότητα της οικογένειας δεν είναι καλή και χαρακτηρίζεται από απόρριψη, έλλειψη συνοχής και υπερπροστασία (Castro, 2000· Calam, Waller, Slade, & Newton, 1998· Waller, Slade, & Calam, 1990a/b), καθώς επίσης και από μεγάλη παρεμβατικότητα· οι οικογένειες παρουσιάζουν δυσκολίες στο να δεσμευθούν σε κάτι και είναι χαοτικές. Επιπλέον, παρουσιάζουν μία δυσλειτουργική ιεραρχική οργάνωση, ενώ παρατηρούνται συνασπισμοί μεταξύ των μελών της και χαλαρά όρια μεταξύ γονέων και παιδιών (Wallin & Hansson, 1999).

## 4.5 Η Βουλιμική Οικογένεια

Οι στάσεις και η συμπεριφορά των γονέων, η σχέση ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά και ο τρόπος οργάνωσης της οικογένειας θεωρείται ότι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της βουλιμίας. Οι ίδιοι οι βουλιμικοί δηλώνουν φτωχή προσαρμογή μέσα στην οικογένεια και περισσότερα προβλήματα με τους γονείς. Επιπλέον, στις οικογένειες με άτομο που πάσχει από βουλιμία παρατηρείται πιο στενή σχέση ανάμεσα στο πατέρα και τη κόρη αλλά και πιο πολλά προβλήματα σχετικά με το βάρος και τη διατροφή (Kent & Clopton, 1992).

Γυναίκες με Βουλιμία στις περιγραφές για την οικογένειά τους έλεγαν ότι την χαρακτηρίζουν η ελλιπής εκφραστικότητα, η χαμηλή συνοχή και η μικρή φροντίδα, καθώς επίσης πολλές συγκρούσεις και θυμός (Kent & Clopton, 1992· Johnson & Flach, 1985). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι τα μέλη της οικογένειας μπορεί να παρουσιάζουν ως πρότυπο δυσπροσαρμοστικές διατροφικές στάσεις και συμπεριφορά στα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία και στις νέες γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς μπορεί να παρουσιάζουν ως πρότυπο στα παιδιά τους λανθασμένους ή προβληματικούς τρόπους διατροφής (Pike & Rodin, 1991). Ένα άλλο στοιχείο που παρατηρείται είναι ότι οι μητέρες κοριτσιών με Βουλιμία συχνά κριτικάρουν έντονα το βάρος και τη σωματική ελκυστικότητα της κόρης τους, ενώ συχνά και οι ίδιες έχουν ιστορικό διατροφικών διαταραχών ή δίαιτας (Pike & Rodin, 1991). Η συνεχής πίεση από μέλη της οικογένειας για την απόκτηση αδύνατης σιλουέτας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για αύξηση των βουλιμικών συμπεριφορών (Young, et al, 2004· Stice, 1998· Leon, Fulkerson, Perry, & Dube, 1994).

## 4.6 Συνέπειες των διαταραχών στην Οικογένεια

Οι περισσότερες από τις έρευνες που εξετάζουν το ρόλο της οικογένειας στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών έχουν περιορισθεί στην αρνητική επίδραση που έχει η οικογένεια στην ανάπτυξη της διαταραχής. Στην έρευνά τους η Hillege και οι συνεργάτες της (Hillege, Beale, & McMaster, 2006) ακολούθησαν την αντίστροφη πορεία και θέλησαν να δουν τις συνέπειες που έχουν οι διαταραχές αυτές στην οικογένεια. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι οικογένειες ένιωθαν διαλυμένες και οι γονείς ανίκανοι να φροντίσουν το παιδί τους. Επιπλέον, οι οικογένειες δέχονταν απερίσκεπτα και αδιάφορα σχόλια από σημαντικά για την οικογένεια πρόσωπα, που το μόνο που μπορούσαν να προσφέρουν ήταν να επιδεινώσουν την ήδη δύσκολη κατάσταση, ενώ παράλληλα βίωναν κοινωνική απομόνωση, απόρριψη και οικονομική εξουθένωση.

Η απομόνωση που βίωναν οι οικογένειες είχε ποικίλες μορφές καθώς όχι μόνο ένιωθαν απομονωμένοι από το κοινωνικό τους περιβάλλον το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει πηγή υποστήριξης, αλλά απομονώνονταν και από τους ειδικούς που είχαν αναλάβει τη θεραπεία, οι οποίοι έβλεπαν αρνητικά τη συμμετοχή των γονέων σ' αυτήν, στάση που έρχεται σε αντίθεση με έρευνες που δείχνουν ότι η συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία του παιδιού τους αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επιτυχία της (Lock & Fitzpatrick, 2007).



## 5. Πρακτικό Μέρος

---

## 5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των οικογενειακών δυναμικών και των διατροφικών συνηθειών.

Πιο συγκεκριμένα, διατυπώνονται οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

1. Άτομα που παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτονομίας θα παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.
2. Οι γυναίκες θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας.
3. Οι γυναίκες θα παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τους άντρες.
4. Μεγαλύτερη ανησυχία για την εικόνα σώματος θα εκφράζεται από τις γυναίκες, συγκριτικά με τους άντρες.
5. Μεγαλύτερη ανησυχία για το βάρος θα εκφράζεται από τις γυναίκες, συγκριτικά με τους άντρες.

## 5.2 Μεθοδολογία

### 5.2.1 Συμμετέχοντες

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 485 άτομα, εκ των οποίων 386 (79,6%) ήταν κορίτσια με  $M_{\text{ΗΛΙΚΙΑΣ}} = 20,77$  έτη και  $SD = 3,38$  και 97 (20%) ήταν αγόρια με  $M_{\text{ΗΛΙΚΙΑΣ}} = 21,76$  έτη και  $SD = 3,26$ . Οι

φοιτητές προέρχονται από διαφορετικά τμήματα του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχολές τόσο στο Ρέθυμνο και το Ηράκλειο αλλά και από το Πολυτεχνείο Χανίων. (Πίνακας 5.1).

Πίνακας 5.1. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των συμμετεχόντων μαθητών και φοιτητών ως προς τη σχολή τους.

ΣΧΟΛΕΣ	ΦΥΛΟ					
	Άντρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	F	%	f	%	F	%
School of Sciences and Engineering	19	23,2	63	76,8	82	17,1
National technical university	23	69,7	10	30,3	33	6,9
Post- graduated	2	14,3	12	85,7	14	2,9
School of Social Sciences	27	21,6	98	78,4	125	26,0
School of Education	15	8,0	173	92,0	188	39,2
School of Philosophy	3	15,0	17	85,0	20	4,2
School of medicine	3	25,0	9	75,0	12	2,5
T.E.I.	4	66,7	2	33,3	6	1,3
Σύνολο	96	20,0	384	80,0	480	100

Παρατηρείται σημαντική διαφορά στην κατανομή του φύλου αναφορικά με τις σχολές στις οποίες φοιτούν οι συμμετέχοντες. Αυτό είναι εύλογο καθώς το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από σχολές στις οποίες η πλειοψηφία είναι γυναίκες και δεν είναι εύκολο να βρεθούν άντρες συμμετέχοντες (παρόλο που χρησιμοποιήθηκαν δείγματα και από σχολές που πλειοψηφούν οι άντρες όπως το Πολυτεχνείο Χανίων). Σίγουρα αποτελεί μειονέκτημα για την έρευνα μας και για αυτό θα είμαστε προσεκτικοί στην εξαγωγή όποιων συμπερασμάτων που αφορούν σ' αυτή την ομάδα. Επίσης από το δείγμα, επτά άτομα δεν σημείωσαν στην μεταβλητή "occupation" αν είναι μαθητές ή φοιτητές.

Αναφορικά με τον *τόπο μόνιμης κατοικίας*, αθροιστικά το 24,1% των ατόμων ζουν σε χωριό ή κωμόπολη ενώ το 75,7% ζουν σε πόλεις ή μεγαλουπόλεις.

Ως προς το *μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας* στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι κατανομές ανάλογα με τον αν είναι απόφοιτοι/τες Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου



ή απόφοιτοι Ανώτερων (ΙΕΚ/ ΤΕΙ) ή Ανώτατων Σχολών (Πανεπιστήμιο/Μεταπτυχιακό Δίπλωμα).  
(Πίνακας 5.2)

Πίνακας 5.2. Κατανομή των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας και του πατέρα.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΓΟΝΕΙΣ			
	Πατέρας		Μητέρα	
	f	%	f	%
Δεν τελείωσε το δημοτικό	8	1,6	8	1,6
Δημοτικό	70	14,4	66	13,6
Γυμνάσιο	53	10,9	53	10,9
Λύκειο	131	27,0	174	35,9
ΑΕΙ/ΤΕΙ	194	40,0	166	34,2
Κάτοχος master	29	6,0	18	3,7

Για τον πατέρα, το 40% (194 άτομα) έχει υψηλή μόρφωση έχοντας φοιτήσει είτε σε ΑΕΙ είτε σε ΤΕΙ και το αντίστοιχο ποσοστό για την μητέρα είναι το 34,2% (166 άτομα). Το υψηλότερο ποσοστό για την μητέρα είναι το 35,9% (174 άτομα) τα οποία έχουν τελειώσει το Λύκειο. Το μικρότερο ποσοστό και για τους δύο γονείς είναι το 1,6% (8 άτομα) που οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως οι γονείς τους δεν έχουν τελειώσει το εξατάξιο δημοτικό.

Ο τρόπος χορήγησης των ερωτηματολογίων υπαγορεύθηκε από τις συνθήκες και τους περιορισμούς της έρευνας (στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας). Το δείγμα δεν είναι απόλυτα αντιπροσωπευτικό και η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό είναι επισφαλής.

### 5.2.2 Ερευνητικά Εργαλεία

Για την εκτίμηση των υπό μελέτη χαρακτηριστικών χορηγήθηκαν 3 ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (βλ. Παράρτημα).

#### Δημογραφικά στοιχεία

**Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Δεδομένων:** Πρόκειται για ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει ως στόχο τη διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων. Αποτελείται από μια σελίδα, η οποία περιλαμβάνει επεξηγήσεις που αφορούν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τους στόχους της έρευνας καθώς και 5 ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, την προέλευση και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

### **Ερωτηματολόγιο Διατροφής – EDE\_Q5**

**EDE\_Q5:** Το EDE – Q (Fairburn & Beglin, 1994) είναι ένα ερωτηματολόγιο 36 ερωτήσεων αυτοαναφοράς, κάθε μία προσαρμοσμένη από την αντίστοιχη ερώτηση της Κλινικής Συνέντευξης για Διατροφικές Διαταραχές (EDE – Eating Disorder Examination). Και στο EDE – Q διατηρείται το διάστημα των 28 ημερών, οι 4 υποκλίμακες και η βαθμολόγηση με την 7 – βαθμη κλίμακα που χρησιμοποιούνται και στην EDE. Μέσα στο ερωτηματολόγιο ζητούνται επίσης, το ύψος και το βάρος του συμμετέχοντα για τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index - BMI). Ο δείκτης αυτός είναι ένα σύνθηρες εργαλείο εκτίμησης του βάρους σε σχέση με το ύψος. Υπολογίζεται ως το πηλίκο του βάρους (σε κιλά), προς το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα). Σύμφωνα με έρευνες, η αυτο-αναφορά αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο εκτίμησης του BMI (Brooks-Gunn, Warren, Rosso & Gargiulo, 1986· Shapiro & Anderson, 2003).

Το BMI θεωρείται αξιόπιστη μέτρηση του πάχους, αφού έχει βρεθεί να συσχετίζεται ισχυρά με το ποσοστό λιπώδους ιστού στο σώμα (Garrow & Webster, 1985· Mei, *et al.*, 2002).

Αν το υποκείμενο συγκεντρώσει 4 ή περισσότερους βαθμούς σε ερωτήσεις κλειδιά θεωρείται ότι λέει ψέματα σε κλινικό επίπεδο. Οι ερωτήσεις που υποδεικνύουν συμπεριφορές διατροφικής διαταραχής δε συνυπολογίζονται ούτε στη βαθμολογία των υποκλιμάκων, ούτε στη συνολική βαθμολογία.

Τέλος, πρέπει να σημειώσουμε ότι η επίδοση του EDE – Q βελτιώνεται όταν παρέχονται πλήρεις και αναλυτικές οδηγίες (Goldfein *et al.*, 2005) καθώς και περισσότερες πληροφορίες. (Passi *et al.*, 2002).

Η εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία επαναμέτρησης του ερωτηματολογίου καθώς και η συντρέχουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα υποστηρίζουν πλήρως τη χρήση του (Luce & Grother, 1999).

Πρέπει να αναφέρουμε όμως ότι είναι πιθανό να απαιτείται περισσότερη μελέτη πάνω στη παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου (factor structure) αφού είναι πιθανόν να λειτουργούν καλύτερα 3 παράγοντες (three factor solution) αντί για 4. Πιο συγκεκριμένα, η ανησυχία για το βάρος και η ανησυχία για το σχήμα σώματος φαίνεται να μπορούν να συνδυαστούν σε έναν παράγοντα. (Peterson *et al.*, 2007).

Για να καταλάβουμε όμως καλύτερα τη λειτουργία του EDE – Q θα πρέπει να επεξηγήσουμε λίγο περισσότερο την EDE.

Η Κλινική Συνέντευξη για Διατροφικές Διαταραχές (EDE – Eating Disorder Examination) είναι μία ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, η οποία προσδιορίζει περιεκτικά τη σοβαρότητα του διαιτητικού περιορισμού (dietary restraint) και των ανησυχιών σχετικά με το φαγητό, το σχήμα σώματος και το βάρος. Όταν η συνέντευξη χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς σκοπούς οι σχετικές ερωτήσεις προσαρμόζονται για να προσδιορίσουν μία χρονική περίοδο 3 μηνών έτσι ώστε να βγουν λειτουργικές διαγνώσεις σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM – IV (Mond *et al.*, 2004)

Οι ερωτήσεις μετρούνται σε μία 7 – βαθμη κλίμακα. Η μεγαλύτερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία.

Η EDE περιλαμβάνει 4 υποκλίμακες:

- i. Διαιτητικός περιορισμός
- ii. Ανησυχία για το φαγητό
- iii. Ανησυχία για το σχήμα σώματος
- iv. Ανησυχία για το βάρος,

καθώς επίσης και μετρήσεις επεισοδίων υπερφαγίας/βουλιμικών συμπεριφορών (binge eating) και επανορθωτικών συμπεριφορών.

Το εργαλείο φαίνεται ότι έχει καλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία (Συνολικό σκορ: .92, Διαιτητικός περιορισμός: .76, Ανησυχίες για φαγητό: .64, Ανησυχίες για το σχήμα σώματος: .86, Ανησυχίες για το βάρος: .80) (Binford *et al.*, 2005).

Στις δύο μορφές του ερωτηματολογίου (EDE και στο EDE – Q), γίνεται προσπάθεια διαχωρισμού των υποκειμενικών και αντικειμενικών επεισοδίων υπερφαγίας με βάση τη παρουσία ή όχι δύο χαρακτηριστικών · πρώτον, την απώλεια ελέγχου της ποσότητας φαγητού που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου, που χαρακτηρίζει τόσο τα υποκειμενικά όσο και τα αντικειμενικά επεισόδια υπερφαγίας, και δεύτερον, τη κατανάλωση μίας «αντικειμενικά μεγάλης» ποσότητας φαγητού που χαρακτηρίζει τα υποκειμενικά επεισόδια υπερφαγίας. (Mond *et al.*, 2003)

Τέλος, σύμφωνα με έρευνες (Sysko *et al.*, 2005· Binford *et al.*, 2005) το EDE – Q και η EDE σχετίζονται άμεσα και οδηγούν σε παραπλήσια συμπεράσματα ως προς τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών.

### **Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Σχέσεων – PAFS**

**Ερωτηματολόγιο Οικογενειακών Σχέσεων “Personal Authority in the Family System Questionnaire” or PAFS:** Σχεδιάστηκε από τους Bray, Williamson, και Malone (Houston Family Institute), είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 132 ερωτήσεις. Είναι

κατασκευασμένο έτσι ώστε να μας δώσει πρόσβαση στις σημαντικές σχέσεις που αναπτύσσονται στο οικογενειακό σύστημα όπως τις αντιλαμβάνεται το κάθε μέλος της οικογένειας χωριστά. Οι βαθμοί που συγκεντρώνει το άτομο σε κάθε μία από τις 8 κλίμακες του ερωτηματολογίου αντανακλούν τα επίπεδα διαφοροποίησης και τη ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου.

Το εργαλείο αποτελείται από 8 μη αλληλεπικαλυπτόμενες κλίμακες (Perosa, Perosa, & Tam, 2002):

- ➔ Συζυγική συγχώνευση/ εξατομίκευση
- ➔ Διαγενεακή
- ➔ συγχώνευση/ εξατομίκευση
- ➔ Συζυγική οικειότητα
- ➔ Διαγενεακή οικειότητα
- ➔ Τριγωνοποίηση στη πυρηνική οικογένεια
- ➔ Διαγενεακή τριγωνοποίηση
- ➔ Διαγενεακός εκφοβισμός
- ➔ Προσωπική εξουσία

Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει προσαρμοστεί και σε φοιτητικό πληθυσμό (PAFSQ – CV, Bray & Harvey, 1992). Αυτή η μορφή της κλίμακας περιλαμβάνει 84 ερωτήσεις και βαθμολογούνται με την ίδια 5 – βαθμη κλίμακα όπως και η αρχική έκδοση, ενώ χωρίζεται σε 6 υποκλίμακες.

Μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα αρχικά από την Σοφία Τριλίβα (Triliva, 1990) και ξανά το 2000 από Σοφία Τριλίβα και Μαρία Ζηρά. Βασικός τους σκοπός είναι να μελετήσουν τα πρότυπα σχέσεων μεταξύ δύο γενεών στο οικογενειακό σύστημα. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που βαθμολογείται με 5 - βαθμη κλίμακα Likert. Τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα και έγινε αντίστροφη μετάφραση από ειδικούς. Οι τέσσερις υποκλίμακες που μεταφράστηκαν είναι (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2002):

- Διαγενεακή συγχώνευση/εξατομίκευση ή INFUS (8 προτάσεις): που μετρά σε ποιο βαθμό το άτομο είναι ικανό για αυτόνομες και αυτοκαθοριζόμενες σχέσεις και αναλαμβάνει υπευθυνότητα για τον εαυτό του χωρίς να ελέγχεται ή να εμποδίζεται από μέλη της οικογένειας.
- Διαγενεακή οικειότητα ή ININT (25 προτάσεις): που μετρά σε ποιο βαθμό το άτομο διατηρεί μια σχέση οικειότητας με τους γονείς, ενώ παράλληλα διατηρεί σαφή όρια του εαυτού.
- Διαγενεακή τριγωνοποίηση ή INTRI (12 προτάσεις): που δείχνει σε ποιο βαθμό τα άτομα θεωρούν ότι εμπλέκονται σε συζυγικά θέματα των γονιών τους και συμμετέχουν σε ανάρμοστες συμμαχίες μέσα στην οικογένεια.
- Τριγωνοποίηση πυρηνικής οικογένειας ή NFTRI (10 προτάσεις): που μετρά την τριγωνοποίηση μεταξύ των γονέων και των παιδιών τους.

Από αυτούς τους παράγοντες, ο τέταρτος παράγοντας δεν χρησιμοποιήθηκε και οι σχετικά ερωτήσεις που αναφέρονταν σε αυτόν αφαιρέθηκαν. Αναφορικά με τους δείκτες εσωτερικής συνέπειας (internal consistency), για την πρώτη υποκλίμακα κυμαίνεται στο  $\alpha=0,62$ , για την δεύτερη είναι αρκετά υψηλός  $\alpha= 0,93$  και συμφωνεί με την βιβλιογραφία (Perosa, Perosa, & Tam, 2002 – Mun Ng & Smith, 2006) ενώ για την τρίτη είναι επίσης χαμηλός  $\alpha= 0,73$  και τέλος, η συνολική αξιοπιστία της κλίμακας είναι  $\alpha = 0,85$ .

### **5.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Η εκτίμηση των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος καθότι παρουσιάζει ευκολίες στη συλλογή, αξιολόγηση, καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων. Στις αρχές του εαρινού εξαμήνου του ακαδημαϊκού έτους 2005-2006 και πριν την χορήγηση πραγματοποιήθηκε η διαδικασία συλλογής των ψυχομετρικών εργαλείων από της υπεύθυνες ερευνήτριες καθώς και μια πιλοτική χορήγηση για τον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής των εν λόγω κλιμάκων. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια εθελοντικά, σε χρόνο που εξοικονομήθηκε με την συνεργασία καθηγητών, πριν ή μετά τις παραδώσεις μαθημάτων.

Το Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Δεδομένων σχεδιάστηκε την ίδια περίοδο με τη βοήθεια του επόπτη Θ. Γιοβαζολιά, λέκτορα της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ολοκληρώνοντας τη διαδικασία, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με τη χρήση του προγράμματος SPSS (Statistical Package for Social Sciences) στο Πανεπιστήμιο του Ρεθύμνου.

### **5.4 Ευρήματα**

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες το φύλο και η ηλικία. Διεξήχθησαν διπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης (ANOVA) για τον έλεγχο των παραπάνω μεταβλητών στις αναφορές που δίνουν οι συμμετέχοντες για τις διαιτητικές του συνήθειες και για τις οικογενειακές σχέσεις τους.

### 5.4.1 Μέσοι όροι του συνολικού δείγματος

Στο σύνολο των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο βρέθηκε για το ερωτηματολόγιο των διαιτητικών συνηθειών πως ο παράγοντας «Shape Concern» εμφανίζεται να είναι ο πιο υψηλός  $M=1,75$  και αντίστοιχα ο πιο χαμηλός παρουσιάζεται στον παράγοντα «Eat concern»  $M= 0,69$  (Πίνακας 5.3).

**Πίνακας 5.3.** Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, μέγιστες και ελάχιστες τιμές και δείκτες αξιοπιστίας των παραγόντων του EDE\_Q5

Παράγοντες	EDE_Q5				
	M	SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Cronbach a
Restraint	1,12	1,19	0	4,80	0,76
Eat concern	0,69	0,83	0	4,00	0,64
Shape concern	1,75	1,36	0	6,00	0,86
Weigh concern	1,50	1,39	0	6,00	0,80
Global concern	1,36	1,09	0	4,59	0,92

Παρόμοια, για τους παράγοντες του ερωτηματολογίου των οικογενειακών σχέσεων βλέπουμε πως ο μεγαλύτερος μέσος όρος σημειώνεται στην Διαγενεακή Συγχώνευση  $M=3,51$  και  $SD = 0,63$  και ο μικρότερος στον παράγοντα της Διαγενεακής Οικειότητας  $M=1,88$  και  $SD = 0,56$  (Πίνακας 5.4).

**Πίνακας 5.4.** Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, μέγιστες και ελάχιστες τιμές και δείκτες αξιοπιστίας των παραγόντων του PAFS

Παράγοντες	PAFS				
	M	SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Cronbach a
Διαγενεακή συγχώνευση	3,51	0,63	1,13	5,00	0,62
Διαγενεακή Οικειότητα	1,88	0,56	1,00	4,04	0,93

Διαγενεακή τριγωνοποίηση	2,87	0,69	1,00	5,00	0,73
PAFS_total	2,43	0,39	1,27	3,91	0,85

#### 5.4.2 Ενδοσυνάφειες μεταξύ των παραγόντων

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν οι συνάφειες των μεταβλητών του Ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς για Διατροφικές Διαταραχές (EDE\_Q) και επίσης του ερωτηματολογίου των Οικογενειακών Σχέσεων (PAFS)

Αναφορικά με το πρώτο ερωτηματολόγιο, υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας  $r$  του Pearson και βρέθηκαν όλοι τους θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί. Το μέγεθος των δεικτών κυμάνθηκε από το 0,56 μέχρι το 0,95. Δηλαδή, όσο πιο συχνά το άτομο σκέφτεται το θέμα της διατροφής του τόσο περισσότερο προβαίνει σε έναν διατροφικό περιορισμό, ανησυχεί για το φαγητό, το σχήμα του σώματός του και φυσικά το βάρος του. Η ένταση των συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων δεν είναι τόσο δυνατή καθώς το μέγεθος τους είναι από μέτριο έως αρκετά καλό (Πίνακας 5.5). Αρκετές υψηλές είναι αντίθετα οι συσχετίσεις του συνολικού μέσου όρου με τους παράγοντες που κυμαίνονται από 0,77 έως 0,95.

**Πίνακας 5.5.** Ενδοσυνάφειες (Pearson  $r$ ) μεταξύ των παραγόντων του Ερωτηματολογίου για την Διατροφικές Διαταραχές (EDE\_Q)

EDE_Q	1.	2.	3.	4.	5.
1. restraint	1,00				
2. eat concern	0,56**	1,00			

3. shape concern	0,60**	0,70**	1,00		
4. weight concern	0,58**	0,68**	0,88**	1,00	
5. EDE_Q 's total mean	0,77**	0,80**	0,95**	0,92**	1,00

Σημείωση . \*\* p<0,01.

Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται οι ενδοσυνάφειες του ερωτηματολογίου των Οικογενειακών Σχέσεων. Υπάρχουν δείκτες τόσο θετικής όσο και αρνητικής κατεύθυνσης. Το μέγεθος τους κυμάνθηκε από το 0,39 μέχρι το 0,86. Δηλαδή, όσο λιγότερο το άτομο είναι αυτόνομο τόσο περισσότερη οικειότητα υπάρχει στις σχέσεις του με τους γονείς του και επίσης τόσο περισσότερο εμπλέκεται σε θέματα της οικογένειας. Αντίθετα, όσο περισσότερο το άτομο δηλώνει πως υπάρχει οικειότητα με τους γονείς τόσο περισσότερη πιθανότητα υπάρχει να έχει εμπλακεί και σε συμμαχίες εντός της οικογένειάς του. Η ένταση των συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων δεν είναι τόσο δυνατή καθώς το μέγεθος τους είναι κυρίως σε μέτριο επίπεδο (Πίνακας 5.6). Αρκετές υψηλές είναι παράλληλα οι συσχετίσεις του συνολικού μέσου όρου με τους παράγοντες που κυμαίνονται από 0,74 έως 0,86.

**Πίνακας 5.6.** Ενδοσυνάφειες (Pearson r) μεταξύ των παραγόντων του Ερωτηματολογίου Αρνητικών Πράξεων.

PAFS	1.	2.	3.	4.
1. Διαγενεακή Συγχώνευση	1,00			
2. Διαγενεακή Οικειότητα	-0,40**	1,00		
3. Διαγενεακή Τριγωνοποίηση	-0,04	0,39**	1,00	
4. PAFS's total mean	-0,05	0,86**	0,74**	1,00

Σημείωση . \*\* p<0,01.

### 5.4.3 Συνάφειες μεταξύ των ερωτηματολογίων

Στον **Πίνακα 5.7** παρουσιάζονται οι συνάφειες των παραγόντων του Ερωτηματολογίου των Διαιτητικών Διαταραχών με τους παράγοντες του Ερωτηματολογίου των Οικογενειακών Σχέσεων.

**Πίνακας 5.7.** Συνάφειες των παραγόντων του EDE\_Q με του PAFS

EDE_Q	PAFS
-------	------



	Διαγενεακή συγγώνευση	Διαγενεακή οικειότητα	Διαγενεακή τριγωνοποίηση	PAFS's total mean
	Φύλο			
Restraint	-0,06	0,011	-0,10*	-0,05
Eat concern	-0,19**	0,11*	0,01	0,04
Shape concern	-0,15**	0,08	-0,05	0,02
Weight concern	-0,12**	0,04	-0,09	-0,04
EDE_Q 's total mean	-0,15**	0,07	-0,07	-0,01

Σημείωση \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

Όπως παρατηρούμε οι συνάφειες ανάμεσα στους παράγοντες είναι αρκετά αδύναμες παρόλο που φτάνουν σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Αναφορικά με τον πρώτο παράγοντα οι συσχετίσεις αποδεικνύουν πως όσο λιγότερο δηλώνει το άτομο ότι λειτουργεί αυτόνομα και είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να παρουσιάσει διαιτητικές διαταραχές όπως περιορισμός στην τροφή του, ανησυχίες για το φαγητό, το σχήμα του σώματός του καθώς και το βάρος του. Επίσης, «Ανησυχία γύρω από το φαγητό» παρατηρούμε ότι ενδέχεται να εμφανίσουν τα άτομα που δεν αυτονομούνται και κατά κύριο λόγο οι δραστηριότητές τους ελέγχονται από άλλα μέλη της οικογένειάς τους ( $r = 0,11$ ,  $p < 0,05$ ).

#### 5.4.4 Επιδράσεις δημογραφικών παραγόντων: αναλύσεις διακύμανσης

Πραγματοποιήθηκαν διπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης για τον έλεγχο της στατιστικής επίδρασης του φύλου των συμμετεχόντων (ανεξάρτητη μεταβλητή) στους παράγοντες των ερωτηματολογίων τόσο των Διαιτητικών Διαταραχών (EDE\_Q) όσο και των Οικογενειακών Σχέσεων (PAFS).

**Πίνακας 5.8.** Μέσοι όροι των απαντήσεων των συμμετεχόντων στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Διαιτητικών Διαταραχών ως προς το φύλο

Παράγοντες EDE_Q	Άντρες		Γυναίκες		F- τιμή ( <i>d.f.</i> = 1, 481)
	M.O	Φύλο	M.O		
Restraint	1,01		1,15		1,05
Eat concern	0,44		0,76		11,48***
Shape concern	1,34		1,86		11,48***
Weight concern	1,04		1,62		13,76***
EDE_Q 's total mean	1,03		1,45		11,67***

Σημείωση. \*\*\* $p < 0,001$

Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια, όσον αφορά τις απαντήσεις τους στον παράγοντα του «Ανησυχία για το φαγητό» (“eat concern”),  $F(1,481) = 11,48$ ,  $p < 0,001$ . Συγκεκριμένα οι γυναίκες σημειώνουν μεγαλύτερο μέσο όρο στην ενασχόλησή τους με τη διατροφή ( $M=0,76$ ) από ότι οι άντρες ( $M=0,44$ ). Επίσης, στους παράγοντες τόσο της ανησυχίας για το σχήμα του σώματος όσο και του βάρους, οι γυναίκες σημειώνουν εξίσου μεγαλύτερο μέσο όρο ( $M=1,86$  και  $M=1,62$ , αντίστοιχα) έναντι των αντρών ( $M=1,34$  και  $M=1,04$ , αντίστοιχα). Τέλος, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική επίδραση του φύλου των συμμετεχόντων στο συνολικό μέσο όρο που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο,  $F(1,481) = 11,67$ ,  $p < 0,001$ . Συγκεκριμένα, οι γυναίκες σημείωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο στην συχνότητα εμφάνισης διαιτητικών διαταραχών ( $M=1,45$ ) από τους άντρες ( $M=1,03$ ). Για τον παράγοντα «Διαιτητικός Περιορισμός» (“restraint”) δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. (Πίνακας 5.8.).

Παρόμοιες αναλύσεις διακύμανσης πραγματοποιήθηκαν με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο των συμμετεχόντων και εξαρτημένη τις απαντήσεις τους στο Ερωτηματολόγιο των Οικογενειακών Σχέσεων (PAFS). Αναδείχθηκαν αρκετές στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Στον παράγοντα της Διαγενεακής Οικειότητας τα αγόρια σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο ( $M= 2,04$ ) από ότι τα κορίτσια ( $M=1,84$ ):  $F(1,477) = 9,81$ ,  $p < 0,01$ . Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στον παράγοντα της Διαγενεακής Τριγωνοποίησης:  $F(1,477) = 3,82$ ,  $p < 0,05$ . Επίσης, στο συνολικό μέσο όρο του ερωτηματολογίου φαίνεται ότι τα αγόρια σημείωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο ( $M=2,53$ ) από τα κορίτσια ( $M=2,40$ ):  $F(1,477) = 8,64$ ,  $p < 0,01$  (Πίνακας 5.9).

**Πίνακας 5.9.** Μέσοι όροι των απαντήσεων των συμμετεχόντων στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Οικογενειακών Σχέσεων ως προς το φύλο

Παράγοντες PAFS	Άντρες	Γυναίκες	F- τιμή ( <i>d.f.</i> = 1, 477)
	M.O	M.O	
Διαγενεακή συγχώνευση	3,43	3,53	1,58
Διαγενεακή οικειότητα	2,04	1,84	9,81**
Διαγενεακή τριγωνοποίηση	2,99	2,84	3,82*
PAFS's total mean	2,53	2,40	8,64**

Σημείωση. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

#### 5.4.5 Αναλύσεις Παλινδρόμησης

Με τη χρήση της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης (με τη μέθοδο Stepwise), σχεδιάστηκαν διαδοχικά παλινδρομικά μοντέλα για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης τόσο των παραγόντων του EQE\_Q όσο και του PAFS.

Ο Πίνακας 3.8 παρουσιάζει συνοπτικά τα αποτελέσματα για την πρόβλεψη του παράγοντα «Ανησυχία για το φαγητό». Βρέθηκε ότι το 7,4% της διασποράς της εξαρτημένης μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες όπου σε πρώτη φάση εισήχθηκαν οι μεταβλητές φύλο και ηλικία: :  $F(2,476) = 7,04$ ,  $p < 0,001$  και σε ένα δεύτερο επίπεδο όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου των Οικογενειακών Σχέσεων:  $F(6,472) = 6,29$ ,  $p < 0,001$ . Τα δύο μοντέλα βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά. Από την επισκόπηση των Β-τιμών διαπιστώνουμε ότι μόνο δύο μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη: το 'φύλο' ( $b = 0,32$ ,  $t = 3,51$ ,  $p < 0,001$ ) και η 'ηλικία' ( $b = -0,02$ ,  $t = -2,01$ ,  $p < 0,05$ ). Δηλαδή, τα κορίτσια κυρίως σε μικρές ηλικίες τους απασχολεί περισσότερο το φαγητό και ανησυχούν γύρω από το τι θα επιλέξουν ως τροφή. (Πίνακας 5.10).

**Πίνακας 5.10** Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη της ανησυχίας για το φαγητό από τις ανεξάρτητες (N=476 ).

Μεταβλητές Πρόβλεψης	<i>B</i>	SE <i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Φύλο	0,32	0,09	0,16	3,51***
Ηλικία	-0,02	0,01	-0,09	-2,01*

Σημείωση.\*  $p < 0,05$  \*\*\*  $p < 0,001$ .

Κατόπιν, τα ίδια μοντέλα εφαρμόστηκαν για την πρόβλεψη του παράγοντα «ανησυχία γύρω από το σχήμα του σώματος». Βρέθηκε ότι το 5,6% της διασποράς της εξαρτημένης μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες όπου σε πρώτη φάση εισήχθηκαν οι μεταβλητές φύλο και ηλικία:  $F(2,476) = 5,64$ ,  $p < 0,01$  και σε ένα δεύτερο επίπεδο όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου των Οικογενειακών Σχέσεων:  $F(6,472) = 4,71$ ,  $p < 0,001$ . Τα δύο μοντέλα βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά. Από την επισκόπηση των *B*-τιμών διαπιστώνουμε ότι μόνο η μεταβλητή του 'φύλο' ( $b = 0,52$ ,  $t = 3,41$ ,  $p < 0,01$ ) συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη. Δηλαδή, τα κορίτσια σημειώνουν ότι τους απασχολεί περισσότερο και ανησυχούν για το σχήμα του σώματός τους. (Πίνακας 5.11).

**Πίνακας 5.11** Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη της ανησυχίας για το σχήμα του σώματος του ατόμου από τις ανεξάρτητες ( $N = 476$ ).

Μεταβλητές Πρόβλεψης	<i>B</i>	SE <i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Φύλο	0,52	0,15	0,15	3,41**

Σημείωση. \*\*  $p < 0,01$ .

Επίσης, το ίδιο μοντέλο εφαρμόστηκε και για τον παράγοντα «Ανησυχία για το βάρος του σώματος». Το μοντέλο βρέθηκε στατιστικώς σημαντικό:  $F(6,472) = 4,50$ ,  $p < 0,001$ . Η σημαντικότερη μεταβλητή πρόβλεψης και σε αυτή την περίπτωση ήταν το φύλο ( $b = 0,57$ ,  $t = 3,61$ ,  $p < 0,001$ ). Οι γυναίκες-φοιτήτριες δηλώνουν ότι ασχολούνται με το βάρος τους σώματός τους και ότι τους απασχολεί συστηματικά.

Τέλος, η πολλαπλή παλινδρόμηση κατά διαδοχικά στάδια (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης των παραγόντων του Ερωτηματολογίου Οικογενειακών Σχέσεων από το συνδυασμό παραγόντων του ερωτηματολογίου των Διαιτητικών Διαταραχών και των δυο κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών (φύλο και ηλικία). Από τα δύο μοντέλα μόνο το δεύτερο με την εισαγωγή και των παραγόντων του EDE\_Q βρέθηκε στατιστικώς σημαντικό  $F(7,471) = 4,12$ ,  $p < 0,001$ . Ο δείκτης πολλαπλής συνάφεια είναι ίσος με 0,24 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής

προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με 0,05. Δηλαδή, το 5,8% της διασποράς της εξαρτημένης μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών.

**Πίνακας 5.12** Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (stepwise) για την στατιστική πρόβλεψη της Διαγενεακής Συγχώνευσης από τις ανεξάρτητες (N= 471).

Μεταβλητές Πρόβλεψης	<i>B</i>	SE <i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Φύλο	0,17	0,07	0,11	2,31*

*Σημείωση.* \*  $p < 0,05$

Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης (βλ. Πίνακα 5.12) διαπιστώνουμε ότι μόνο μια από τις μεταβλητές συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: το «φύλο» ( $b = 0,17$ ,  $t = 2,31$ ,  $p < 0,05$ ). Αυτό σημαίνει πως περισσότερο οι γυναίκες δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν προβλήματα διαγενεακής συγχώνευσης όπου δεν τις επιτρέπουν να δρουν σαν αυτόνομα άτομα, υπεύθυνα για τον εαυτό τους αλλά συνεχώς ελέγχονται από τους γονείς τους.

Για την μεταβλητή «Διαγενεακή Οικειότητα», ο δείκτης πολλαπλής συνάφεια είναι ίσος με 0,30 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με 0,09. Δηλαδή, το 9% της διασποράς της Διαγενεακής Οικειότητας μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών. Η κλίση της παλινδρόμησης είναι διαφορετική του μηδενός,  $F(7,471) = 6,64$   $p < 0,001$ .

**Πίνακας 5.13** Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (stepwise) για την στατιστική πρόβλεψη της Διαγενεακής Οικειότητας από τις ανεξάρτητες (N= 471).

Μεταβλητές Πρόβλεψης	<i>B</i>	SE <i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Φύλο	-0,23	0,06	-0,16	-3,64***
Ηλικία	0,02	0,07	0,15	3,36***
Διαιτητικός περιορισμός	-0,46	0,13	-0,98	-3,67***
Ανησυχίες για το φαγητό	-0,24	0,12	-0,98	-2,03*
Ανησυχία για το σχήμα του σώματος	-0,58	0,20	-1,41	-2,90**
Ανησυχία για το βάρος του σώματος	-0,41	0,11	-1,03	-3,60***

Σημείωση. \*\*\*  $p < 0,001$ .

Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης (βλ. Πίνακα 5.13) διαπιστώνουμε ότι όλες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης. Αυτό σημαίνει πως κυρίως οι άντρες όσο αυξάνεται η ηλικία τους είναι πιθανότερο να διατηρούν αρκετή οικειότητα με τους δικούς τους αλλά παρόλα αυτά να έχουν σαφή όρια του εαυτού τους. Ταυτόχρονα, παραμελούν τον εαυτό τους καθώς δεν τους ανησυχεί το σχήμα ή το βάρος τους και φυσικά δεν θέτουν φραγμούς στην ποσότητα ή στο τι θα καταναλώσουν.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε ακόμη μια πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμηση με προβλεπτική αυτή τη φορά μεταβλητή τη «διαγενεακή τριγωνοποίηση». Ο δείκτης πολλαπλής συνάφεια είναι ίσος με 0,25 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με 0,06. Δηλαδή, το 6,4% της διασποράς της Διαγενεακής Τριγωνοποίησης μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών. Η κλίση της παλινδρόμησης είναι διαφορετική του μηδενός,  $F(7,471) = 4,61$ ,  $p < 0,001$ . Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι μόνο μια από τις μεταβλητές συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης: η «ηλικία» ( $b = 0,03$ ,  $t = 3,66$ ,  $p < 0,001$ ). Δηλαδή, οι γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε καταστάσεις τριγωνοποίησης με τους γονείς τους υπό την έννοια πως δε συμμετέχουν σε ανάρμοστες συμμαχίες που σχηματίζονται εντός της οικογένειας.

## 5.5 Συμπεράσματα & Περιορισμοί

Τα ευρήματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τη βασική μας υπόθεση ότι τα άτομα που παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτονομίας μέσα στην οικογένεια θα παρουσιάζουν και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας Διατροφικής Διαταραχής.

Πιο συγκεκριμένα, όσο λιγότερο δηλώνει το άτομο ότι λειτουργεί αυτόνομα και είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να παρουσιάσει διαιτητικές διαταραχές όπως περιορισμό στην τροφή του, ανησυχίες για το φαγητό, το σχήμα του σώματός του καθώς και το βάρος του. Επίσης, «Ανησυχία γύρω από το φαγητό» παρατηρούμε ότι ενδέχεται να εμφανίσουν τα άτομα που δεν αυτονομούνται και κατά κύριο λόγο οι δραστηριότητές τους ελέγχονται από άλλα μέλη της οικογένειάς τους.

Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών που δείχνουν ότι οι γονείς – και ιδιαίτερα οι μητέρες - κοριτσιών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή είναι ιδιαίτερα καταπιεστικοί και θέλουν να έχουν τον απόλυτο έλεγχο, ενώ παράλληλα θέτουν εμπόδια στην προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης των παιδιών τους (Minuchin, et al, 1978· Jones, et al, 2005· Wisotsky, et al, 2003· Kenny & Hart, 1992).

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, οι γυναίκες είναι αυτές που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα συγχώνευσης μέσα στην οικογένεια, στοιχείο που συμφωνεί και με δεδομένα άλλων ερευνών που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στη προσπάθειά τους να κερδίσουν τον έλεγχο της ζωής τους και την αυτονομία τους.. (Skowron, Holmes, & Sabatelli, 2003).

Πιο αναλυτικά, τα κορίτσια δηλώνουν ότι οι γονείς δεν τους επιτρέπουν να δρουν σαν αυτόνομα άτομα, υπεύθυνα για τον εαυτό τους αλλά συνεχώς ελέγχονται απ' αυτούς. Επιπλέον, οι γυναίκες σημείωσαν μεγαλύτερο μέσο όρο στην συχνότητα εμφάνισης διαιτητικών διαταραχών, στοιχεία που επιβεβαιώνουν και τη δεύτερη υπόθεσή μας ότι τα άτομα που βιώνουν πιο συγχωνευμένες σχέσεις μέσα στην οικογένεια, και κατά συνέπεια βρίσκονται πιο κοντά στον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής είναι οι γυναίκες.

Επιπλέον, το γεγονός ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών καθώς και περισσότερες ανησυχίες γύρω από ζητήματα διατροφής συγκριτικά με τους άνδρες επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνται πιο συνηθισμένες στα κορίτσια απ' ότι στα αγόρια. (Bruch, 1973). Βέβαια, νεότερες έρευνες δείχνουν ότι και στους άνδρες, το πρόβλημα αρχίζει να αυξάνεται (Boerner, et al, 2004). Σε μία πρόσφατη αναφορά στην βιβλιογραφία, ο Weltzin και οι συνεργάτες του (2005) ανέφεραν ότι οι άνδρες αποτελούσαν το 10% των όσων έπασχαν από ανορεξία ή βουλιμία, και το 25% όσων είχαν επεισόδια υπερφαγίας.

Ένα ακόμα αποτέλεσμα της έρευνάς μας έρχεται να επιβεβαιώσει τις υποθέσεις μας ότι οι γυναίκες είναι αυτές που δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον πάνω σε ζητήματα διατροφής ενώ

παράλληλα διατυπώνουν περισσότερες ανησυχίες για το σχήμα του σώματός τους και το βάρος τους.

Πιο αναλυτικά, βρήκαμε ότι όσο πιο συχνά το άτομο σκέφτεται το θέμα της διατροφής του τόσο περισσότερο προβαίνει σε έναν διατροφικό περιορισμό, ανησυχεί για το φαγητό, το σχήμα του σώματός του και φυσικά το βάρος του.

Επιπλέον, μέσα στα αποτελέσματά μας ήταν και το ότι οι γυναίκες σημειώνουν μεγαλύτερο μέσο όρο στην ενασχόλησή τους με τη διατροφή σε σχέση με τους άντρες. Παράλληλα, στους παράγοντες τόσο της ανησυχίας για το σχήμα του σώματος όσο και του βάρους, οι γυναίκες σημειώνουν εξίσου μεγαλύτερο μέσο όρο έναντι των αντρών, καθώς οι γυναίκες-φοιτήτριες δηλώνουν ότι ασχολούνται με το βάρος τους σώματός τους και ότι τους απασχολεί συστηματικά, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε πιο μικρές ηλικίες.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να κατανοηθούν πολύ εύκολα αν αναλογιστεί κανείς το ευρύτερο κοινωνικό - πολιτισμικό πλαίσιο και τα στερεότυπα για το τι θεωρείται ωραίο και ιδανικό.

Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, το γυναικείο φύλο σε συνδυασμό με το απιοειδές σχήμα σώματος και τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος έχει προσδιοριστεί ότι αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την εμφάνιση κάποιας διαταραχής στη πρόσληψη τροφής (Lock et al. 2005), ιδιαίτερα αν συνδυαστεί με τους κοινωνικούς παράγοντες και τη πίεση που δέχονται οι γυναίκες στο δυτικό κόσμο από το πρότυπο του αδύνατου σώματος ως το πιο επιθυμητό (Wakeling, 1996· McLaren, et al, 2001). Τα στοιχεία αυτά αποκτούν ακόμα μεγαλύτερη σημασία αν συνδυαστούν με το γεγονός ότι πολύ συχνά η ίδια η οικογένεια προάγει αυτά τα ιδανικά με αποτέλεσμα να ασκείται έτσι ακόμα μεγαλύτερη πίεση στα κορίτσια που τα οδηγεί στο να ασχολούνται ακόμα περισσότερο με την εικόνα του σώματός τους και το βάρος τους. Είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα ερευνών που δείχνουν ότι οι γονείς ενθάρρυναν τις κόρες τους να προσέχουν τη διαίτά τους (Paxton, et al, 1991) καθώς επίσης οι μητέρες κοριτσιών με διατροφικές διαταραχές δήλωναν ότι οι κόρες τους θα ήταν πιο ελκυστικές αν έχαναν βάρος (Pike & Rodin, 1991).

Στο σημείο αυτό αξίζει να τονίσουμε ότι οι αναλύσεις που κάναμε κατέδειξαν κάποιες σχέσεις που αξίζουν τη προσοχή μας ακόμα κι αν δεν αποτελούν μέρος των ερευνητικών μας υποθέσεων.

Πιο συγκεκριμένα, βρήκαμε ότι όσο λιγότερη αυτονομία έχει το άτομο τόσο περισσότερη οικειότητα υπάρχει στις σχέσεις του με τους γονείς του και επίσης τόσο περισσότερο εμπλέκεται σε θέματα της οικογένειας. Αντίθετα, όσο περισσότερο το άτομο δηλώνει πως υπάρχει οικειότητα με τους γονείς τόσο περισσότερη πιθανότητα υπάρχει να έχει εμπλακεί και σε συμμαχίες εντός της οικογένειάς του.

Στον παράγοντα της Διαγενεακής Οικειότητας τα αγόρια σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο από ότι τα κορίτσια. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στον παράγοντα της Διαγενεακής Τριγωνοποίησης. Δηλαδή, οι γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε καταστάσεις



τριγωνοποίησης με τους γονείς τους υπό την έννοια πως δε συμμετέχουν σε ανάρμοστες συμμαχίες που σχηματίζονται εντός της οικογένειας

Επιπλέον, εντυπωσιακό είναι το εύρημα ότι κυρίως οι άντρες, όσο αυξάνεται η ηλικία τους είναι πιθανότερο να διατηρούν αρκετή οικειότητα με τους δικούς τους αλλά παρόλα αυτά να έχουν σαφή όρια του εαυτού τους. Ταυτόχρονα, παραμελούν τον εαυτό τους καθώς δεν τους ανησυχεί το σχήμα ή το βάρος τους και φυσικά δεν θέτουν φραγμούς στην ποσότητα ή στο τι θα καταναλώσουν. Αντίθετα, αυτό που τους απασχολεί είναι η αύξηση της μυϊκής τους μάζας και η τόνωση των μυών τους (Ousley, Cordero, & White, 2008).

Τα παραπάνω ευρήματα βρίσκονται σε αντίθεση με κάποιες έρευνες που υποστηρίζουν ότι η οικειότητα με τους γονείς όσο αυξάνει η ηλικία – και κατά συνέπεια και οι υποχρεώσεις – μειώνεται (Kaufman & Uhlenberg, 1998) συμφωνεί όμως με κάποιες άλλες που υποστηρίζουν ότι οι άντρες μικρότερης ηλικίας έχουν πιο στενές σχέσεις με τους γονείς τους συγκριτικά με γυναίκες πιο μεγάλες σε ηλικία (Lawson & Brossart, 2004). Από τις αντιθέσεις αυτές γίνεται φανερό ότι απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να διευκρινιστούν αυτές οι σχέσεις.

Δε πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι η έρευνά μας έχει κάποιους περιορισμούς που σχετίζονται αφ' ενός με την επιλογή του δείγματος και αφ' ετέρου με τα μέσα συλλογής των δεδομένων.

Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα μας δεν ήταν ούτε τυχαίο, ούτε αντιπροσωπευτικό αλλά δείγμα ευκολίας που συγκεντρώθηκε στη πλειοψηφία του από τις σχολές του Πανεπιστημίου Κρήτης που στεγάζονται στη πανεπιστημιούπολη του Ρεθύμνου. Οι σχολές αυτές αποτελούνται κατά κύριο λόγο από γυναίκες κι αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μικρή εκπροσώπηση των αντρών στο δείγμα μας.

Τέλος πρέπει να αναφέρουμε ότι οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν μία δυσκολία στη κατανόηση των ερωτήσεων 13 – 18 του Ερωτηματολόγιο Διατροφής (EDE\_Q5) γεγονός που πιθανόν να επηρέασε την ποιότητα των απαντήσεών τους.

### **5.5.1 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ευρέως γνωστό ότι αποτελούν ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο στο οποίο εμπλέκονται διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί, αναπτυξιακοί και βιολογικοί παράγοντες. (McLaren et al, 2001).

Μελλοντική έρευνα στον τομέα των διατροφικών διαταραχών θα μπορούσε να κινηθεί προς την κατεύθυνση των δυσλειτουργικών ενδοοικογενειακών σχέσεων και των δυναμικών τους όπως η υπερπροστατευτικότητα των γονέων, η επίδραση ενός διαζυγίου, ο ρόλος των αδερφών και άλλων δυσλειτουργικών δυναμικών..

Επιπλέον, ένας χώρος που μπορεί να ερευνηθεί πιο βαθιά είναι αυτός της θεραπείας και της αντιμετώπισής τους καθώς επίσης και των κινήτρων για ανάρρωση (Witton et al , 2007).

Επίσης, οι περισσότερες έρευνες κινούνται γύρω από τη μελέτη των επιδράσεων που ασκεί η οικογένεια ως προς την εμφάνιση και διατήρηση κάποιας διατροφικής διαταραχής όμως ελάχιστες έρευνες έχουν ακολουθήσει την αντίστροφη πορεία ώστε να δουν τις συνέπειες που έχει στην οικογένεια η ύπαρξη ενός μέλους με διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες.

Τέλος, ένας χώρος που έχει ερευνηθεί πολύ λίγο είναι αυτός της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε άντρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα διατροφικών διαταραχών και την οικογένειά τους, καθώς οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν δείγμα που στη πλειοψηφία του αποτελείται από γυναίκες.

## 6. Αντιμετώπιση

---

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια · στα βουλιμικά άτομα, να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί έμετοι, η λήψη καθαρικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

Συνήθως, η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία αποτελούν η σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίχνανση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης και τέλος η αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας (Μάνος, 1997)

### 6.1 Μορφές Θεραπείας

✓ Οικογενειακή θεραπεία: μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην θεραπεία εφήβων με διατροφικές διαταραχές. Τονίζεται ο πολύ σημαντικός ρόλος που μπορούν να παίξουν οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας στην αποθεραπεία του εφήβου, χωρίς όμως να παραβλέπουν τις πιθανές αρνητικές συνέπειες που μπορεί να υπάρχουν σε αναπτυξιακά ζητήματα της εφηβείας που σχετίζονται με την αυτονομία και τις προσπάθειες ανεξαρτητοποίησης του εφήβου από τους γονείς οι οποίες υποβιβάζονται απ' τη στιγμή που ο έφηβος χάνει τον έλεγχο της διατροφής και του βάρους του. (Lock & Grange, 2001). Η οικογενειακή θεραπεία επικεντρώνεται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο ασθενής ιδιαίτερα σε σχέση με την ανικανότητά του να κατακτήσει το αναμενόμενο για την ηλικία και το ύψος του βάρος. Η θεραπεία χωρίζεται σε τρεις φάσεις και μπορεί να έχει διάρκεια από 6 έως 12 μήνες.

Πιο αναλυτικά, στην πρώτη φάση η βαρύτητα δίνεται στο να μπορέσουν οι γονείς να βρουν αποτελεσματικές στρατηγικές ώστε να ανακτήσει το παιδί το βάρος του. Στα πλαίσια αυτά οργανώνεται ένα οικογενειακό δείπνο στο γραφείο του θεραπευτή ώστε να μπορεί ο τελευταίος να παρατηρήσει τις αλληλεπιδράσεις της οικογένειας και τις στάσεις της ως προς το φαγητό. Στη φάση

αυτή δε γίνεται «καταμερισμός ευθυνών» για τα αίτια που οδήγησαν στην πάθηση αλλά γίνεται προσπάθεια για ένα κλίμα εμπιστοσύνης απαραίτητο για την καλή πορεία της θεραπείας. Επιπλέον, όταν υπάρχουν και αδέρφια γίνεται προσπάθεια να μειωθούν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός και εγκατάλειψη και να αυξηθεί η συμμετοχή και η υποστήριξη προς το άτομο που πάσχει.

Η δεύτερη φάση ξεκινά απ' τη στιγμή που ο ασθενής αρχίζει να κερδίζει βάρος με σταθερό ρυθμό. Σ' αυτή τη χρονική στιγμή αρχίζει να κερδίζει σταδιακά και τον χαμένο έλεγχο πάνω στη διατροφή του. Το βάρος εδώ πέφτει στο πώς τα διάφορα προβλήματα που μπορεί να έχει η οικογένεια επιδρούν στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού.

Η τρίτη φάση ξεκινά όταν πια ο ασθενής έχει αρχίσει να τρέφεται κανονικά, να έχει φτάσει το ιδανικό βάρος και έχει κερδίσει την ανεξαρτησία του από την επίβλεψη των γονέων. Αυτή η φάση είναι σχετικά σύντομη και επικεντρώνεται στο να βοηθήσει την οικογένεια να προσαρμοστεί στις φυσιολογικές αλλαγές και συγκρούσεις που φέρνει η συμβίωση με έναν έφηβο και που πιθανόν να είχαν παραμεληθεί λόγω της ανορεξίας.

✓ Γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία: οι κύριοι παράγοντες που δημιουργούν τη Βουλιμία είναι οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις σχετικά με το σχήμα του σώματος και το βάρος. Αυτές οι ιδέες οδηγούν στην υπερεκτίμηση της αδύνατης σιλουέτας και τη δυσαρέσκεια με το σώμα η οποία ακολουθείται από προσπάθειες για αλλαγή ή έλεγχο στο σχήμα του σώματος και το βάρος μέσω αυστηρής δίαιτας και εξαντλητικής γυμναστικής. Οι αυστηρές δίαιτες έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της πείνας και την εμφάνιση βουλιμικών επεισοδίων που αυξάνουν τις ανησυχίες για αύξηση του βάρους καθώς επίσης και το άγχος και την ενοχή που τα ακολουθούν (Apple & Agras, 1997· Fairburn, Marous & Wilson, 1993). Και εδώ ακολουθείται ένα μοντέλο 3 σταδίων ενώ η θεραπεία διαρκεί περίπου 6 μήνες.

Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την παρουσίαση του μοντέλου που θα ακολουθηθεί στη θεραπεία υπογραμμίζοντας τη σπουδαιότητα της Βουλιμίας ως ασθένειας και τη σχέση της με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Επιπλέον, συζητούνται η δομή και στόχοι της θεραπείας, παρέχεται εκπαίδευση πάνω στις διατροφικές διαταραχές, τη διατροφή και το ιδανικό βάρος ενώ ενισχύεται η αυτο-παρατήρηση των διατροφικών συνηθειών του ατόμου και οι τεχνικές ενίσχυσης στις επιθυμητές συμπεριφορές με σκοπό να αποφευχθεί η υπερφαγία.

Στα πλαίσια αυτά εκπαιδεύονται και οι γονείς πάνω στους κινδύνους της αρρώστιας και τους ζητείται να υποστηρίξουν τη προσπάθεια του παιδιού τους.

Κατά το δεύτερο στάδιο η θεραπεία αρχίζει να οριοθετείται όλο και περισσότερο από τις αρχές της Γνωστικής θεραπείας.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνταν στο προηγούμενο στάδιο αρχίζουν να εμπλουτίζονται με διαδικασίες που σκοπό έχουν να εξαλείψουν τους περιορισμούς στη δίαιτα του ασθενή και να αντιμετωπίσουν καταστάσεις οι οποίες θέτουν τον ασθενή σε υψηλό κίνδυνο επαναφοράς στη

προηγούμενη συμπεριφορά. Επιπλέον, οι γνωστικές διαδικασίες χρησιμοποιούνται για να αναγνωριστούν και να οριοθετηθούν σκέψεις και συμπεριφορές οι οποίες διατηρούν τα προβλήματα στη διατροφή και ιδιαίτερα στις μεγάλες ανησυχίες που εκφράζει ο ασθενής για το σχήμα του σώματός του και το βάρος του. Και σ' αυτό το στάδιο υπάρχουν συναντήσεις με τους γονείς, στις οποίες ενημερώνονται για τη πρόοδο του παιδιού τους, εκπαιδεύονται επιπλέον για να μπορούν να στηρίζουν το παιδί τους στη προσπάθειά του φαγητά που είτε αποφεύγει, είτε φοβάται, αλλά και να πειραματιστεί με τη συμπεριφορά του. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει έξι συνεδρίες οι οποίες ολοκληρώνονται μέσα σε δύο μήνες.

Στο τρίτο στάδιο το ενδιαφέρον στρέφεται κυρίως γύρω από τη διατήρηση της αλλαγής που έφερε η θεραπεία. Γίνεται μία ανακεφαλαίωση της προόδου που έγινε και θέτονται ρεαλιστικοί στόχοι για το μέλλον. Σ' αυτό το στάδιο αρχίζει να δουλεύεται και η πρόοδος που έχει κάνει ο ασθενής σε αναπτυξιακά ζητήματα της εφηβείας, τα οποία μπορεί να αποτελούν αγχωγόνους παράγοντες που να οδηγήσουν σε παλινδρόμηση της διαδικασίας ανάρρωσης. Και σ' αυτό το στάδιο συμμετέχουν οι γονείς προκειμένου να ενημερωθούν για τους τρόπους με τους οποίους να βοηθήσουν το παιδί τους να αποφύγει αρνητικές εξελίξεις στη διαδικασία της αποθεραπείας του. Το τελευταίο αυτό στάδιο αποτελείται από τέσσερις συνεδρίες που γίνονται μέσα σε διάρκεια ενός μήνα.

✓ Απλοποιημένη Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία: αυτή η θεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνεται στη βελτίωση των συνηθειών διατροφής του ατόμου. Ενσωματώνει τα συμπεριφορικά και εκπαιδευτικά στοιχεία της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας, αποκλείοντας τις πιο απαιτητικές γνωστικές τεχνικές, γεγονός που καθιστά τη χορήγησή της ευκολότερη απ' εκείνη της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας. Αυτό σημαίνει ότι μπορούν άνετα να την ακολουθήσουν οι λιγότεροι εκπαιδευμένοι θεραπευτές. Τα ερευνητικά δεδομένα που έχουμε στα χέρια μας μέχρι σήμερα δείχνουν πως δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, αφού μετά το τέλος της εκδηλώνονται υποτροπές. Παρ' όλα αυτά, είναι κατάλληλη για ορισμένα άτομα. Κι αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο: δε χρειάζονται όλοι οι άνθρωποι την ολοκληρωμένη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία (Fairburn, 2007).

✓ Ψυχοεκπαιδευτικές θεραπείες: τα ψυχοεκπαιδευτικά θεραπευτικά προγράμματα τα οποία συνήθως διεξάγονται σε ομαδική βάση στοχεύουν στο να ενημερώσουν τους ανθρώπους για τα προβλήματα βουλιμίας και να τους συμβουλεύσουν για τον κατάλληλο χειρισμό τους. Οι συμβουλές βασίζονται συνήθως σ' εκείνες που προσφέρουν και οι γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες. Ερευνητές από το Τορόντο μελέτησαν την αποτελεσματικότητα μίας μορφής αυτής της θεραπείας η οποία ήταν πρωτότυπη καθώς διεξαγόταν υπό τη μορφή διδασκαλίας. Διαπίστωσαν πως η ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία απέδωσε αποτελέσματα παρόμοια μ' εκείνα της γνωστικής –

συμπεριφορικής, εκτός από την περίπτωση των ασθενών με πιο σοβαρά προβλήματα πρόσληψης τροφής. Δυστυχώς, η τυχόν μονιμοποίηση της αλλαγής δε μελετήθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό, κι έτσι τα πραγματικά πλεονεκτήματα αυτής της θεραπείας δεν είναι ακόμη σαφή. Παρ' όλα αυτά, η ανακάλυψή της ενισχύει την άποψη πως θεραπείες απλούστερες απ' ότι η γνωστική – συμπεριφορική μπορούν να είναι αποτελεσματικές για έναν αριθμό ατόμων με προβλήματα βουλιμίας (Olmsted, Davis, Rockert, Irvine Eagle, & Garner, 1991).

✓ **Εστιασμένη ψυχοθεραπεία:** ο όρος εστιασμένη ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται γενικά για όλες εκείνες τις σύντομες μορφές ψυχοθεραπείας που εντοπίζουν αρχικά ένα ή περισσότερα ζητήματα που θεωρούνται μείζονος σημασίας για το πρόβλημα του ασθενούς και στη συνέχεια επικεντρώνονται αποκλειστικά στην επίλυσή τους. Η σημασία που δίνεται σε αυτή τη συγκεκριμένη εστίαση στο πρόβλημα αποτελεί το ιδιαίτερο γνώρισμά τους. Η διαπροσωπική είναι μία από τις περισσότερο μελετημένες μορφές της εστιασμένης ψυχοθεραπείας. Σχεδιασμένη αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δίνει έμφαση στην αναγνώριση και στην αλλαγή των διαπροσωπικών προβλημάτων που θεωρούνται υπεύθυνα για τα συμπτώματα κατάθλιψης – συνεχής θλίψη, διαμάχες με τους φίλους ή τους συγγενείς, δυσκολίες δημιουργίας ή διατήρησης σχέσεων και προβλήματα αντιμετώπισης των μεταβατικών σταδίων της ζωής (για παράδειγμα, της εγκατάλειψης του πατρικού σπιτιού, του γάμου, του ρόλου του γονέα κλπ). Καθώς οι διαπροσωπικές δυσκολίες αποτελούν συνήθη κατάσταση των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας και μπορούν να συντελέσουν στη διατήρησή τους, είναι εύλογο να πιστεύουμε στην αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας (Wilfley, Argas, Telch, Rossiter, Schneider, Cole, Sifford, & Reaburn, 1993).

✓ **Έκθεση με Πρόληψη Απάντησης:** Μελετημένη από τους Δρς Τζέιμς Ρόουζεν και Χάρολντ Λάιτεμπεργκ του Πανεπιστημίου του Βερμόντ, αυτή η μορφή θεραπείας απευθύνεται στους ανθρώπους που κάνουν έμετο μετά από κάθε επεισόδιο βουλιμίας. Στην πιο τυπική μορφή της στοχεύει να οδηγήσει τους ανθρώπους σε τέτοιο βαθμό βουλιμίας, ώστε να τους «αναγκάσει» να καταφύγουν στην τεχνική πρόκλησης εμέτου. Στη συνέχεια όμως τους βοηθά να αντισταθούν στην παρόρμηση αυτή. Οι συναντήσεις για αυτή τη θεραπεία μπορεί να διαρκέσουν αρκετές ώρες. Όπως είναι λογικό, οι ασθενείς δε «συμπαθούν» αυτή τη θεραπεία. Η παρόρμηση για έμετο μετά από κάθε επεισόδιο βουλιμίας είναι ιδιαίτερα ισχυρή και η αντίσταση σ' αυτή πολύ οδυνηρή. Οι υπέρμαχοί της ισχυρίζονται πως η πρόκληση εμέτου είναι ένας βασικός παράγοντας διαιώνισης της βουλιμίας: υποστηρίζοντας αυτήν την άποψη τονίζουν ότι οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία που ξέρουν πως τις περισσότερες φορές δε θα μπορέσουν να κάνουν έμετο, μπορούν να αντισταθούν στην παρόρμηση για βουλιμία. Ανεξάρτητα όμως απ' αυτό, καθώς και από το γεγονός ότι ο έμετος επιδεινώνει πράγματι τα προβλήματα βουλιμίας, η έκθεση με πρόληψη της απάντησης προσφέρει ελάχιστα ώστε να την προτείνουμε. Είναι δυσάρεστη, χρονοβόρα και όχι τόσο αποτελεσματική όσο

η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία. Από την άλλη, μπορεί να προσφέρει κάποια βοήθεια στα άτομα εκείνα που δεν επωφελούνται από τη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία. (Fairburn, 2007)

## 6.2 Αποτελεσματικότητα

Σύμφωνα με έρευνα των Kiang και Harter (2006) για να είναι αποτελεσματικό ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών θα πρέπει να περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις για τη βελτίωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής υγείας του ατόμου, καθώς επίσης και των διαπροσωπικών του σχέσεων. Για παράδειγμα, παρ' όλο που είναι πολύ σημαντικό να δώσουμε σε μία έφηβη να καταλάβει ότι είναι σχεδόν απίθανο να αποκτήσει κανείς την εμφάνιση ενός μοντέλου, είναι εξίσου σημαντικό να δώσουμε τη πρέπουσα σημασία και στις ιστορίες που σχετίζονται με τη σχέση που έχει δημιουργήσει με το άτομο προσκόλλησης. Δε πρέπει δηλαδή τα διάφορα προγράμματα να έχουν ως στόχο μόνο τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων που σχετίζονται με την εμφάνιση ή με θέματα δίαιτας και διατροφής, αλλά θα πρέπει να δώσουμε βάρος και στη βελτίωση της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου.

Μια από τις βασικότερες πτυχές στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών είναι η υποστήριξη που πρέπει να δέχεται ο ασθενής πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τα γεύματα. Στόχος αυτής της υποστήριξης είναι να ομαλοποιήσει τη διατροφική συμπεριφορά, καθώς επίσης να βοηθήσει στην ανάκτηση ή τη διατήρηση του βάρους και να επανεγκαταστήσει τη διαδικασία των γευμάτων ως μια ευχάριστη κοινωνική διαδικασία. Το άτομο που θα αναλάβει το ρόλο του υποστηρικτή σ' αυτή τη διαδικασία θα πρέπει να είναι έτοιμο να διαπραγματευτεί με υπομονή τις απαιτήσεις του ασθενή, να είναι ήρεμος και να νιώθει ασφαλής με τον εαυτό του και το σώμα του και να έχει μια θετική σχέση με τον πάσχοντα. Επιπλέον, θα πρέπει να αποτελεί ένα θετικό μοντέλο συμπεριφοράς που ξέρει πώς να φροντίζει τον εαυτό του, να έχει καλή σχέση με το φαγητό, να μη χρησιμοποιεί διαιτητικά προϊόντα και να μην έχει απέχθεια για κάποια τροφή. Τέλος θα πρέπει να είναι ενεργός ακροατής σε όσα έχει να πει ο ασθενής, να δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον, να κάνει διευκρινιστικές ερωτήσεις και να αντανακλά τα συναισθήματα που εισπράττει (Leichner, Hall, & Calderon, 2005).

Η δυσαρέσκεια από τη θεραπεία είναι πιθανόν να προκαλέσει καθυστερήσεις στην αποθεραπεία των ασθενών καθώς επίσης μπορεί να συμβάλλει στην αποτυχία του ασθενή να δεσμευτεί στη θεραπεία του και να αποσυρθεί απ' αυτήν.

Οι ειδικοί πάνω στις διατροφικές διαταραχές συμφωνούν ότι οι γονείς θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη θεραπεία των παιδιών τους. Ένας λόγος που προωθεί αυτή την άποψη είναι το ότι η αφοσίωση των παιδιών στη θεραπεία τους και η πίστη τους σ' αυτήν εξαρτάται από την εμπιστοσύνη που δείχνουν οι γονείς στη θεραπεία καθώς επίσης και στα κίνητρα του ίδιου του ασθενή.

Βέβαια, το να ξεπεράσει κανείς κάποια διατροφική διαταραχή δεν εξαρτάται μόνο από παράγοντες που αφορούν τη θεραπεία. Υπάρχουν και άλλοι πολύ σοβαροί παράγοντες οι οποίοι περιλαμβάνουν την υποστήριξη που λαμβάνουν οι ασθενείς απ' την οικογένειά τους, την επαφή με το φιλικό τους περιβάλλον, τη δραστηριοποίηση του ασθενή σε δραστηριότητες που βοηθούν να επικεντρωθεί η προσοχή του ασθενή σε κάτι άλλο, έξω από τη διατροφική του διαταραχή, καθώς επίσης και πιθανές εμπειρίες που βελτιώνουν την αυτοπεποίθηση του ασθενή (Halvorsen & Heyerdahl, 2007).



## 7. Επίλογος

---

Στο δυτικό πολιτισμό οι γυναίκες μαθαίνουν από πολύ μικρή ηλικία ότι η κοινωνική τους ζωή και οι ευκαιρίες που θα τους δοθούν επηρεάζονται άμεσα από την εξωτερική τους εμφάνιση (Griffiths & Mc Cabe,2000). Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια οι γυναίκες να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην εμφάνισή τους και στο τι πρέπει να κάνουν για να δείχνουν ακόμα πιο όμορφες και ελκυστικές (Mazur,1986· Griffiths & Mc Cabe,2000). Έτσι λοιπόν, σε συνδυασμό με τις κοινωνικές απαιτήσεις για λεπτές και καλλίγραμμες σιλουέτες ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών σήμερα προσπαθεί να αποκτήσει ένα λεπτό σώμα.

Αυτό το πρότυπο πολύ συχνά προωθείται ακόμα και μέσα από την οικογένεια που με τα σχόλια και τις παροτρύνσεις της οδηγεί κυρίως τα νέα κορίτσια σε επίμονες προσπάθειες ελέγχου του βάρους τους.

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να καταδείξει ποιου είδους σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να σχετιστούν με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Μία τέτοια γνώση θα ήταν πολύ χρήσιμη τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο θεραπείας από τη στιγμή που θα μας έδινε κάποιες κατευθύνσεις για το πώς θα πρέπει να προσεγγίσουμε τόσο το άτομο που πάσχει όσο και την οικογένειά του

## 8. Βιβλιογραφία

---

### Ελληνόγλωσση

Γκεγκελ, Ρ (1994). *Γυναίκες που τρώνε πολύ*, μτφ Λ.Ταχματζίδου. Αθήνα : Εκδόσεις Οδυσσέας.

Μάνου, Ν.,(1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσ/νίκη : University Studio Press.

Παπαδόπουλου Γ, Ν.,(2005). *Λεξικό της Ψυχολογίας Εγκυκλοπαιδικό με τετράγλωσση ορολογία* . Αθήνα : Σύγχρονη Εκδοτική

Σταλίκας Α., Τριλιβά Σ. & Ρούσση Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*, β' έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Fairburn C.,(2007). *Βουλιμία Ξανακερδίστε τον έλεγχο*, μτφ Μ.Χήρα, επμ Γ.Σίμος, δ' έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη.

Lock J., Le Grange D., Agras W.S & Dare C. (2005). *Εγχειρίδιο θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία*, μτφ Φ.Λέκκας , επμ Γ.Σίμος. Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη.

Venisse Jean-Luc,(1987). *Η Ψυχογενής Ανορεξία*, μτφ Ι.Ράλλης , επμ Α.Αλεξανδρίδης, 2<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις Χατζηνικολή.

### Ξενόγλωσση

Ainsworth, M.D. (1979). Infant - Mother Attachment. *American Psychologist*, **34**, 932-937.

Ainsworth, M.D. (1989). Attachments beyond infancy. *An Psychol.*, **44**, 709-716.

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed. (DSM – IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Apple, R.F., & Agras, W.S. (1997). *Overcoming eating disorder. A cognitive – behavioural treatment of Bulimia Nervosa and binge eating disorder. Client workbook*, San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Arnou B., Kenardy I. & Agras WS (1995) The Emotional Eating Scale : The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*. **18**, 79-90.

Bachar, E. (1998). The contribution of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia. *American Journal of Psychotherapy*, **52**, 147-165.

Barr ,C.T., Bryson, S., Celio – Doyle, A..A., Luce, K.H., Cunnring, D., Abascal, B.L., Rockwell, R., Field, E.A., Striegel – Moore, R., Winzelberg, J.A., Wilfley, D.E., (2006). The Adverse Effect of Negative Comments About weight and shape from family and siblings on woman at high risk for Eating Disorders. *Pediatrics*, **118** (2), 731-738.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, **7**: 147–178.

Bartholomew K. & Horowitz LM. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology* **61**:226-243.

Benninghoven, D., Scheider, H., Strack, M., Reich, G., Gierpka, M., (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychol. Psychother. Theory Res Pract.*, **76**, 323-336.

Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S. & Jantschek, G., (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, **48**, 118-123.

Bernstein, F.R., & Greenberg, P.R. (1991). Dependency and Eating Disorders in Female Psychiatric Inpatients. *J. Nerv, Ment. Dis.*, **179**, 148-152.

Binford, B.R., Le Grange D., & Jellar, C.C. (2005). Eating Disorders Examination Versus Eating Disorders Examination Questionnaire in Adolescent with Full and Partial – Syndrome Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa. *Int. J. Eat Disorder*, **37**, 44-49.

Boerner, L. M., Spillane, N. S., Anderson, K. G., & Smith, G. T. (2004). Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures. *Eating Behaviors*, **5**: 209-222.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London Routledge.

Bray, J.H., Williamson D.S. & Malone, P.E. (1984). *Personal authority in the family system: Development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family processes*. *Journal of Marital and Family Therapy*, **10**, 167-178.

Bray, J.H., Williamson, D.S., & Malone, P.E. (1986). An evaluation of an intergenerational consultation process to increase personal authority in the family system. *Family Process*, **25**, 423-436.

Bray, J.H. & Harren, D.M. (1992). *Intimacy and individuation in young adults: Developments of the young adult version of the Personal Authority in the Family System Questionnaire*. *Journal of Family Psychology*, **6**, 152-163.

Broberg, A.G., Hjalmeer, I., & Nevonen, L. (2001). Eating Disorders, Attachment and Interpersonal Difficulties: A Comparison Between 18- to 24-Year-Old Patients and Normal Controls. *European Eating Disorders Review*, **9**: 381-396.

Brooks-Gunn, J., Warren, M.P., Rosso, J., & Gargiulo, J. (1987). Validity of Self-Report Measures of Girls' Pubertal Status. *Child Development*, **58** (3): 829-841

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Bulik C., (2003). Anxiety, depression and eating disorders. In J.Treasure U. Schmidt & E.van Furth (Eds) *Handbook of eating disorders* (pp.193-198). Chichester U.K : Wiley.

Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating Disorders and perceived relationship with parents. *Int. J. Eat Disorders*, **9**, 479-485.

Castro, J. (2000). Perceived Rearing Practices and Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **7**, 320-325.

Castro, J., Toro, J. & Gruz, M. (2000). Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, **3**, 61-67.

Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment process in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 282-290.

Cooper, P.J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., Murray, L., (2004). Associations between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment *Br. J. Psychiatry*, **5**, 184-210.

Dancyger, I., Fomari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?, *Comprehensive Psychiatry*, **46**, 135-139.

Dare, C. Eisler, I., Russel, G.F.M. & Szumkler, G.I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, **16**, 39-57.

Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking Good Family focus on Appearance and the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **35**, 136-144.

Dozier, M., Stovall, K.C., & Albus, K. E. (1999). *Attachment and psychopathology in adulthood*. In J. Cassidy & P. Shewer (Eds.), *The handbook of attachment* (pp. 497-519), New York, Guilferd.

Duemm, I., Adams, R.G., & Keating, L.C. (2003). An Extension of the Dual Pathway Model of Bulimia. *Canadian Journal of Behavioural Science*, **35**(4), 281-291

Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, **40**: 149-155.

Evans, L., & Wertheim, E.H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, **44**, 355-365.

Fairburn, C.G. (1988). The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, **32**(6): 635-645.

Fairburn, C., & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 401-408.

Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.D. (1993). *Cognitive behaviour therapy for binge and bulimia nervosa. A treatment manual*. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds), *Binge eating :Nature, assessment and treatment*. New York : Guilford Press.

Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int. J. Eat Disorder*, **16**, 363-370.

Fairburn, C.G. (1997). *Viewpoint*. Towards Evidence-Based and Cost-Effective Treatment for Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, **5**: 145-148.

Fairburn, C.G., Welch, S. L., Doll, H.A., Davies, B.A., O' Connor, M.E., (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch. Gen. Psychiatry*, **54**, 509-517.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Bohna, K., O'Connor, M.E., Dolla, H.A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, **45**: 1705–1715.

- Fichter, M.M., Quadflieg, N, Georgopoulou, E., Xepapadakos, F., & Fthenakis, E.W. (2005). Time Trends in Eating Disturbances in Young Greek Migrants. *International Journal of Eating Disorders*, **38**(4): 310-322.
- Framo, J.L. (1976). Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy. You can and should go home again. *Family Process*, **15**, 193-210.
- Garner, D.M., & Myerholtz, L.E. (1998). Eating disorders. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Pergamon.
- Garrow, J.S., & Webster, J. (1985). Quetelet's index (W/H<sup>2</sup>) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity*, **9**(2): 147-153.
- Goldfein, A.J., Devlin, J.M., & Kamenetz, C. (2005). Eating Disorder Examination – Questionnaire with and without Instruction to Assess Binge Eating in Patients with Binge Eating Disorder. *Int. J. Eat Disorder*, **37**, 107-111.
- Gowers, S.G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br. J. Psychiatry*, **179**, 236-242.
- Griffiths, A.J. & McCabe, P.M., (2000). The Influence of Significant Others on Disordered Eating and Body Dissatisfaction Among Early Adolescent Girls. *European Eating Disorders Review*, **8**(4), 301-314.
- Groterant, H., & Cooper, C. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence child *Development*, **56**, 415-428.
- Halvorsen I., & Heyerdahl S. (2007). Treatment Perception in Adolescent Onset Anorexia Nervosa: Retrospective Views of Patients and Parents. *International Journal of Eating Disorders*, **40** (7), 629-639.
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, **5**(1), 1-22.
- Hillege, S., Beale, B., & McMaster. R. (2006). Impact of eating disorders on family life: individual parents' stores. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 1015-1022.

- Hinrichsen H., Sheffield A. & Waller G., (2007). The role of parenting experiences in the development of social anxiety and agoraphobia in the eating disorders. *Eating Behaviors*, **8**, 285-290.
- Hoek, H.W., Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **34**:383– 396.
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, **19**: 389 –394.
- Humphrey, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behaviour. *J. Consult Clin Psychol.* **37**, 206-214.
- Huprick, K.S., Stepp, D.S., Graham, A., & Johnson, L. (2004). Gender differences in dependency, separation, object relations and pathological eating behaviour and attitudes. *Personality and Individual Differences*, **36**, 801-811.
- Johnson, C., & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, **142**, 1321-1324.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core believe. *Eating Behaviours*, **6**, 355-364.
- Kaufman, G., & Uhlenberg, P. (1998). Effects of life course transitions on the quality of relationships between adult and children and their parents. *Journal of Marriage & the Family*, **60**, 924–938.
- Keery H., Boutelle K., Patricia vanden Berg & Thompson J.K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members . *Journal of Adolescent Health*. **37**, 120-127.
- Kenny, M. E., & Hart, K. (1992). *Relationship between Parental Attachment and Eating Disorders in an Inpatient and a College Sample*. *The 100<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association*, Washington.
- Kent, S.J., & Clapton, R.J. (1992). Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology*, **48**(3), 281-292.



Kiang L. & Harter, S. (2006). *Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology*, *Eating Behaviours*, 7, 134-151.

Klever, P. (2003). Intergenerational fusion and nuclear family functioning, *Contemporary Family Therapy*, **25**, 431-451.

Kok-Mun Ng, & Smith, S., (2006). The Relationships between Attachment Theory and Intergenerational Family Systems Theory. *The Family Journal*. **14**(4), 430-440.

Kyriacou, O., Treasure J., & Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in Eating Disorders Assessed via Self-Report: An Examination of factors Associated with Expressed Emotion in Careers of people with Anorexia Nervosa in comparison to control families. *Int. J. Eat Disorder*, **41**, 37-46.

Laliberte, M., Bolard, F.J., Leichner, P., (1999). Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, **55**, 1021-1040.

Latzer, Y., & Caber, L. B. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa family perspectives. *Contemporary Family Therapy*, **20**, 539-551.

Latzer, Y., Hockdarf, Z., Bachour, E. & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, **24** (4), 581-599.

Lawson, D.M.& Brossart, D.F.. (2004). The Association Between Current Intergenerational Family Relationships and Sibling Structure. *Journal of Counseling & Development*, **82**, 472 – 482.

Leichner, P., Hall, D., & Calderon, R. (2005). Meal support training for friends and family of patients with eating disorders. *Eating Disorders*, **13**, 407-411.

Lena S., (1987). Early diagnosis and management of anorexia nervosa. *Paediatric Medicine*. **2**, 59-66.

Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. & Dube, A. (1994). Family influences, school behaviours and risk for the later development of an eating disorder. *Journal of Young and Adolescence*, **23**, 499-515.

Leung, F., Schwartzman, A., & Steiger, H. (1996). Testing a Dual-Process Family Model in Understanding the Development of Eating Pathology: A Structural Equation Modelling Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, **20**(4), 367-375.

Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family – Based Treatment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **37**, 564-567.

Lock, J., & Fitzpatrick, K.K. (2007). Evidenced – based Treatments for children and adolescents with Eating Disorders; Family Therapy and Family – facilitated Cognitive – Behavioural Therapy. *J. Conlemp Psychother.*, **37**, 145-155.

Luce, H.K., & Crowther, H.J. (1999). The Reliability of the Eating Disorder Examination – Self Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int. J. Eat Disorder*, **25**, 349-351.

Main, M. Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation in I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol 50, 66-106.

Mazur A., (1986).US.trends in feminine beauty and overadaptions . *The Journal of Sex Research*. **22**, 281-303.

McLaren, L., Gauvina, L., Steiger, H. (2001). A two-factor model of disordered eating. *Eating Behaviors*, **2**: 51-65.

Mei, Z., Grummer-Strawn, L.M., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, M.I., & Dietz, W.H. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, **75** (6): 978-985.

Mikulineer, M., Floran, V., Cowan, P.A., & Cowan, C. P., (2002). Attachment security in couple relationships. A systemic model and it implications for family dynamics. *Family Process*, **41**, 405-434.

- Minuchin, S., Rosman, N.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Massachusetts: Harvard University Press, p. 51-73.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Queen, C., Beaumont, P. J. V. (2004). Temporal Stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *Int. J. Eat Disorder*, **36**, 195-203.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B. Owen, C., & Beaumont, P.J.V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, **42**, 551-567.
- Moreno, A., & Thelen, M.H. (1993). Parental factors related to bulimia nervosa. *Addict. Behaviour*, **18**, 681-689.
- Narduzzi, K. J., & Jackson, T. (2000). Personality differences between eating disordered women and a non clinical comparison sample: a discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, **56**, 699-710.
- Neumark – Sztainer, D., Falkner, N., & Story, M.. (2002). Weight – leasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int. J. Obes Relat. Metab. Disord.* **26**, 123-131.
- Ogden, J., & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *Int. J. Eat Disord.*, **28**, 78-83.
- Olmsted, M.P., Davis, R., Rockert, W., Irvine, M., Eagle, M., & Garner, D.M. (1991). Efficacy of brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, **29**, 71 - 83
- Orzolok – Kronner, C. (2002). The Effect of Attachment Theory in The Development of Eating Disorders: Can Symptoms be Proximity – Seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, **19**(6), 421-435.
- Ousley L., Elizabeth Diane Cordero, White,S. (2008). Eating Disorders and Body Image of Undergraduate Men. *Journal of American College Health*, **56** (6), 617 - 621

- Palmer, R. L., Oppenheimer, R., & Marshall, P.D. (1988). Eating disordered patients remember their parents: a study using the Parental Bonding Instrument. *Int. J. Eat Disorders*, **7**, 101-106.
- Park, J., & Beaudet, M.P. (2007). Eating Attitudes and their Correlates among Canadian Women Concerned about their Weight. *European Eating Disorders Review*, **15**: 311–320.
- Passi, A.V., Bryson, W.S., & Lock, J. (2003). Assessment of Eating Disorders in Adolescents with Anorexia Nervosa: Self-Report Questionnaire Versus Interview. *Int J. Eat Disorder* **33**, 45-54.
- Paxton, S., Werthein, E., Gibbons, K., Smukler, G., Hillier, L., Petrovich, J. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs and weight loss behaviours in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence* . **20**(3), 361-379.
- Perosa, L, Perosa, S. & Tam, H. (1996). The contribution of family structure and differentiates to identity development in females. *Journal of Young and Adolescence*, **25**(6), 817-837.
- Perosa, L., Perosa, S., & Tam, H. (2002). Intergenerational Systems Theory and Identity Development in Young Adult Women. *Journal of Adolescent Research*, **17**(3), 235-259.
- Peterson, C.B., Croston, R.D., Wonderlich, S.A., Joiner, T., Grow, S.S., Mitchell, J.E., Bardone-Cone, A.M., Klein, M., & Le Grange, D. (2007). Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination – Questionnaire: Factor structure and Internal Consistency. *Int. J. Eat Disorder*, **40**, 386-389.
- Pike, K.M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 198-204.
- Reid, K. J., & Anderson, T. W. (1992). The relationship between personal authority in the family system and discovery of meaning in life. *Contemporary Family Therapy*, **14**(3), 225-240.
- Ringer, F. & McKinsey, G., Henden, P. (2007). Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Process on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, **15**, 119-130.

Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., Garcia, A., Dominguez, A., Rodrigo, G., Sanjuan, L. & Vila, M. (2003). Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. *Int. J. Eating Disorders*, **34**, 281-291.

Salzman, J. (1997). Ambivalent attachment in female adolescents. Association with affective instability and eating disorders. *Int. J. Eat Disord.*, **21**, 251-259.

Senra, C., Sancher – Cao, E., Seoane, G., & Leung, Y.K.F. (2007). Evolution of self-concept deficits in patients with eating disorders: The role of family concern about weight and appearance. *European Eating Disorders Review*, **15**, 131-138.

Shapiro, J. R., & Anderson, D. A. (2003). The effects of restraint, gender, and body mass index on the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, **11**: 177-180.

Sharpe, T.M., Killen, J.D., Bryson, S.W., Shisslak, C.M., Estes, L.S., Grey, N., Crage, M. & Taylor, C.B. (1997). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *Int. J. Eating Disorder* **23**, 39-44.

Shepherd, H., & Ricciardelli, L. (1998). Test of Stice's Dual Pathway Model: Dietary Restraint and Negative Affect As Mediators of Bulimic Behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, **36**: 345-352.

Skowron, E. A., Holmes S. E., & Sabatelli, R. M. (2003). Deconstructing differentiation: self regulation, interdependent relating, and well-being in adulthood. *Contemporary Family Therapy*, **25**(1), 111 - 129

Smolak, L., Levine, M.P., & Schermer, F.(1999). Parental input and weight concern among elementary school children. *Int J Eat Disord*, **25**, 263 – 271.

Sohlberg, S., & Norring, C. (1995). Co-occurrence of ego function change and symptomatic change in bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women. *International Journal of Eating Disorders*, **18**, 13-26.

Stein, T., Woulley, H., Cooper, S.D., & Fairburn, C.G.. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J. Child Psychol. Psychiatry*, **35**, 733-748.

- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, **14**, 633-661.
- Stice, E. (1998). Modelling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimia symptoms Behaviour. *Research and Therapy*, **36**, 931-944.
- Stice, E., (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, **128**, 825-848.
- Storber, M. & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 654-659.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., & Rodin, J. (1986). Toward an Understanding of Risk Factors for Bulimia. *American Psychologist*, **41**(3): 246-263.
- Sysko, R., Walsh, B.T., & Fairburn, G.C. (2005). Eating Disorder Examination – Questionnaire as a Measure of change in Patient with Bulimia Nervosa. *Int. J. Eat Disorder*, **37**, 100-106.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for Binge Eating Disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, **16**(1): 106–121.
- Thompson, R.A. (1999) *Early attachment and later development*. In J. Cassidy & P. Shouer (Eds.). *The handbook of attachment*, 265-286, New York: Guilferd.
- Triliva, S. (1990). *Identity and relatedness within the family of origin in urban and rural Greece*. Unpublished Doctoral Dissertation The Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University.
- 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.
- 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**, 449-453.

Turrer, H.M., Rose, K.S., & Cooper, M.J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and non overweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, **29**, 381-387.

van Furth, E.F., van Strien, D.C., Martina, L.M.I., van Son, M.J.M., Hendricks, J.J.P., & van Engelard, H. (1996). Expressed emotion and the perdition of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **21**, 19-31.

Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, **62**, 3-9.

Waller, G., Slade, P. & Calam, R. (1990a). Family adaptability and cohesion: relation to eating attitudes and disorders. *Int. J. Eat Disorder*, **9**, 225-228.

Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990b). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *Br. J. Psychiatry*, **156**, 546-550.

Wallin, U., & Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers. Patterns of family function. *Nord J. Psychiatry*, **53**, 29-35.

Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000a). Attachment research in Eating Disorders. *Br. J. Med Psychol*, **73**, 35-51.

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, A., & Treasure. J. (2000b). Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int. J. Eating Disorder*, **28**, 370-376.

Ward, A., Ramsay, R., Tumbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Br J. Med Psychol*, **74**, 497-505.

Weltzin, T.E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: update. *Journal of Men's Health & Gender*, **2(2)**: 186-193.

Wilfley, D.E., Argas, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G., Sifford, L., & Reaburn, S.D. (1993). Group cognitive – behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Ajaournal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**, 296 – 305.

Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, L.W., & Swencionis, C. (2003). The Relationship between Eating Pathology and Perceived Family Functioning in Eating Disorder Patients in a Day Treatment Program. *Eating Disorders*, **11**, 89-99.

Witton S.N.,Leichner P.,Sanhu-Sahata P & Filippeli D., (2007). The Research Directions Survey : Patien and Parent Perspectives of Eating Disorder Research. *Eating Disorders*. **15**, 205-216.

Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldbloom, D.S., & Kennedy, S.H. (2001). Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community. *American Journal of Psychiatry*, **158**(4): 570–574.

Woodside, D. B., Bulik, M.C., Halmi, A.K., Fichler, M.M., Kaplan, A., Berrettini, H.W., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K., & Kaye, H.W. (2002). Personality, Perfectionism and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders. *Int. J. Eat. Disord.* **31**, 290-299.

Young, A.E., Clapton, R.J., & Bleckley, K.M. (2004). Perfectionism low self-esteem and family factions as predictors of bulimic behaviour. *Eating Behaviours*, **5**, 273-283.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΕΔΕ-Q

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΡΑFS

Αγαπητέ/ή φοιτητή/τρια,

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των συναισθημάτων, των οικογενειακών δυναμικών 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	Ανδρας _____	Γυναίκα _____
Αν είστε γυναίκα είστε έγκυος:	Ναι _____	Όχι _____
Ηλικία	_____ έτη	
Σχολή		
Έτος Σπουδών		
Τόπος κύριας διαμονής		
<input type="checkbox"/> Χωριό (έως 3.000 κατ.)		<input type="checkbox"/> Πόλη (μέχρι 150.000 κατ.)
<input type="checkbox"/> Κωμόπολη (μέχρι 10.000 κατ.)		<input type="checkbox"/> Μεγαλούπολη (από 150.000 κατ.)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας		
<input type="checkbox"/> Δεν τελείωσε σχολείο		<input type="checkbox"/> Απόφοιτη Ανώτερης/ Ανώτατης σχολής
<input type="checkbox"/> Απόφοιτη δημοτικού		<input type="checkbox"/> Απόφοιτη λυκείου
<input type="checkbox"/> Απόφοιτη γυμνασίου		<input type="checkbox"/> Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα		
<input type="checkbox"/> Δεν τελείωσε σχολείο		<input type="checkbox"/> Απόφοιτος λυκείου
<input type="checkbox"/> Απόφοιτος δημοτικού		<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Ανώτερης/ Ανώτατης σχολής
<input type="checkbox"/> Απόφοιτος γυμνασίου		<input type="checkbox"/> Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ EDE-Q

**Οδηγίες:** Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 μέρες) μόνο. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε ερώτηση προσεκτικά. Ευχαριστώ.

Ερωτήσεις 1-12: Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας ταιριάζει στη δεξιά πλευρά της σελίδας. Θυμηθείτε ότι οι ερωτήσεις αφορούν στις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 μέρες) μόνο.

Πόσες από τις τελευταίες 28 μέρες...	Καμία μέρα	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
1. Έχετε <u>προσπαθήσει</u> ηθελημένα να περιορίσετε την ποσότητα του φαγητού που τρώτε, ώστε να αλλάξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας (είτε το καταφέρατε είτε όχι);	0	1	2	3	4	5	6
2. Έχετε περάσει μακρές περιόδους (8 ή περισσότερες ώρες εκτός του ύπνου) χωρίς να έχετε φάει τίποτα, ώστε να αλλάξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας;	0	1	2	3	4	5	6
3. Έχετε <u>προσπαθήσει</u> να αποκλείσετε από τη διατροφή σας φαγητά τα οποία σας αρέσουν ώστε να αλλάξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας (είτε το καταφέρατε είτε όχι);	0	1	2	3	4	5	6
4. Έχετε <u>προσπαθήσει</u> να ακολουθήσετε ξεκάθαρους κανόνες σχετικά με τη διατροφή σας (π.χ. περιορισμό θερμίδων) ώστε να αλλάξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας (είτε το καταφέρατε είτε όχι);	0	1	2	3	4	5	6
5. Είχατε ξεκάθαρη επιθυμία να έχετε <u>άδειο</u> στομάχι με σκοπό να αλλάξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας;	0	1	2	3	4	5	6
6. Είχατε ξεκάθαρη επιθυμία να έχετε ένα <u>εντελώς επίπεδο</u> στομάχι;	0	1	2	3	4	5	6
7. Έχει η σκέψη γύρω από το <u>φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες</u> κάνει δύσκολο το να συγκεντρώνετε σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (π.χ. δουλειά, παρακολούθηση μιας συζήτησης ή διάβασμα);	0	1	2	3	4	5	6
8. Έχει η σκέψη γύρω από το <u>σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας</u> κάνει δύσκολο το να συγκεντρώνετε σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (π.χ. δουλειά, παρακολούθηση μιας συζήτησης ή διάβασμα);	0	1	2	3	4	5	6

9. Είχατε ένα ξεκάθαρο φόβο απώλειας ελέγχου γύρω από τη διατροφή σας;	0	1	2	3	4	5	6
10. Είχατε ένα ξεκάθαρο φόβο ότι μπορεί να πάρετε βάρος;	0	1	2	3	4	5	6
11 Έχετε νιώσει παχιά/ύς;	0	1	2	3	4	5	6
12 Είχατε μια δυνατή επιθυμία να χάσετε βάρος;	0	1	2	3	4	5	6

**Ερωτήσεις 13-18: Παρακαλώ συμπληρώστε τον αριθμό που σας ταιριάζει στα κενά δεξιά της σελίδας. Θυμηθείτε ότι οι ερωτήσεις αφορούν στις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 μέρες) μόνο.**

Κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 μέρες)...

13 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσες φορές έχετε φάει ποσότητα φαγητού την οποία άλλοι άνθρωποι θα χαρακτήριζαν ως ασυνήθιστα μεγάλη (δεδομένων των περιστάσεων); .....

14 ....Σε πόσες από αυτές τις φορές είχατε την αίσθηση ότι χάσατε τον έλεγχο του φαγητού (τη στιγμή που τρώγατε); .....

15 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσες ΜΕΡΕΣ συνέβησαν τέτοια επεισόδια υπερφαγίας (π.χ. καταναλώσατε μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού και είχατε εκείνη τη στιγμή μια αίσθηση απώλειας ελέγχου); .....

16 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσες φορές προκαλέσατε έμετο με σκοπό να ελέγξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας; .....

17 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσες φορές πήρατε καθαρκτικά χάπια με σκοπό να ελέγξετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας; .....

18 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσες φορές ασκηθήκατε με «επίμονο» και «καταναγκαστικό» τρόπο με σκοπό να ελέγξετε το βάρος σας, το σχήμα του σώματός σας, την ποσότητα λίπους ή να κάψετε θερμίδες; .....

**Ερωτήσεις 19-21: Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας ταιριάζει. Παρακαλώ σημειώστε ότι για αυτές τις ερωτήσεις ο όρος «επεισόδιο υπερφαγίας» σημαίνει το να τρώει κανείς αυτό που οι άλλοι θα θεωρούσαν ως μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού για την κατάσταση, συνοδευόμενο από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου γύρω από το φαγητό.**

	Καμία μέρα	1-5 μέρες	6-12 μέρες	13-15 μέρες	16-22 μέρες	23-27 μέρες	Κάθε μέρα
<b>19 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσες μέρες φάγατε κρυφά; ....Μην υπολογίσετε επεισόδια υπερφαγίας</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>20 Πόσες από τις φορές που φάγατε νιώσατε ένοχη/ος (ότι κάνατε λάθος) εξαιτίας της επίπτωσης στο σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας; ....Μην υπολογίσετε επεισόδια υπερφαγίας</b>	καμία φορά	μερικές φορές	λιγότερο από τις μισές φορές	τις μισές φορές	πάνω από τις μισές φορές	τις περισ- σότερες φορές	κάθε φορά
	0	1	2	3	4	5	6
<b>21 Κατά τις τελευταίες 28 μέρες, πόσο σας απασχόλησε το να σας βλέπουν άλλοι να τρώτε; ....Μην υπολογίσετε επεισόδια υπερφαγίας</b>	καθόλου		ελάχιστα		μέτρια		σημαντικά
	0	1	2	3	4	5	6
<b>Ερωτήσεις 22-28: Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που σας ταιριάζει στη δεξιά πλευρά της σελίδας. Θυμηθείτε ότι οι ερωτήσεις αφορούν στις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 μέρες) μόνο.</b>							
Κατά τις τελευταίες 28 μέρες...	καθόλου		ελάχιστα		μέτρια		σημαντικά
<b>22 Έχει το <u>βάρος</u> σας επηρεάσει τον τρόπο που σκέφτεστε (κρίνετε) τον εαυτό σας ως άτομο;</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>23 Έχει το <u>σώμα</u> σας επηρεάσει τον τρόπο που σκέφτεστε (κρίνετε) τον εαυτό σας ως άτομο;</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>24 Πόσο θα σας αναστάτωνε εάν σας ζητούσαν να ζυγίζετε μια φορά την εβδομάδα (όχι περισσότερο ή λιγότερο συχνά) για τις επόμενες τέσσερις εβδομάδες;</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>26 Πόσο δυσαρεστημένη/νος είστε με το <u>σχήμα του σώματός</u> σας;</b>	0	1	2	3	4	5	6

27 Πόσο άβολα έχετε νιώσει κοιτάζοντας το σώμα σας;  
(π.χ. κοιτώντας το σώμα σας στον καθρέπτη, σε μια  
αντανάκλαση βιτρίνας καταστήματος, ενώ γδύνεστε  
ή κάνετε μπάνιο ή ντους);

0 1 2 3 4 5 6

28 Πόσο άβολα έχετε νιώσει από το ότι οι άλλοι  
κοιτούν το σώμα σας (π.χ. σε κοινόχρηστα  
αποδυτήρια, όταν κολυμπάτε ή όταν  
φοράτε στενά ρούχα);

0 1 2 3 4 5 6

Ποιο είναι το βάρος σας αυτή τη στιγμή; (Παρακαλώ δώστε την καλύτερη εκτίμησή σας). .....

Ποιο είναι το ύψος σας; (Παρακαλώ δώστε την καλύτερη εκτίμησή σας). .....

Αν είστε γυναίκα: Κατά τους τελευταίους 3 έως 4 μήνες έχει καθυστερήσει η περίοδός σας; .....

Αν ναι, πόσες φορές; .....

Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια; .....

## PAFS

Για τις ερωτήσεις 1 έως 8 χρησιμοποιείτε την ακόλουθη κλίμακα για να βαθμολογήσετε την ποιότητα και την ικανοποίηση που νιώθετε για τις ακόλουθες σχέσεις, σημειώνοντας κάθε φορά το κατάλληλο τετραγωνίδιο:

Ποιότητα σχέσης με:	1	2	3	4	5
	άριστη	πολύ καλή	καλή	άσχημη	πολύ άσχημη
1. τη μητέρα σας					
2. τον πατέρα σας					
Η ικανοποίηση της σχέσης σας με:	1	2	3	4	5
	πολύ ικανοποιητική	ικανοποιητική	αδιάφορη	απογοητευτική	πολύ απογοητευτική
4. τη μητέρα σας					
5. τον πατέρα σας					

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τη συχνότητα της επαφής (γράμματα, τηλεφωνήματα, προσωπική επαφή) που έχετε με τον πατέρα και τη μητέρα σας;

Συχνότητα επαφής με:	1	2	3	4	5
	πολύ ικανοποιητική	ικανοποιητική	αδιάφορη	απογοητευτική	πολύ απογοητευτική
7. τη μητέρα σας					
8. τον πατέρα σας					

Για τις ερωτήσεις 9 και 10 χρησιμοποιήστε τη κλίμακα:

	1	2	3	4	5
	Ολοκληρωτικά υπεύθυνος	πολύ υπεύθυνος	μέτρια υπεύθυνος	λίγο υπεύθυνος	καθόλου υπεύθυνος
9. Όταν ένας από τους γονείς σας έχει ένα σοβαρό πρόβλημα, ως ποιο σημείο θεωρείτε τον εαυτό σας υπεύθυνο να βρείτε μία λύση στο πρόβλημα αυτό:					
10. Όταν οι γονείς σας έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα στο γάμο τους, ως ποιο σημείο θεωρείτε τον εαυτό σας υπεύθυνο να βρείτε μία λύση στο πρόβλημα αυτό:					

Χρησιμοποιώντας την ακόλουθη υποθετική περίπτωση και την αντίστοιχη κλίμακα για να βαθμολογήσετε τις ερωτήσεις 11 – 20 :

Προσκαλείτε μόνο τον ένα σας γονιό κι όχι τον άλλο για γεύμα μόνο του μαζί σας, αν και ξέρετε ότι ο άλλος ενδιαφέρεται να έρθει και είναι διαθέσιμος:

	1	2	3	4	5
	Υπερβολική	μεγάλη	μέτρια	λίγη	καθόλου
11. Πόση διάθεση θα είχατε να κάνετε κάτι τέτοιο για τη μητέρα σας;					
12. Για τον πατέρα σας:					
13. Πόση άνεση θα νιώθατε να κάνετε κάτι τέτοιο για τη μητέρα σας;					
14. Για τον πατέρα σας:					
15. Πόση αδικία θα ήταν να κάνετε κάτι τέτοιο στο γονιό σας ή στο γάμο τους, από την άποψη της μητέρας;					
16. Από την άποψη του πατέρα;					
17. Πόση άνεση θα νιώθατε να γευματίζετε και να συζητούσατε προσωπικά θέματα με προσκαλεσμένη					



τη μητέρα σας;					
18. Τον πατέρα σας;					
19. Πόση ενοχή θα νιώθατε αν δε καλούσατε τον άλλο γονιό, για παράδειγμα εάν δε καλούσατε τη μητέρα σας;					
20. Τον πατέρα σας;					

Χρησιμοποιήστε την ακόλουθη κλίμακα για τις ερωτήσεις 21 – 46 :

	1	2	3	4	5
	συμφωνώ απόλυτα	συμφωνώ	αδιαφορώ	διαφωνώ	διαφωνώ απόλυτα
21. Φανερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στη μητέρα μου.					
22. Φανερώνω τα πραγματικά μου αισθήματα για σημαντικά γεγονότα στη ζωή μου στον πατέρα μου.					
23. Η μητέρα μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου κι εγώ στη δική της;					
24. Ο πατέρας μου παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μου κι εγώ στη δική του,					
25. Συναντιέμαι με τη μητέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.					
26. Συναντιέμαι με το πατέρα μου από καιρό σε καιρό για να κουβεντιάσουμε και να διασκεδάσουμε.					
27. Παίρνω στα σοβαρά τις σκέψεις και τα συναισθήματα της μητέρας μου αν και δε συμφωνώ πάντα ή δε συμπεριφέρομαι με τον ίδιο τρόπο.					
28. Παίρνω στα σοβαρά τις σκέψεις και τα συναισθήματα του πατέρα μου αν και δε συμφωνώ πάντα ή δε συμπεριφέρομαι με τον ίδιο τρόπο.					
29. Δείχνω ανοιχτά τη τρυφερότητα μου προς τη μητέρα μου.					
30. Δείχνω ανοιχτά τη τρυφερότητά μου προς το πατέρα μου.					
31. Δεν είμαι άδικος-η στη σχέση μου με τη μητέρα μου.					

32. Δεν είμαι άδικος-η στη σχέση μου με το πατέρα μου.					
33. Σε πράγματα που μοιραζόμαστε μπορώ να εμπιστευτώ τη μητέρα μου.					
34. Σε πράγματα που μοιραζόμαστε μπορώ να εμπιστευτώ το πατέρα μου.					
35. Με τη μητέρα μου έχουμε αμοιβαία εκτίμηση.					
36. Με το πατέρα μου έχουμε αμοιβαία εκτίμηση.					
37. Νιώθω στοργή προς τη μητέρα μου.					
38. Νιώθω στοργή προς το πατέρα μου.					
39. Οι γονείς μου κάνουν πράγματα που με κάνουν να ντρέπομαι.					
40. Τα τωρινά μου προβλήματα θα ήταν λιγότερα ή λιγότερο σοβαρά εάν οι γονείς μου συμπεριφέρονταν διαφορετικά.					
41. Οι γονείς μου συχνά προσπαθούν να αλλάξουν κάποιο στοιχείο της προσωπικότητάς μου.					
42. Μερικές φορές αναρωτιέμαι πόσο μ' αγαπούν οι γονείς μου.					
43. Είμαι συνήθως σε θέση να διαφωνήσω με τους γονείς μου χωρίς να χάσω τη ψυχραιμία μου.					
44. Μερικές φορές γίνομαι τόσο υπερευαίσθητος με τους γονείς μου που δε μπορώ να σκεφτώ λογικά.					
45. Συνήθως βοηθάω τους γονείς μου να με καταλάβουν λέγοντάς τους πώς αισθάνομαι και τι πιστεύω.					
46. Οι γονείς μου άλλα λένε κι άλλα εννοούν.					

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ**

---