



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΤΟΜΕΑΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΟΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΕΙΟΘΗΡΙΑ ΣΕ
ΕΦΗΒΕΣ ΑΘΛΗΤΡΙΕΣ ΡΥΘΜΙΚΗΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ»**

ΠΛΕΞΙΔΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δόντη Ολύβια

ΙΟΥΛΙΟΣ 2020

© Copyright
Παρασκευή Πλεξίδα
Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Εθνικής Αντιστάσεως 41, 172 37, Δάφνη, Αθήνα

Έκφραση Ευχαριστιών

Η εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας συμβολίζει την περάτωση των προπτυχιακών μου σπουδών, στην οποία συνέβαλαν συγκεκριμένα πρόσωπα, τα οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Ολύβια Δόντη, για τη συνεχή καθοδήγηση, την υπομονή, την επιμονή και τον προσωπικό χρόνο που αφιέρωσε σε όλα τα στάδια αυτής της εργασίας.

Εν συνεχεία, την οικογένειά μου για τη συμπαράσταση, τη στήριξη και τη βοήθεια καθ' όλη την προσπάθεια στη διάρκεια των προπτυχιακών μου σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις αθλήτριες και τις προπονήτριές τους, οι οποίες έδειξαν ενδιαφέρον για να βοηθήσουν και να συνεργαστούν για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΕΛΕΙΟΘΗΡΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΕΣ ΑΘΛΗΤΡΙΕΣ ΡΥΘΜΙΚΗΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ

Περίληψη

Η εργασία αυτή εξέτασε τη σχέση μεταξύ της εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και τελειοθηρίας σε αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής. Έλαβαν μέρος 62 αθλήτριες, 13-15 ετών, διεθνούς (n=34) και εθνικού (n=28) επιπέδου. Για την αξιολόγηση των διατροφικών διαταραχών χρησιμοποιήθηκε, η κλίμακα Διατροφικών Στάσεων EAT-26, ενώ για την αξιολόγηση της τελειοθηρίας το Ερωτηματολόγιο Τελειοθηρίας στον Αθλητισμό. Είκοσι από τις 62 αθλήτριες (32%) είχαν συνολική τιμή μεγαλύτερη από 20 στο EAT-26. Οι αθλήτριες διεθνούς επιπέδου παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών ($p=0.043$) και *Ενασχόλησης με Δίαιτα* ($p=0.034$) από ότι οι αθλήτριες εθνικού επιπέδου, χωρίς διαφορές μεταξύ των ομάδων στους παράγοντες, *Προσπάθεια για τελειότητα* ($p=0.610$) και *Ανησυχία για τελειότητα* ($p=0.680$). Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η υποκλίμακα *Προσπάθεια για τελειοθηρία* και η υποκλίμακα *Αρνητικές αντιδράσεις για τις ατέλειες* ερμήνευσαν το 22.5% του συνολικού ποσοστού διακύμανσης των τιμών στο EAT-26 (adjusted $R^2=0.220$, $F=18.219$, $p=.001$). Φαίνεται ότι η συμμετοχή σε αθλήματα με αυστηρά κριτήρια σωματότυπου και υψηλό επίπεδο απόδοσης, σε συνδυασμό με κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των αθλητριών, αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Λέξεις-κλειδιά: εφηβεία, διαταραχές πρόσληψης τροφής, αισθητικά αθλήματα, βουλιμία, ανορεξία, απόδοση

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	i
Πίνακας Περιεχομένων	ii
Κατάλογος Πινάκων	iv
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.1
1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος	σελ.1
1.2. Σημασία της έρευνας.....	σελ.4
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις	σελ.4
1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας.....	σελ.5
1.5. Διευκρίνιση όρων	σελ.5
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	σελ.6
2.1. Ορισμός και ταξινόμηση διατροφικών διαταραχών	σελ.6
2.1.1. Νευρογενής ανορεξία	σελ.6
2.1.2. Νευρογενής βουλιμία.....	σελ.7
2.1.3. Αθλητική ανορεξία και βουλιμία	σελ.7
2.2. Άτυπες διατροφικές διαταραχές	σελ.9
2.2.1. Σύνδρομο νυχτερινού φαγητού	σελ.10
2.2.2. Διατροφική διαταραχή λαιμαργίας	σελ.10
2.3. Αίτια εμφάνισης διατροφικών διαταραχών	σελ.10
2.4. Διατροφικές διαταραχές στα αθλήματα γυμναστικής	σελ.11
2.5. Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών ...	σελ.14
2.5.1. Επίδραση συνομηλίκων και οικογένειας	σελ.14
2.5.2. Επίδραση κοινωνικών προτύπων	σελ.15
2.5.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές	σελ.16
2.6. Διατροφικές διαταραχές στην εφηβεία	σελ.21
2.7. Τελειοθηρία	σελ.23
2.7.1. Τελειοθηρία και διατροφικές διαταραχές στον αθλητισμό	σελ.25
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	σελ.32
3.1. Συμμετέχουσες.....	σελ.32
3.2. Περιγραφή Οργάνων	σελ.32

3.3. Χορήγηση Ερωτηματολογίων	σελ.33
3.4. Στατιστική Ανάλυση.....	σελ.33
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ.34
4.1. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών	σελ.34
4.2. Απαντήσεις των συμμετεχουσών στα ερωτηματολόγια	σελ.34
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ.36
VI. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	σελ.40
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.41
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ.46
8.1. Ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής (EAT-26)	σελ.46
8.2.Ερωτηματολόγιο τελειοθηρίας στον αθλητισμό	σελ.48
8.3.Συνοδευτικές επιστολές γονέων και προπονητριών	σελ.49

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.1. <i>Δημογραφικά χαρακτηριστικά των αθλητριών και απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια (μέσοι όροι±τυπικές αποκλίσεις)</i>	<i>σελ.34</i>
Πίνακας 4.2.1. <i>Απαντήσεις των αθλητριών στα ερωτηματολόγια (μέσοι όροι±τυπικές αποκλίσεις)</i>	<i>σελ.35</i>
Πίνακας 4.2.2. <i>Κατηγοριοποίηση των συμμετεχουσών ανάλογα με το σκορ στο EAT-26</i>	<i>σελ.35</i>

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος

Οι ακραίες μορφές διατροφικών διαταραχών είναι η νευρική ανορεξία και η βουλιμία (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Πρόκειται για διατροφικές διαταραχές που πλήττουν ένα μεγάλο ποσοστό, ιδιαίτερα του γυναικείου πληθυσμού. Παρά το γεγονός ότι αφορούν κυρίως νεαρές γυναίκες, εμφανίζονται και σε άνδρες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη διατροφικών διαταραχών σε αθλητές αθλημάτων των οποίων σωματικό βάρος/σωματική εικόνα παίζει σημαντικό ρόλο στις επιδόσεις τους (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Αθλήματα, δηλαδή, όπως η ρυθμική γυμναστική, η ενόργανη γυμναστική και το καλλιτεχνικό πατινάζ, τα οποία θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση τέτοιων διαταραχών (Betz & Parson, 2001, Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Πιο συγκεκριμένα, η συμμετοχή σε αθλήματα γυμναστικής συνδέεται συχνά με τον αυστηρό έλεγχο του βάρους του σώματος και με το αίσθημα ντροπής όταν δεν επιτυγχάνεται η ιδανική εμφάνιση (Betz & Parson, 2001, Slater & Tiggerman, 2001).

Η πίεση για τη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους, αφενός για την καλύτερη επίδοση των αθλητριών και τη μικρότερη καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματός τους και αφετέρου λόγω της στερεότυπα «αισθητικής» εξωτερικής εμφάνισης, οδηγεί συχνά στην υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών συνηθειών. Για παράδειγμα, σε μελέτη των Martinsen και Sundgot-Borgen (2013) βρέθηκε πως το 19,7% των αθλητριών στην εφηβική ηλικία ήταν πιθανό να αναπτύξει διατροφική διαταραχή. Οι αθλήτριες στην εφηβεία είναι πιο ευαίσθητες στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από όσες δεν αθλούνται, καθώς δέχονται μεγάλη πίεση, όχι μόνο από τον τρόπο προβολής του αθλητισμού στα μέσα μαζικής επικοινωνίας, αλλά και από το ίδιο το αθλητικό περιβάλλον (προπονητές, κριτές, συναθλητές, κ.α.) (Berman, De Souza, & Kerr, 2006).

Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην κατανόηση των παραγόντων που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Thompson & Smolak, 2001). Υποστηρίζεται ότι η ανταγωνιστική φύση του αθλητισμού τονίζει χαρακτηριστικά όπως η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, η τελειοθηρία και ο έλεγχος της σωματικής εμφάνισης (Ludwig 1996, Wilmore, 1995). Ερευνώνται συνεπώς, ως δυνητικά αίτια, ποικίλοι κοινωνικοί, διαπροσωπικοί και βιολογικοί παράγοντες, περιλαμβάνοντας και την επίδραση προτύπων που

προβάλλουν τα ηλεκτρονικά μέσα, την αρνητική λεκτική τροφοδότηση (π.χ. αρνητική κριτική, σχόλια), την πρόωμη φυσική ωρίμανση, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και την αυξημένη τάση σύγκρισης της εμφάνισης (van den Berg et al., 2002).

Κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των αθλητών που συνδέονται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών είναι το άγχος, η τελειοθηρία και ο ψυχαναγκασμός (Hewitt et al., 2003). Η τελειοθηρία είναι ένα από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά το οποίο συνδέεται διαχρονικά με τις διατροφικές διαταραχές (Hewitt et al., 2003). Οι McGee και συνεργάτες (2005) περιγράφουν τους ασθενείς που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές ως τελειομανείς, ηττοπαθείς κάποιες φορές και υπερβολικά αγχωμένους ως προς την πιθανή υποτίμηση της προσωπικής τους αξίας ή της μη αποδοχής τους, καθώς επίσης και της πιθανής έλλειψης εκτίμησης από τους άλλους (McGee et al., 2005). Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι τα άτομα που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές πιθανόν προέρχονται από ένα οικογενειακό περιβάλλον που δίνει έμφαση στη δημόσια εικόνα της τελειότητας και όπου τα λάθη ή οι πιθανές παραλείψεις προκαλούν άγχος, ακόμα και φόβο και το άτομο συσχετίζει την αξία του με την σταθερή επιδίωξη της τελειότητας (McGee et al., 2005). Αυτές οι κλινικές παρατηρήσεις συμφωνούν με τα ευρήματα που συνδέουν την επιδίωξη της τελειότητας με τις διατροφικές διαταραχές καθώς επίσης και με τις ενδείξεις που καταγράφονται διαχρονικά και οι οποίες προσδιορίζουν την τελευταία ως δυνητικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Frost & Henderson, 1991). Όπως ανέφεραν οι McGee και συνεργάτες (2005), υπάρχει ισχυρός σύνδεσμος μεταξύ της επιδίωξης της τέλειας εικόνας και των διατροφικών διαταραχών, ενώ θα πρέπει να εξετασθεί προσεκτικά ο τύπος αυτής της συμπεριφοράς που έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής (McGee et al., 2005). Σύμφωνα με τους Hewitt και συνεργάτες (2003), η έντονη και σταθερή επιδίωξη της τελειότητας μπορεί να εκφραστεί σε ενδοπροσωπικό επίπεδο, γεγονός που διαχωρίζει την ανάγκη του ατόμου να είναι τέλειο και αντίστοιχα την ανάγκη του να φαίνεται τέλειο στα μάτια των άλλων (Hewitt et al., 2003).

Οι Hewitt και συνεργάτες (2002) αναφέρθηκαν επίσης στην τάση του ατόμου να επιδείξει μια τέλεια εικόνα του εαυτού του, τονίζοντας ότι αυτό το άτομο προσπαθεί να δείξει στους άλλους ότι δεν κάνει κανένα λάθος σε οτιδήποτε και αν κάνει, προωθώντας μια αμειψίαστη εικόνα ή ικανοποιώντας την ανάγκη του να παρουσιάζεται ενεργά ως τέλειος, καταβάλλοντας κάθε δυνατή προσπάθεια να

καλλιεργήσει συστηματικά μία εξιδανικευμένη εικόνα του εαυτού του. Οι Hewitt και συνεργάτες (2002) αναφέρθηκαν σε ευρύτερες πτυχές της αψεγάδιαστης εικόνας σώματος όπως είναι το άγχος, οι προσωπικές αγωνίες, η ατομική θεώρηση των πραγμάτων και οι διάφορες μεταβλητές της παρακίνησης.

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Frost και Henderson (1991) σε γυναίκες αθλήτριες διερεύνησαν τη σχέση της τελειοθηρίας με τις αντιδράσεις των αθλητριών στους αγώνες. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν, ότι οι αθλήτριες με υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας ότι θα κάνουν λάθη, είχαν περισσότερο άγχος και λιγότερη αυτοπεποίθηση, είχαν αρνητική αντίδραση στα λάθη και περισσότερες αρνητικές σκέψεις 24 ώρες πριν τον αγώνα. Επιπλέον, οι αθλήτριες που είχαν υψηλότερες τιμές στα προσωπικά πρότυπα ως διάσταση της τελειοθηρίας ανησυχούσαν για τις αντιδράσεις του κοινού και είχαν δυσκολία συγκέντρωσης την ώρα των αγώνων. Ο Hamilton (2003) υποστήριξε ότι παρ' όλο που η τελειοθηρία μπορεί να κινητοποιήσει το άτομο ώστε να έχει μεγάλες επιτυχίες, η πεποίθηση ότι πρέπει να αποφύγει την αποτυχία με κάθε τρόπο μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες, κάτι που εξηγεί τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στους χορευτές. Έρευνα που έγινε σε αθλητές υψηλού αγωνιστικού επιπέδου στη Σουηδία αναγνώρισε μια κατηγορία τελειοθηρικών αθλητών με χαμηλή αυτοεκτίμηση που στήριζαν την αυτοεκτίμησή τους στο να ανταποκρίνονται στα πρότυπα που βάζουν στον εαυτό τους. Οι συγγραφείς υποστήριζαν ότι για αυτούς τους αθλητές, το να μην έχουν επιτυχίες αποτελεί μια σοβαρή απειλή, καθώς η αυτοεκτίμησή τους είναι ήδη χαμηλή (Koivula, Hassmen, & Fallby, 2002). Συνολικά, το υψηλό επίπεδο απόδοσης συνδέεται με πιο μεγάλη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι αθλήτριες στην εφηβεία είναι πιο ευαίσθητες στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, καθώς δέχονται μεγάλη πίεση όχι μόνο από τον τρόπο προβολής του αθλητισμού στα μέσα επικοινωνίας αλλά και από το ίδιο το αθλητικό και οικογενειακό τους περιβάλλον (προπονητές, κριτές, συναθλητές) (Berman, De Souza, & Kerr, 2006). Η ανταγωνιστική φύση του αθλητισμού τονίζει χαρακτηριστικά όπως η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, η τελειοθηρία και ο έλεγχος της σωματικής εμφάνισης (Ludwig 1996, Wilmore, 1995). Ωστόσο, παρά τη σημασία των παραγόντων που σχετίζονται με την τελειοθηρία, όπως τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τη σχέση μεταξύ τελειοθηρίας και διατροφικών διαταραχών στα αθλήματα γυμναστικής και ειδικά στην εφηβική ηλικία. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ

εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και τελειοθηρίας σε έφηβες αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής, διαφορετικών επιπέδων απόδοσης.

1.2. Σημασία της έρευνας

Η σημασία αυτής της έρευνας έγκειται στο ότι η εφηβική ηλικία είναι μία κρίσιμη περίοδος για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και πιθανόν τη διατήρησή τους στο μέλλον και ειδικά στα αθλήματα γυμναστικής, όπως η ρυθμική γυμναστική (Sundgot-Borgen, Klungland & Torstveit, 2004). Η εξέταση παραγόντων ή χαρακτηριστικών προσωπικότητας που μπορεί να συνδέονται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, μπορεί να βοηθήσει προπονητές, γονείς και ειδικούς ψυχολόγους στην υποστήριξη των αθλητριών. Ειδικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των αθλητριών, όπως η τελειοθηρία, δηλαδή η ανάγκη τους για διάκριση μέσα από υψηλούς και δύσκολους στόχους συνδέονται με την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και μάλιστα από την εφηβική ηλικία, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη αναζήτησης επαγγελματικής ψυχολογικής συμβουλευτικής.

1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Ερώτημα 1^ο: θα διαφέρουν οι αθλήτριες υψηλότερου επιπέδου απόδοσης από τις αθλήτριες χαμηλότερου επιπέδου απόδοσης στις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο διατροφικών διαταραχών;

Ερώτημα 2^ο: θα διαφέρουν οι αθλήτριες υψηλότερου επιπέδου απόδοσης από τις αθλήτριες χαμηλότερου επιπέδου απόδοσης στις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο τελειοθηρίας;

Ερώτημα 3^ο: η τελειοθηρία θα συσχετίζεται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών σε έφηβες αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής;

Υπόθεση 1^η: οι αθλήτριες υψηλότερου επιπέδου απόδοσης θα έχουν υψηλότερες τιμές από τις αθλήτριες χαμηλότερου επιπέδου απόδοσης στις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο διατροφικών διαταραχών

Υπόθεση 2^η: οι αθλήτριες υψηλότερου επιπέδου απόδοσης θα έχουν υψηλότερες τιμές από τις αθλήτριες χαμηλότερου επιπέδου απόδοσης στις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο τελειοθηρίας

Υπόθεση 3^η: η τελειοθηρία θα συσχετίζεται με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών σε έφηβες αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής.

1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας

Στην έρευνα αυτή θα πάρουν μέρος έφηβες αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής διεθνούς και εθνικού επιπέδου. Τα αποτελέσματα θα μπορούν να γενικευθούν μόνο σε πληθυσμό με τα ίδια γνωρίσματα. Επιπλέον, τα δεδομένα θα συλλεχθούν με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, και παρόλο που αυτή είναι μια διδεδομένη πρακτική στον χώρο της αθλητικής ψυχολογίας, ενδέχεται να έχουν υποκειμενικό χαρακτήρα σε κάποιες απαντήσεις. Τέλος, το ύψος και το βάρος των αθλητριών θα δηλωθούν από τις ίδιες τις αθλήτριες και δεν θα μετρηθούν από τις ερευνήτριες.

1.5. Διευκρίνιση όρων

Ως διατροφική διαταραχή ορίζεται η καθοριστική διαταραχή των διατροφικών συνθηκών και ο έλεγχος του σωματικού βάρους που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε κλινικά σημαντική βλάβη της υγείας και της ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου (Sudi, et al., 2004).

Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας κατά το οποίο το άτομο ωθούμενο από την ιδέα πως θα οδηγηθεί στην παχυσαρκία περιορίζει την πρόσληψη της τροφής (Sudi et al., 2004).

Ο όρος **βουλιμία** αναφέρεται στην παθολογική κατάσταση αδηφαγίας που έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής (American Psychiatric Association, 1994).

Η τελειοθηρία ορίζεται ως «την απαίτηση από τον εαυτό ή από τους άλλους, μιας ποιότητας επίδοσης υψηλότερης από ότι απαιτείται από την κατάσταση (Hollander, 1978).

Ο όρος εφηβεία συμβολίζει μια αναπτυξιακή φάση εξαιτίας των ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών και των νέων εξελίξεων ως προς τις νοητικές ικανότητες και την σεξουαλικότητα οπού στα κορίτσια ξεκινάει σε ηλικία περίπου 10-11 χρονών και ολοκληρώνεται σε ηλικία 15-17 ετών (Kall, 2010).

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1. Ορισμός και ταξινόμηση διατροφικών διαταραχών

Ως διατροφική διαταραχή ορίζεται η καθοριστική διαταραχή των διατροφικών συνηθειών και ο έλεγχος του σωματικού βάρους που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε κλινικά σημαντική βλάβη της υγείας και της ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου (Sudi et al., 2004). Ο όρος διατροφικές διαταραχές απευθύνεται στις εξής τρεις κατηγορίες παθολογικών καταστάσεων, την «ψυχογενή-νευρογενή ανορεξία», «ψυχογενή-νευρογενή βουλιμία», αλλά και τις «άτυπες διαταραχές πρόσληψης τροφής» (Michou & Costarelli, 2011).

Η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσει σημαντικά παραμέτρους υγείας του γενικού πληθυσμού και επιπλέον της υγείας και της απόδοσης στους αθλητές (Michou & Costarelli, 2011). Η εκδήλωση των διατροφικών διαταραχών γίνεται μέσω της ιδιαίτερης προσοχής που έχει το άτομο για το σώμα και τη διατροφή του. Συνήθως, σε άτομα με διαγνωσμένες διατροφικές διαταραχές συνυπάρχουν και άλλες ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, ψυχαναγκαστική διαταραχή-ιδεοληπτική νεύρωση και άγχος (Pearlstein, 2002, Ransley, 1999).

2.1.1. Νευρογενής Ανορεξία

Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας κατά το οποίο το άτομο ωθούμενο από την ιδέα πως θα οδηγηθεί στην παχυσαρκία περιορίζει την πρόσληψη της τροφής (Sudi et al., 2004). Στη νευρογενή ανορεξία περιλαμβάνονται τα εξής (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004): (α) άρνηση της διατήρησης του βάρους του σώματος κοντά ή πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κατά 85% κάτω του προσδοκώμενου ή αποτυχία να έχει την προβλεπόμενη αύξηση του βάρους κατά την περίοδο ανάπτυξης με συνέπεια τη μείωση του βάρους κατά 85% κάτω του αναμενόμενου) (β) φόβος αύξησης βάρους, ακόμα και όταν το βάρος είναι σε φυσιολογικά επίπεδα (γ) εμφάνιση αμηνόρροιας σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορροϊκών κύκλων και (δ) διαστρέβλωση του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό του βάρος

Η ανορεξία διακρίνεται σε δύο τύπους: ο ένας είναι ο «περιοριστικός», δηλαδή το άτομο δεν οδηγείται σε συμπεριφορές υπερφαγίας, αλλά η απώλεια βάρους

προκαλείται μέσω δίαιτας ή υπερβολικής άσκησης. Αντίθετα, στον δεύτερο τύπο, της «υπερφαγίας-κάθαρσης», το άτομο λαμβάνει τροφή και οδηγείται σε «κάθαρση» μέσω της χρήσης καθαρτικών, διουρητικών, αλλά και με αυτοπροκαλούμενο εμετό.

2.1.2. Νευρογενής Βουλιμία

Ο όρος βουλιμία αναφέρεται στην παθολογική κατάσταση αδηφαγίας που έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας τροφής (American Psychiatric Association, 1994). Ως βουλιμία ορίζεται η επαναλαμβανόμενη έντονη επιθυμία για τροφή και η γρήγορη κατανάλωσή μεγάλης ποσότητας τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα. Κυρίως, συνοδεύεται από καταθλιπτική διάθεση και έλλειψη αίσθησης ελέγχου κατά τη διάρκεια κατανάλωσης της τροφής (Thompson & Sherman, 2010). Στα συμπτώματα της νευρογενούς βουλιμίας συγκαταλέγονται τα παρακάτω (Fairbun, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000): (α) κατανάλωση τροφής, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. κατά τη διάρκεια δύο ωρών), με ποσότητα μεγαλύτερη από αυτήν που οι περισσότεροι άνθρωποι καταναλώνουν σε αντίστοιχη διάρκεια και κάτω από τις ίδιες συνθήκες (β) απώλεια ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (γ) επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές αντιστάθμισης, όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, ή άλλων φάρμακων, η νηστεία ή η υπερβολική άσκηση (δ) υπερφαγία και ανάρμοστη συμπεριφορά αντιστάθμισης οι οποίες εμφανίζονται δύο φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών τουλάχιστον ώστε να χαρακτηριστούν αναλόγως (ε) η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια των επεισοδίων της νευρογενούς βουλιμίας. (Fairbun, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000).

Τα άτομα με βουλιμία χάνουν τον έλεγχο και καταναλώνουν ποσότητες πολύ μεγαλύτερες από εκείνες που θα κατανάλωνε φυσιολογικά κάποιο άτομο. Συνήθως, αιτία των επεισοδίων είναι το στρες, η μειωμένη αυτοπεποίθηση του ατόμου ή και η κατάθλιψη. Επιπλέον, τα άτομα με βουλιμία αρνούνται την κατάστασή τους και δεν την παραδέχονται ούτε στα πιο κοντινά τους πρόσωπα. Χαρακτηριστικό της βουλιμίας είναι το έντονο άγχος για την εικόνα και το βάρος του σώματος (Cohn & Hall, 1999).

2.1.3. Αθλητική Ανορεξία και Βουλιμία

Ο όρος αθλητική ανορεξία, “anorexia athletika”, χρησιμοποιείται στον αθλητισμό για να διαχωριστεί η κλινικά διαγνωσμένη, παθολογική αυτή διαταραχή από τις μη παθολογικές διατροφικές διαταραχές που έχουν σχέση με την επιδίωξη διατήρησης χαμηλού σωματικού βάρους κατά την προπόνηση για την επίτευξη υψηλών αθλητικών επιδόσεων (Πολυκανδριώτη, 2007). Η αθλητική ανορεξία χαρακτηρίζεται από τη μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη και σωματική μάζα παρά τον όγκο και την ένταση της προπόνησης (Sundgot-Borgen, 2004).

Σε κάποιον βαθμό, τα χαρακτηριστικά αθλητικής και νευρογενούς ανορεξίας είναι κοινά καθώς και οι δύο χαρακτηρίζονται από έντονη άσκηση και ασταμάτητη δραστηριότητα (Davis et al., 1995). Ωστόσο στο αθλητικό περιβάλλον, πολλοί αθλητές πάσχουν από μη διαγνωσμένες διατροφικές διαταραχές χωρίς όμως το βάρος τους να είναι κάτω από το 85% του αναμενόμενου. Συνήθως, αυτές οι διαταραχές κατηγοριοποιούνται ως «μη-προσδιοριζόμενες αλλιώς» (Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS) (Beals & Manore, 1994). Ειδικά στην εφηβική ηλικία οι αθλητές είναι πιο ευαίσθητοι στην ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής από όσους δεν αθλούνται λόγω της υψηλής πίεσης του περιβάλλοντος του αθλητισμού (Berman, De Souza, & Kerr, 2006).

Η Sundgot-Borgen (1993), σε προγενέστερη έρευνα, προσδιόρισε τα ακόλουθα κριτήρια για την Αθλητική Ανορεξία: (α) την απώλεια βάρους, η οποία δεν είναι αποτέλεσμα ιατρικής ή συναισθηματικής διαταραχής, (β) τις γαστρεντερικές ενοχλήσεις, (γ) τον υπερβολικό φόβο παχυσαρκίας και (δ) τον περιορισμό της θερμιδικής πρόσληψης. Επιπρόσθετα, μπορεί να παρουσιάζεται καθυστερημένη εφηβεία, δυσλειτουργία της εμμηνορροίας, διαταραχή στην εικόνα του σώματος, χρήση καθαρτικών μεθόδων, υπερφαγία, ή καταναγκαστική άσκηση (Sundgot-Borgen, 1993). Συχνά, επίσης, οι αθλητές μπορεί να εκφράσουν ενοχικά αισθήματα μετά από ένα μικρό γεύμα και λανθασμένη αντίληψη για το σωματικό βάρος τους (Currie & Morse, 2005). Μερικοί αθλητές διστάζουν να τρώνε με άλλους συναθλητές τους και προτιμούν να τρώνε μόνοι τους, ή επισκέπτονται την τουαλέτα λίγα λεπτά αφού τελειώσουν το γεύμα τους για να προκαλέσουν εμετό. Το πολλαπλό καθημερινό ζύγισμα μπορεί επίσης να είναι ένδειξη διατροφικής διαταραχής. Μια διατροφική διαταραχή μπορεί να μη γίνει αντιληπτή μέχρις ότου ο αθλητής παρουσιάσει κάποιο τραυματισμό ή άλλη ένδειξη ασθένειας (Currie & Morse, 2005, Sudi et al., 2004).

Η πίεση διατήρησης χαμηλού σωματικού βάρους μπορεί να οδηγήσει ειδικά τις αθλήτριες σε λύσεις, όπως η μακροχρόνια δίαιτα (Sudi et al., 2004). Λόγω της

μακροχρόνιας δίαιτας η σύνθεση του σώματος μπορεί να επηρεαστεί, ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά νοσήματα να αυξηθεί και συχνά η μακροχρόνια δίαιτα συνοδεύεται από ορμονικές δυσλειτουργίες συνεδεμένες με την αναπαραγωγική λειτουργία (Hobart & Smucker, 2000, Sudi et al., 2004). Σε αθλήτριες έχουν αναφερθεί, εκτός των διατροφικών διαταραχών, η καθυστερημένη εμφάνιση της εμμηναρχής ή διαταραχές της εμμήνου ρύσης και μειωμένη οστική πυκνότητα (σύνδρομο αναγνωρισμένο ως η «Γυναίκεια Αθλητική Τριάδα») (Inglesias & Kazis, 2003, Πολυκανδριώτη & Τσάμη, 2007).

Ιδιαίτερα για τους νεαρούς αθλητές, η επαρκής πρόσληψη θερμιδικής ενέργειας είναι ζωτικής σημασίας για να διατηρηθεί η ανάπτυξη των ιστών και για την υποστήριξη των ενεργειακών αναγκών τους (American College of Sports Medicine, 2000). Συνεπώς, παρά το γεγονός ότι το σωματικό βάρος και η άλιπη σωματική μάζα είναι σημαντικές παράμετροι απόδοσης σε πολλά αθλήματα, θα πρέπει να γίνεται αξιολόγησή τους με γνώμονα την υγεία των αθλητών.

Οι αθλητές που χρησιμοποιούν «δραστικά τρόφιμα» (καθαρτικά κ.λ.π) ή περιορίζουν τα υγρά που παίρνουν για να χάσουν βάρος, μπορεί να προκαλέσουν απώλεια μυϊκής μάζας και διατάραξη των ανοσοποιητικών και των ενδοκρινικών λειτουργιών τους (American College of Sports Medicine, 2000). Για τον λόγο αυτό, υποστηρίζεται ότι κάποια χαρακτηριστικά του αθλητικού περιβάλλοντος αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Carron & Hausenblas, 1999, Smolak et al., 2000).

2.2. Άτυπες διατροφικές διαταραχές

Αυτό που κυρίως επικρατεί ανάμεσα σε αθλητές υψηλού επιπέδου είναι μια σειρά από υποκλινικές διατροφικές διαταραχές οι οποίες είναι σημαντικό να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα αφού μπορεί να οδηγήσουν σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές και σε ορισμένες περιπτώσεις σε κλινική ανορεξία ή βουλιμία (American College Sports Medicine, 1997).

Υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία στις περισσότερες άτυπες διατροφικές διαταραχές με την ανορεξία και τη νευρογενή βουλιμία. Μερικές από αυτές είναι σχεδόν πανομοιότυπες αλλά δεν πληρούν με ακρίβεια όλα τα διαγνωστικά τους κριτήρια (Fairburn & Harrison, 2003). Παραδείγματος χάριν, το βάρος μιας ασθενούς μπορεί να είναι ακριβώς πάνω από το διαγνωστικό όριο για τη νευρογενή ανορεξία ή να έχει αμυγνόρια. Σε άλλες ασθενείς μπορεί να υπάρχει πιο σύνθετη εικόνα, δηλαδή

εκδήλωση περιορισμού διατροφής, έντονη άσκηση αλλά χαμηλό προς φυσιολογικό βάρος (Fairburn & Harrison, 2003, Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

2.2.1. Σύνδρομο νυχτερινού φαγητού

Κύριο σύμπτωμα του συνδρόμου αυτού είναι η κατανάλωση σημαντικού ποσοστού του καθημερινού φαγητού (25% και πάνω) μετά από συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αργά μέσα στην ημέρα (Michou & Costarelli, 2011). Επιπλέον, είναι πιθανό να ακολουθούν συμπτώματα όπως πρωινή ανορεξία, αϋπνία ή ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Διαφοροποιείται από τις διατροφικές διαταραχές λαιμαργίας καθώς το φαγητό καταναλώνεται σταθερά κατά τις νυχτερινές ώρες (Thompson, 2010).

2.2.2. Διατροφική διαταραχή λαιμαργίας

Η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επεισόδια φαγητού με λαιμαργία που συμβαίνουν τουλάχιστον δύο μέρες την εβδομάδα για έξι μήνες. Άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή καταναλώνουν χωρίς έλεγχο το φαγητό, με μεγάλη ταχύτητα, αλλά και με δυσφορία (Thompson, 2010). Οι διατροφικές διαταραχές της λαιμαργίας διαφέρουν από τη νευρογενή βουλιμία καθώς οι ασθενείς δεν προσπαθούν να αντισταθμίσουν τα επεισόδια αυτά μέσω κάποια τακτικής συμπεριφοράς και είναι ως επί το πλείστον υπέρβαροι (Michou & Costarelli, 2011, Thompson, 2010).

2.3. Αίτια εμφάνισης διατροφικών διαταραχών

Η ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών σχετίζεται με πολλά και ποικίλα αίτια. Για παράδειγμα, μπορεί να σχετίζεται με την αντίληψη της εικόνας του σώματος, την εφηβεία, κοινωνικά πρότυπα για ένα λεπτό σώμα αλλά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως η αυτοεκτίμηση του ατόμου (Byrne & McLean, 2001). Οι Rosen και Neumark-Sztainer (1998) ταξινόμησαν τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στις παρακάτω κατηγορίες:

- (α) κοινωνικό-περιβαλλοντολογικοί παράγοντες
- (β) παράγοντες συμπεριφοράς (διατροφικές συμπεριφορές, απώλεια βάρους, σωματική δραστηριότητα, συμπεριφορές αντιμετώπισης και ειδικές ικανότητες)
- (γ) προσωπικοί παράγοντες (μαζί με γνωστικούς/συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες)

Επιπλέον, η σχέση μητέρας με την κόρη είναι ιδιαίτερα σημαντική και μπορεί να αποτελέσει αιτία εμφάνισης διατροφικής διαταραχής καθώς βάσει μελετών οι μητέρες των κοριτσιών με διατροφική διαταραχή θεωρούν πως το παιδί πρέπει να χάσει βάρος και περιγράφουν ως λιγότερο όμορφα τα παιδιά τους (Franklin & Hill, 1998, Pike & Rodin 1991). Γενικά, υπάρχει πολύ στενή σχέση της οικογένειας με την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών (Minuchin, 1970).

Παρά το γεγονός ότι ο αθλητισμός συμβάλλει θετικά στην υγεία, την ευεξία, στην καλή φυσική κατάσταση αλλά και στην υψηλή αυτοεκτίμηση, φαίνεται πως κάποιες φορές η υπερβολική προπόνηση, οι ακραίες δίαιτες, η συμμετοχή σε αθλήματα υψηλού ανταγωνισμού και οι διατροφικές συνήθειες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (Michou et al., 2011). Σημαντικοί για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών είναι και ψυχολογικοί παράγοντες όπως η τελειοθηρία, το άγχος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Nordin, Harris, & Cumming, 2003, Lo Sauro, 2008).

Επιπροσθέτως, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει πως τα άτομα με μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης εμφανίζουν διαταραγμένη διατροφική στάση, ενώ η αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη έχει ως ακόλουθο μια πιο θετική διατροφική στάση με μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα (Costarelli et al., 2009).

2.4. Διατροφικές διαταραχές στα αθλήματα της γυμναστικής

Η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών είναι πιο συχνή στον χώρο των «αισθητικών αγωνισμάτων» από τα άλλα αθλήματα και κυρίως στις αθλήτριες σε σχέση με τους αθλητές (Sundgot-Borgen, Klungland, & Torstveit, 2004). Η πίεση για τη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους αφενός για την καλύτερη επίδοση των αθλητριών και τη μικρότερη καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματός τους και αφετέρου λόγω της «αισθητικής» εξωτερικής εμφάνισης οδηγεί συχνά στην υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών συνθηκών.

Σε μελέτη των Martinsen και Sundgot-Borgen (2013) βρέθηκε πως το 19,7% των αθλητριών στην εφηβική ηλικία ήταν πιθανό να αναπτύξει διατροφική διαταραχή. Σε έρευνα των Francisco, Alarcão και Narciso (2012) βρέθηκε πως στα «αισθητικά» αθλήματα και στον κλασικό χορό είναι πιο συνηθισμένη η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από ό,τι στα άλλα αθλήματα. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε για τη γυμναστική ότι το 56% των αθλητριών είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν διατροφικές διαταραχές λόγω του προπονητή, το 2% λόγω του κοινωνικού τους περίγυρου, το

13% εξαιτίας της προπόνησης και το 7 % λόγω προγράμματος. Σύμφωνα με άλλες έρευνες πιο πιθανό είναι να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές οι αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής από ότι οι αθλήτριες άλλων αθλημάτων (Cumming, Harris, & Nordin, 2003).

Οι αθλήτριες στην εφηβεία είναι πιο ευαίσθητες στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από όσες δεν αθλούνται καθώς δέχονται μεγάλη πίεση όχι μόνο από τον τρόπο προβολής του αθλητισμού στα μέσα επικοινωνίας αλλά και από το ίδιο το αθλητικό περιβάλλον (προπονητές, κριτές, συναθλητές, κ.α.) (Berman, De Souza & Kerr, 2006). Η ανταγωνιστική φύση του αθλητισμού τονίζει χαρακτηριστικά όπως η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, η τελειοθηρία και ο έλεγχος της σωματικής εμφάνισης (Ludwig, 1996, Wilmore, 1995).

Οι αθλήτριες των «αισθητικών» αγωνισμάτων είναι πιο πιθανό να επιδιώκουν πιο λεπτό σώμα, να αισθάνονται ντροπή για το σώμα τους (Betz & Parson, 2001) και να εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές (Smolak et al., 2000). Σε αυτήν την παραδοχή συμφωνούν και άλλες μελέτες. Παρά το ήδη αδύνατο σώμα τους συγκριτικά με αθλήτριες άλλων αθλημάτων, οι αθλήτριες των «αισθητικών» αθλημάτων επιθυμούν συνήθως να μειώσουν το σωματικό τους βάρος (Battagliese, Frost, Lombardo, & Lucidi, 2012). Η συμμετοχή σε αθλήματα γυμναστικής συνδέεται με τον αυστηρό έλεγχο του βάρους του σώματος και με το αίσθημα ντροπής όταν δεν επιτυγχάνεται η ιδανική εμφάνιση (Betz & Parson, 2001, Slater & Tiggerman, 2001).

Σε μελέτη των Sundgot-Borgen και Torstveit (2004) όπου έλαβαν μέρος 160 κορυφαίοι αθλητές και αθλήτριες διαφόρων αθλημάτων βρέθηκε πως κλινικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών εμφάνισαν σε ποσοστό 42% αθλήτριες «αισθητικών αθλημάτων, 24% αθλημάτων αντοχής, 17% τεχνικών αθλημάτων και 16% ομαδικών. Σε άλλη μελέτη στη Γαλλία, σε αθλήτριες «αισθητικών» αγωνισμάτων διερευνήθηκε από τους Ferrand, Champely και Filaire (2009) η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης, αντίληψης σώματος, δείκτη μάζας σώματος και εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Κίνδυνος ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών παρατηρήθηκε στο 37.5% των αθλητριών της ρυθμικής παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες από αυτές δήλωναν ικανοποιημένες με το βάρος και την εμφάνισή τους.

Ωστόσο, ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα ότι οι διατροφικές διαταραχές σε αθλήτριες υψηλού επιπέδου δεν συνδέονται αναγκαστικά με διαταραγμένη εικόνα σώματος. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα των Theodorakou και Donti (2013) που έλαβαν μέρος 30 αθλήτριες (16 ρυθμικής γυμναστικής και 14 ενόργανης, μέλη της

εθνικής ομάδας ηλικίας, 15-21 ετών) η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών σε αθλήτριες υψηλού επιπέδου δε βρέθηκε να συνδέεται με την αντίληψη που έχουν για το σώμα τους οι αθλήτριες αλλά με τις αγωνιστικές και προπονητικές απαιτήσεις των συγκεκριμένων αθλημάτων για λεπτότερο σώμα. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και η έρευνα των Krentz και Warchburger (2011) που έδειξε πως η επιθυμία για ένα πιο αδύνατο σώμα και οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες είχαν ως σκοπό τη βελτίωση της αθλητικής τους απόδοσης και όχι λόγω δυσαρέσκειας για το σώμα.

Μια άλλη ομάδα ερευνητών προκειμένου να μελετήσει τη διατροφή σε σχέση με την εικόνα σώματος των αθλητριών αισθητικών αθλημάτων, σύγκρισε 17 κορυφαίες Γερμανίδες αθλήτριες της ενόργανης με 51 μέτριων επιδόσεων και μια ομάδα ελέγχου με 85 μαθήτριες που συμμετείχαν σε μη αισθητικά αθλήματα (De Bruin, Oudejans, & Bakker, 2007). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως, παρόλο που οι αθλήτριες υψηλού επιπέδου δεν είχαν πιο αρνητική εικόνα για το σώμα τους, από ότι οι αθλήτριες μη «αισθητικών» αγωνισμάτων και οι αθλήτριες μέτριου επιπέδου, κατέφευγαν πιο συχνά σε δίαιτα. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ οι αθλήτριες μέτριου επιπέδου είχαν πιο θετική αντίληψη για το σώμα τους οδηγούνταν το ίδιο σε δίαιτα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η δίαιτα είναι αποτέλεσμα της σχέσης βάρους-απόδοσης και της πίεσης από τους προπονητές και δεν προκύπτει απαραίτητα λόγω αρνητικής αντίληψης που έχουν οι αθλήτριες για την εικόνα του σώματός τους. Για τις αθλήτριες, ένα λεπτό σώμα θα είναι οδηγός για τη νίκη και την υψηλότερη βαθμολογία. Παρ' όλα αυτά, τα αθλήματα της γυμναστικής δεν είναι τα μόνα στα οποία μπορεί να εμφανιστούν διατροφικές διαταραχές. Σύμφωνα με παλιότερες έρευνες, αθλήτριες διαφόρων αθλημάτων είναι πιθανό να εμφανίσουν ή να πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Σε έρευνα των Hulley και Hill (2001), όπου συμμετείχαν αθλήτριες μεγάλων αποστάσεων, φάνηκε ότι το 16% των αθλητριών νοσούσαν από διατροφική διαταραχή και ένα μεγάλο ποσοστό εμφάνιζε συμπτώματα. Σε άλλη έρευνα των Δούκα, Σκορδίλη και Κουτσούκη (2008) για την ανίχνευση διατροφικών διαταραχών στα αθλήματα του υγρού στίβου φάνηκε πως οι αθλήτριες της συγχρονισμένης κολύμβησης είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από διατροφική διαταραχή συγκριτικά με τις υπόλοιπες αθλήτριες του υγρού στίβου. Παρ' όλα αυτά, υπήρχε και ποσοστό αθλητριών της κολύμβησης με απαντήσεις αντίστοιχες με αυτών της συγχρονισμένης (Δούκα, Σκορδίλη, & Κουτσούκη, 2008). Ακόμη, Ελληνίδες αθλήτριες της εθνικής ομάδας πετοσφαίρισης και χειροσφαίρισης προσπαθούσαν σημαντικά περισσότερο από τις αθλήτριες της καλαθοσφαίρισης να μειώσουν το

σωματικό τους βάρος και μία στις τέσσερις έκανε χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων ώστε να ρυθμίσει το βάρος της (Papadoulou et al., 2009).

2.5. Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών

Ο Stice (2001) διατύπωσε ότι υπήρχε ένας αριθμός πέντε ειδικών θεωρητικών μοντέλων διατροφικής διαταραχής, ενώ οι Thompson και συνεργάτες (1999), αναφέρουν ένα μοντέλο τριών πρωταρχικών μεταβλητών επίδρασης στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών:

- οι συνομήλικοι,
- οι γονείς και
- τα μέσα επικοινωνίας.

Το μοντέλο περιέχει δύο συνδέσμους, βάσει των οποίων συσχετίζονται από τη μία πλευρά η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και από την άλλη τα διατροφικά προβλήματα:

- αφενός, η αποδοχή από πλευράς του ατόμου να γίνει κάποιου είδους αξιολόγηση των κοινωνικών προτύπων για την εμφάνιση και
- αφετέρου οι αυξημένες τάσεις σύγκρισης της εμφάνισης

Οι Van den Berg και οι συνεργάτες (2002) εξέτασαν τις τρεις μεταβλητές και πρόσθεσε επιπλέον, ενώ ανέφερε ότι οι μεταβλητές αυτές παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης εικόνας σώματος, παράλληλα με την εμφάνιση διατροφικής διαταραχής.

2.5.1. Επίδραση συνομηλίκων και οικογένειας

Πολυάριθμες έρευνες εστίασαν στην σημαντική επίδραση των συνομηλίκων στη διατροφή και στη εικόνα του σώματος. Σε μία από αυτές τις έρευνες, οι Paxton και συνεργάτες (1999) παρατήρησαν ότι οι μαθήτριες που ακολουθούσαν ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής δέχονταν περισσότερα πειράγματα από φίλους όσον αφορά το βάρος και την περιφέρεια του σώματός τους, ενώ οι ίδιες έρευνες ανέφεραν ότι το φιλικό τους περιβάλλον επηρέασε σοβαρά την απόφασή τους να ακολουθήσουν ειδικό πρόγραμμα διατροφής, καθώς οι φίλοι τους ασχολούνταν σε ένα μεγάλο βαθμό με ζητήματα διατροφής και βάρους. Φαίνεται ότι τα σχόλια που σχετίζονται με το βάρος συνδέονται άμεσα με τη μη ικανοποίηση των ενηλίκων γυναικών ως προς την εικόνα του σώματός τους (Thompson et al., 1999). Παλαιότερες μελέτες έχουν

υποστηρίζει ότι κάθε είδους σχόλια ήταν παράγοντας πρόβλεψης ποικίλων μετρήσεων της εικόνας του σώματος και της διατροφικής διαταραχής των γυναικών κολεγιακού επιπέδου (Stormer & Thompson, 1996). Μάλιστα, οι Stice και συνεργάτες (1996) βρήκαν ότι τα νεαρά άτομα σχολικού και κολεγιακού επιπέδου, τα οποία διαγνώστηκαν με πλήρη ή υποκλινικά συμπτώματα βουλιμίας, δήλωσαν ότι το φιλικό τους περιβάλλον ασκούσε μεγάλη πίεση για να διατηρήσουν αδύνατο το σώμα τους, υποδεικνύοντας ότι ο ρόλος των συνομηλίκων είναι σημαντικός πάνω στα ζητήματα που αφορούν το βάρος και την διατροφική συμπεριφορά.

Πολλές ακόμα μελέτες καταγράφουν τη σχέση μεταξύ των συμπεριφορών των μελών της οικογένειας και των κοριτσιών, όσον αφορά στα ζητήματα βάρους και διατροφής. Οι Levine και συνεργάτες (1994) στην μελέτη τους που αφορούσε νεαρές μαθήτριες, παρατήρησαν ότι η γονεϊκή πίεση στην προσπάθεια των μαθητριών (κοριτσιών) να παραμείνουν λεπτές, ήταν παράγοντας πρόβλεψης των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής και μάλιστα, οι Pike & Robin (1991) παρατήρησαν ότι οι μητέρες των βουλιμικών εφήβων αξιολόγησαν λιγότερο ευνοϊκά το βάρος και την εμφάνιση των κοριτσιών τους, συγκριτικά με τις μητέρες των κοριτσιών που δεν είχαν βουλιμικά συμπτώματα.

Σε παρόμοια έρευνα οι Kanakis και Thelen (1995) υποστήριξαν ότι οι βουλιμικές, καθώς επίσης και οι γυναίκες με υποκλινική διατροφική συμπεριφορά, είχαν προηγουμένως αναφέρει ότι δέχονταν πολλά αρνητικά σχόλια από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επίσης οι Rieves και Cash (1996), σε εργασία τους με νεαρές φοιτήτριες, παρατήρησαν ότι η μη ικανοποίηση των νεαρών ατόμων από την εικόνα του σώματος τους σχετιζόταν σημαντικά με την αρνητική γνώμη που είχαν για αυτές οι μητέρες τους. Σε άλλη μελέτη, οι Van den Berg και συνεργάτες (2002), διερεύνησαν τη συνολική επίδραση της οικογένειας και επικεντρώθηκαν στο ρόλο όλων των μελών της οικογένειας που επηρέαζαν σημαντικά την συμπεριφορά των νεαρών ατόμων όσον αφορά την διατροφή και την εικόνα σώματος τους. Οι ερευνητές επίσης παρατήρησαν τον ρόλο των μέσων επικοινωνίας όσον αφορά την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και τον έκριναν ως πολύ σημαντικό. Αναφέρουν χαρακτηριστικά τον άμεσο συσχετισμού της επίδρασης του τύπου με την διατροφική συμπεριφορά μαθητριών που είχαν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής. Τέλος, παρατήρησαν μία αυξημένη τάση δυσφορίας κοριτσιών που έβλεπαν όλο και πιο αδύνατα μοντέλα σε φωτογραφίες. (Van den Berg et al., 2002).

2.5.2. Επίδραση κοινωνικών προτύπων

Οι Tiggemann και Pickering (1996) παρατήρησαν ότι η παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων σαπουνόπερας ήταν θετικός παράγοντας πρόβλεψης της μη ικανοποίησης του σώματος από πλευράς μαθητριών, σε αντίθεση με τις αθλητικές εκπομπές που προσδιορίστηκαν ως αρνητικός παράγοντας πρόβλεψης της μη ικανοποίησης από το σώμα. Οι Harrison και Cantor (1997), ανέφεραν ότι η τηλεόραση ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της μη ικανοποίησης του σώματος από κοπέλες. Οι Groesz και συνεργάτες (2002) έδειξαν τη δυσμενή επίδραση των τηλεοπτικών και άλλων μέσων (περιοδικού τύπου) στην εικόνα που διαμορφώνουν οι γυναίκες για το σώμα τους.

Σε άλλη έρευνα, οι Van den Berg και συνεργάτες (2002) παρατήρησαν τον ρόλο της κοινωνικής σύγκρισης που σχετίζεται με την εμφάνιση ως δυνητικός παράγοντας κινδύνου για την διατροφική διαταραχή και την δυσλειτουργία της εικόνας του σώματος. Η κοινωνική σύγκριση έχει μακρά ιστορία στον τομέα της ψυχολογίας και αποτελεί την τάση εξέτασης των άλλων στο ευρύτερο περιβάλλον, καθώς επίσης και την σύγκριση του ατόμου με τους άλλους με βάση ειδικά χαρακτηριστικά. Στο πλαίσιο της σύγκρισης της εικόνας του σώματος με την εμφάνιση, οι ερευνητές συμπέραναν ότι ο παράγοντας της κοινωνικής σύγκρισης συσχετίστηκε θετικά με την γνώμη που είχαν διαμορφώσει για το σώμα τους οι μαθήτριες, δηλαδή ότι ένιωθαν ότι είχαν παχύνει. Επίσης, αναφέρουν ότι οι τάσεις της κοινωνικής σύγκρισης μπορούσαν να προβλέψουν την μη ικανοποίηση των γυναικών (κολεγιακού επιπέδου) για την εικόνα του σώματός τους ξεπερνώντας τον δείκτη μάζας σώματος και τον παράγοντα της αυτοεκτίμησης. (Van den Berg et al., 2002).

Οι Muir και συνεργάτες (1999), συσχετίζοντας τον παράγοντα της κοινωνικής σύγκρισης με την διατροφική συμπεριφορά, διατύπωσαν το συμπέρασμα ότι η σύγκριση με την εμφάνιση των άλλων ήταν η πιο συχνή αιτία για να ξεκινήσουν νεαρές εφηβικής ηλικίας δίαιτα. Επίσης, οι Thompson και συνεργάτες (1999) εστίασαν στην πιθανή σημασία της σύγκρισης ως μέτρο αξιολόγησης μεταξύ των κάθε είδους επιδράσεων (π.χ. λεκτικά σχόλια) και των προβλημάτων που σχετίζονταν με την εικόνα του σώματος και την διατροφή.

2.5.3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και διατροφικές διαταραχές

Πρόσφατη μελέτη των Bizeul και συνεργατών (2001) υποστήριξε ότι η τελειοθηρία σχετίζεται πιθανόν με την ανάπτυξη διαταραγμένης διατροφικής

συμπεριφοράς και έλλειψη ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος. Αυτή η τάση συνδέεται συχνά με την νευρική ανορεξία, ωστόσο οι ερευνητές εκτίμησαν τον ρόλο που παίζει η επίδειξη μιας τέλει εικόνας στην παρουσίαση συμπτωμάτων βουλιμίας και σε υποκλινικό επίπεδο της μη σωστής διατροφής. Στην έρευνά τους, φοιτήτριες που διαγνώστηκαν με βουλιμία είχαν υψηλότερα αποτελέσματα στις μετρήσεις που αφορούσαν την διαμόρφωση μιας απεγάδιαστης εικόνας σε σύγκριση με την φυσιολογική ομάδα ελέγχου και με ασθενείς με ψυχική νόσο (Bizeul et al., 2001).

Οι Davis και συνεργάτες (2000), παρατήρησαν ότι ο νευρωτικός τύπος τελειομανίας ήταν παράγοντας πρόβλεψης της μη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του, της τάσης για ένα υπερβολικά αδύνατο σώμα και της βουλιμικής συμπεριφοράς. Σε παλαιότερη έρευνα των Minarik και Ahrens (1996) εξετάστηκε η σχέση της διατροφικής συμπεριφοράς και των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους με τις διαστάσεις της διαμόρφωσης μιας απεγάδιαστης εικόνας με δείγμα φοιτητριών και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα. Ανέφεραν ότι μια γενικευμένη τάση τελειότητας σχετίζεται με τον φόβο της μη ανταπόκρισης του ατόμου στα κοινωνικά – πολιτιστικά πρότυπα της εμφάνισης γεγονός που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση διαταραγμένων διατροφικών μοντέλων (Minarik & Ahrens 1996)

Οι Joiner και συνεργάτες (1997), διατύπωσαν την άποψη ότι η τάση για μια απεγάδιαστη εικόνα ήταν παράγοντας πρόβλεψης των βουλιμικών συμπτωμάτων γυναικών, οι οποίες πίστευαν ότι ήταν υπέρβαρες, ωστόσο δεν ήταν ίδια τα αποτελέσματα για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων των γυναικών που δεν αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους ως υπέρβαρες. Οι Vohs και συνεργάτες (1999) βρήκαν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ της αυτοεκτίμησης, της έλλειψης ικανοποίησης του σώματος και της παρουσίασης μιας τέλει εικόνας ήταν παράγοντας πρόβλεψης βουλιμικών συμπτωμάτων ακόμα και πέντε εβδομάδες αργότερα.

Άλλη έρευνα εξέτασε τη σχέση μεταξύ της εικόνας του σώματος και της διατροφικής συμπεριφοράς (σε αυτή την έρευνα δεν έγινε διαχωρισμός των βουλιμικών και των περιοριστικών κατηγοριών της διατροφικής διαταραχής), και βρήκε ότι η διαταραγμένη εικόνα του σώματος σχετίζεται στενά με ορισμένους ψυχολογικούς περιορισμούς, όπως η κακή ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και η εμφάνιση βουλιμικών συμπτωμάτων (Stice, 2001). Είναι, επίσης, χαρακτηριστικό ότι δυσaréσκεια από την εικόνα του σώματος και η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά σχετίζονται με δείκτες ψυχολογικών χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα η αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη (Thompson et al., 1999). Ο

Stice (2001) κατέγραψε ένα στενό συσχετισμό μεταξύ των παραγόντων της κατάθλιψης και της αρνητικής διάθεσης με την ανάπτυξη συμπτωμάτων βουλιμίας και της κακής διατροφικής συμπεριφοράς.

Οι van den Berg και συνεργάτες (2002) εξέτασαν τον ρόλο της σύγκρισης της εμφάνισης με την εμφάνιση συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής, εξετάζοντας παράλληλα τον ρόλο που παίζει η έμφαση στην τελειότητα, στη βουλιμία και στην νευρική ανορεξία. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το μοντέλο “Tripartite Influence model” που αφορά την διατροφή και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την αυξομείωση του βάρους. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν έναν σημαντικό συσχετισμό μεταξύ της διατύπωσης αρνητικών σχολίων και της αρνητικής εικόνας του σώματος καθώς επίσης και μια έντονη σχέση μεταξύ της εικόνας του σώματος και των βουλιμικών συμπτωμάτων (van den Berg et al., 2002). Ακόμα, οι ίδιοι ερευνητές παρατήρησαν μία σύνδεση των βουλιμικών συμπτωμάτων και της συνολικής ψυχολογικής λειτουργίας (μέτρηση δεικτών αυτοεκτίμησης, άγχους και κατάθλιψης). Όπως κατέγραψαν οι ερευνητές η σύγκριση της εμφάνισης παίζει έναν ισχυρό ρόλο μεταξύ των διάφορων τύπων επιρροής (συνομήλικοι, οικογένεια και μέσα) και της διατροφικής διαταραχής (van den Berg et al., 2002).

Σε σύγκριση με τον μικρότερο βαθμό επιρροής της οικογένειας, των μέσων ενημέρωσης και του φιλικού-κοινωνικού περιβάλλοντος, η σύγκριση, η έμφαση στην τέλεια εικόνα και η κακή ψυχολογική λειτουργία αυξάνουν το ποσοστό εμφάνισης συμπτωμάτων βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας (Fairburn et al., 1997). Αναφορικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ισχυρές ενδείξεις δείχνουν έναν έντονο συσχετισμό των βουλιμικών συμπτωμάτων με την έλλειψη οικογενειακής συνοχής, σοβαρά οικογενειακά προβλήματα και διαμάχες καθώς επίσης και με ένα πιθανό ιστορικό φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης (Fairburn et al., 1997).

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) συμπεριλήφθηκε σε διάφορα μοντέλα πρόβλεψης διατροφικών διαταραχών, επειδή σχετίζεται στενά τόσο με την εικόνα σώματος και με τη διατροφική διαταραχή (van den Berg et al., 2002). Συνολικά, στη βιβλιογραφία εξετάστηκαν τρία μοντέλα. Στο πρώτο και δεύτερο μοντέλο, οι συνομήλικοι, το οικογενειακό περιβάλλον και η επίδραση των μέσων όπως και ο δείκτης μάζας σώματος παράλληλα με την τάση μιας τέλει εικόνας αποτελούν εξωγενείς μεταβλητές, με τις τρεις πρώτες να έχουν άμεση επίδραση στον παράγοντα σύγκρισης. Σύμφωνα με τους van den Berg και συνεργάτες (2002), ο παράγοντας της σύγκρισης επηρεάζει την αίσθηση της μη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του,

ενώ η τάση για την παρουσίαση της τέλει εικόνας προς τα έξω επιδρά τόσο στην έλλειψη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του όσο και στην επιβολή από πλευράς του ατόμου περιορισμών και τέλος ο δείκτης μάζας σώματος έχει επίδραση στην μη ικανοποίηση του ατόμου όσον αφορά την αισθητική πλευρά του σώματος του παράλληλα με τον παράγοντα της σύγκρισης.

Η αίσθηση της μη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του επηρεάζει τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσω των εσωτερικών περιορισμών την βουλιμία, ενώ η παράμετρος της ψυχολογικής λειτουργίας παρουσιάζει άμεση συνάφεια με τον παράγοντα της βουλιμίας. Σύμφωνα με τους ερευνητές η σύγκριση έχει άμεση συνάφεια με την επίδραση της οικογένειας και των ηλεκτρονικών μέσων στην μη ικανοποίηση του σώματος ενώ παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί σε παλαιότερη έρευνα των Thompson και συνεργάτες (1999), οι οποίοι παρατήρησαν τον σημαντικό ρόλο της σύγκρισης των αρνητικών σχολίων και της εικόνας σώματος με τις διατροφικές διαταραχές.

Ακόμη, οι Smolak και Levine (2001) κατέγραψαν τον σημαντικό ρόλο της αρνητικής επίδρασης των συνομηλίκων στην συμπεριφορά των ατόμων με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής. Σύμφωνα με τους Vohs και συνεργάτες (1999), ο αυξημένος βαθμός αλληλεπίδρασης μεταξύ της διαμόρφωσης μιας αψεγάδιαστης εικόνας και της αυτοεκτίμησης παράλληλα με τη μη ικανοποίηση του σώματος έχει αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής, ενώ η ευρύτερη χρήση του μοντέλου της ψυχικής λειτουργίας μπορεί να δώσει επιπρόσθετα χρήσιμες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εύρημα. Επιπλέον, η προσθήκη της επίδρασης της παρουσίας μιας αψεγάδιαστης εικόνας στο μοντέλο της ψυχικής λειτουργίας θα ενισχύσει τα προγράμματα πρόληψης για τις διατροφικές διαταραχές.

Σύμφωνα με τους Shafran και Mansell (2001), η τάση για την παρουσίαση μιας αψεγάδιαστης εικόνας έχει επίδραση και σε άλλες διαταραχές συμπεριφοράς εκτός των διατροφικών διαταραχών, και η εστίαση στον παραπάνω παράγοντα (παρουσίαση μιας εξιδανικευμένης εικόνας) στο πλαίσιο της πρόληψης της πρόληψης της πνευματικής υγείας πιθανόν μπορεί να μειώσει την συχνότητα άλλων διαταραχών. Αναφορικά με την τάση επίδειξης από πλευράς των ατόμων μιας αψεγάδιαστης εικόνας, τα ευρήματα που εστιάζουν στην ψυχική λειτουργία έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις και οι θεραπείες που αφορούν την αντιμετώπιση των προβλημάτων που άπτονται της πνευματικής υγείας μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση των

συνεπειών που επιφέρει η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (van den Berg et al., 2002).

Οι Smolak και Levine (2001) κατέγραψαν την ισχυρή επιρροή της μεταβλητής της μη ικανοποίησης του ατόμου για το σώμα του στο τομέα της διατροφής καθώς και σε άλλες περιοριστικού χαρακτήρα διατροφικές πρακτικές, και ήταν εμφανής η σύνδεση μεταξύ βουλιμίας και αποστροφής του ατόμου για το σώμα του. Οι Bardone και συνεργάτες (2000) αναφέρουν όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου για τα συμπτώματα της βουλιμίας μεταξύ άλλων τα:

- ακατάλληλος τύπος διατροφής,
- μη ικανοποίηση του ατόμου από το σώμα του,
- χαμηλή αυτοεκτίμηση και
- διαταραγμένες οικογενειακές και ενδοπροσωπικές σχέσεις.

Οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι κοπέλες που έχουν ως γυναικεία πρότυπα εκείνα που προωθούνται κατά κόρον από τα περιοδικά και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόκλησης διατροφικής διαταραχής. Η μη ικανοποίηση του ατόμου από το σώμα του αποτελεί ένα ακόμα παράγοντα κινδύνου για τα συμπτώματα βουλιμίας (Bardone et al., 2000). Η έλλειψη ικανοποίησης που χαρακτηρίζει ένα άτομο που δεν είναι ευχαριστημένο από το σώμα του είναι παράγοντας πρόβλεψης εξαντλητικής δίαιτας και συνεπώς της παρουσίας συμπτωμάτων βουλιμίας (Bardone et al., 2000).

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι επίσης έντονα συνδεδεμένη με τις διατροφικές διαταραχές και οι Bardone και συνεργάτες (2000), για το ζήτημα αυτό αναφέρουν: επειδή μία αποτυχημένη δίαιτα έχει ως αποτέλεσμα ένα χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης και επειδή η μειωμένη αυτοεκτίμηση με τη σειρά της καθιστά περισσότερο εμφανή την αποτυχία που αφορά έναν συγκεκριμένο τρόπο διατροφής τα άτομα που ακολουθούν μία χρόνια δίαιτα μπαίνουν σε ένα φαύλο κύκλο στο πλαίσιο, του οποίου κάθε αποτυχία στο τομέα της διατροφής παράγει αρνητικά αποτελέσματα για τον ψυχισμό τους.

Οι Vohs και συνεργάτες (1999), στο πλαίσιο της κατανόησης της λειτουργίας των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν συμπτώματα βουλιμίας εστιάζουν στην τάση επίδειξης μιας ανεγάδιαστης εικόνας την οποία συσχετίζουν με τις διατροφικές διαταραχές, εφόσον τα άτομα με αυτού του είδους τα συμπτώματα, δίνουν έμφαση στις προδιαγραφές που θέτει η σύγχρονη βιομηχανία της μόδας η οποία προβάλλει

αδύνατα μοντέλα, γεγονός που καθιστά δύσκολη την ανταπόκριση των ατόμων σε αυτές τις προδιαγραφές.

Οι ερευνητές διατύπωσαν την υπόθεση ότι οι γυναίκες με τάση προβολής μιας αψεγάδιαστης εικόνας θα παρουσιάσουν βουλιμικά συμπτώματα εφόσον θα νιώθουν ανικανοποίητες από το σώμα τους (αυτές οι γυναίκες χαρακτηρίζουν τους εαυτούς τους ως υπέρβαρες), ωστόσο στην περίπτωση που δεν καλλιεργήσουν αυτού του είδους το συναίσθημα (δεν χαρακτηρίσουν τον εαυτό τους ως υπέρβαρες), δεν θα αναπτύξουν βουλιμική συμπεριφορά (Bardone et al., 2000). Υπό αυτό το πρίσμα οι ερευνητές προτείνουν ένα μοντέλο όπου η τάση για μία αψεγάδιαστη εικόνα είναι ενεργή μόνο όταν το άτομο έχει άγχος για το σώμα του (π.χ. πιστεύει ότι δεν έχει ιδανικές αναλογίες βάρους. Σε στατιστικό επίπεδο βρήκαν ότι η αλληλεπίδραση της τάσης για τέλεια εικόνα και της μη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του, ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης βουλιμικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα κατέγραψαν αυτού του είδους την τάση ως ένα σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την παρουσίαση βουλιμικών συμπτωμάτων μόνο στην περίπτωση που δεν τηρούνται οι προδιαγραφές βάρους (Bardone et al., 2000).

Οι Vohs και συνεργάτες (1999) διατύπωσαν την υπόθεση ότι η αυτοεκτίμηση παίζει καθοριστικό ρόλο στην αλληλεπίδραση μεταξύ της τάσης προβολής μιας αψεγάδιαστης εικόνας και της μη ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του όσον αφορά την πρόβλεψη των βουλιμικών συμπτωμάτων. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που έχουν αρνητική εικόνα για το σώμα τους (δηλαδή πίστευαν ότι είναι υπέρβαρα) θα παρουσιάσουν ένα υψηλότερο επίπεδο βουλιμικών συμπτωμάτων εάν έχουν και χαμηλή αυτοεκτίμηση, κάτι που δεν ισχύει σε περίπτωση που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση.

Ο Fairburn (1995) προσδιορίζει τους παράγοντες της αυτοεκτίμησης και της εμμονής για αψεγάδιαστη εικόνα ως κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας αναφέροντας ότι αυτοί οι δύο παράγοντες προηγούνται της διατροφικής διαταραχής. Είναι χαρακτηριστικό στοιχείο ότι κάθε από τις τρεις παραμέτρους: α) τάση για ανάπτυξη τέλει εικόνας, β) μη ικανοποίηση του ατόμου από το σώμα του και γ) χαμηλή αυτοεκτίμηση, μεμονωμένα δεν αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης βουλιμικών συμπτωμάτων σε αντίθεση με την συνέργεια όλων αυτών των παραγόντων, οι οποίοι προβλέπουν την βουλιμική συμπτωματολογία (Bardone et al., 2000).

2.6. Διατροφικές διαταραχές στην εφηβεία

Οι διατροφικές διαταραχές στις έφηβες είναι πιο συνηθισμένες από τις ενήλικες γυναίκες και συνδέονται με αυξημένη θνησιμότητα (Patton et al., 1999). Τα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών παρουσιάζονται συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, πριν την πλήρη ανάπτυξη των βουλιμικών ή ανορεξικών συνδρόμων με τις έρευνες να επιβεβαιώνουν την υψηλή συχνότητα της διατροφικής διαταραχής μεταξύ των κοριτσιών εφηβικής ηλικίας (Patton et al., 1999). Συγκεκριμένα ένα ποσοστό 0,5% των κοριτσιών υποφέρουν από νευρική ανορεξία, 1% έχει συμπτώματα βουλιμίας και 3-5% των κοριτσιών έχει υποκλινικά μη διαγνωσμένα σύνδρομα.

Οι Patton και συνεργάτες (1999) είχαν σκοπό την εξέταση των παραγόντων πρόβλεψης των διατροφικών διαταραχών με δείγμα εφηβικό πληθυσμό, ηλικίας 14-15 ετών που προέρχονταν από 44 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Patton et al., 1999). Οι μετρήσεις που πραγματοποίησαν εστίασαν στο βάρος (kg), στο ύψος (cm), στη διατροφή (εφηβική διατροφική κλίμακα) και στις διατροφικές διαταραχές ενώ ο προσδιορισμός της διατροφικής διαταραχής (μερικό σύνδρομο) είχε ως προϋπόθεση να πληροί το άτομο δύο κριτήρια: (α) είτε τη νευρική ανορεξία (β) είτε την νευρική βουλιμία σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Πνευματικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 8% του δείγματος ακολουθούσε μία αυστηρή διαίτα ενώ ένα ποσοστό 60% ακολουθούσε ένα μέτριο πρόγραμμα διατροφής (μέτρηση τριών διατροφικών στρατηγικών: υπολογισμός θερμίδων, μείωση ποσότητας τροφής στα γεύματα και σκόπιμη παραμέληση γευμάτων στο καθημερινό διατροφολόγιο). Οι έφηβες που ακολουθούσαν ένα αυστηρό επίπεδο διατροφής είχαν 18 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μια νέα διατροφική διαταραχή εντός 6 μηνών συγκριτικά με τις συνομήλικές τους που δεν είχαν την ίδια συνήθεια ενώ η πρώτη κατηγορία των νεαρών κοριτσιών είχαν 1 στις 5 πιθανότητες να αναπτύξουν μία νέα διατροφική διαταραχή σε ένα χρονικό διάστημα άνω των 12 μηνών. Αντίστοιχα οι έφηβες που ακολούθησαν ένα μέτριο πρόγραμμα διατροφής είχαν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μια νέα διατροφική διαταραχή, ενώ οι πιθανότητες ήταν 1 στις 40 όσον αφορά την ανάπτυξη μιας νέας διατροφικής διαταραχής σε ένα χρονικό διάστημα άνω των 12 μηνών. Ωστόσο, ακόμα και ένα μέτριο επίπεδο διατροφής μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο της ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής όπως αναφέρουν ενώ τα δύο τρίτα των νέων

περιπτώσεων αποτελούνταν από έφηβες που ακολουθούσαν ένα ήπιο παρά ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής (Patton et al., 1999). Αξιοσημείωτο της έρευνας των Patton και συνεργάτες (1999) ήταν ο πολύπλευρος σχεδιασμός της, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου που ποικίλουν με τον χρόνο (διατροφικές συνήθειες, επίπεδο απόδοσης, γυμναστική), ενώ το πρόβλημα του προσδιορισμού της διατροφής αντιμετωπίστηκε μέσω της χρήσης καθορισμένων και αναπαραγόμενων μετρήσεων που συνδέονται με τα κριτήρια Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι η αναλογία μεταξύ των φύλων που προσδιορίστηκε σε μια τιμή γύρω στο 4:1 για την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής ήταν χαμηλότερη από την αρχική αναλογία συχνότητας 10:1, ενώ η αναλογία κινδύνου για τα δύο φύλα σε σχέση με την αρχική εκδήλωση της διατροφικής διαταραχής ήταν μεγαλύτερη για τα κορίτσια. Όπως αναφέρουν οι ερευνητές η ανάπτυξη της βουλιμικής διαταραχής κυρίως στα νεαρά άτομα (θηλυκού φύλου) είναι αποτέλεσμα του διαφορετικού ρυθμού που καταγράφεται στην διατροφή των εφήβων.

Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η διατροφή των παιδιών και εφήβων αποτελεί αντικείμενο έντονων συζητήσεων και διεργασιών ιδιαίτερα όταν αυξάνεται ραγδαία η παχυσαρκία μεταξύ των ατόμων της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας. Παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση διατροφικής διαταραχής είναι η συμμετοχή των νεαρών ατόμων στις ποικίλες αθλητικές δραστηριότητες, ιδιαίτερα στο άθλημα της γυμναστικής που προϋποθέτει λεπτά άτομα, ωστόσο στο πλαίσιο της έρευνας η καθημερινή συμμετοχή των παιδιών – εφήβων στον αθλητισμό δεν συνδέεται με οποιαδήποτε είδους βλάβη στις διατροφικές συνήθειες των ατόμων, διατυπώνοντας το συμπέρασμα ότι ο διατροφικός περιορισμός σε συνδυασμό με ορισμένα αθλήματα σχετίζονται με πιθανές αρνητικές συνέπειες για τα νεαρά άτομα. Τέλος, όσον αφορά τον έλεγχο του βάρους των εφήβων, η προώθηση της άσκησης αντί των περιορισμών στην διατροφή ενέχει λιγότερους κινδύνους ως προς την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

2.7. Τελειοθηρία

Μέχρι σήμερα έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί για τον όρο τελειοθηρία. Ο Hollander (1978) όρισε την τελειοθηρία ως «την απαίτηση από τον εαυτό ή από τους άλλους, μιας ποιότητας επίδοσης υψηλότερης από ότι απαιτείται από την κατάσταση».

Σύμφωνα με τον Burns (1980) τα άτομα που εμφανίζουν τελειοθηρία έχουν πολύ υψηλά, κάποιες φορές παράλογα πρότυπα και προσπαθούν με τρόπο καταναγκαστικό να επιτύχουν τους στόχους τους. Επιπλέον η αυτοαξία τους βασίζεται ολοκληρωτικά στην επιτυχή εκπλήρωση των στόχων τους. Οι Flett και Hewitt (2002) αναφέρουν πως η τελειοθηρία είναι το κινήγι της τελειότητας και του απεγάδιαστου σε όλες τις πτυχές της ζωής.

Η τελειοθηρία είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Όπως όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η τελειοθηρία έχει τις δικές του λειτουργικές και δυσλειτουργικές εκφάνσεις (Slade & Owen, 1998). Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως υπάρχουν δύο μορφές τελειοθηρίας: α) η προσαρμοστική και β) η μη προσαρμοστική. Η προσαρμοστική τελειοθηρία πηγάζει από την επιθυμία για επιτυχία και οι συμπεριφορές του ατόμου έχουν σαν στόχο την επίτευξη κάποιων συγκεκριμένων υψηλών στόχων. Από την άλλη, στην αρνητική τελειοθηρία οι συμπεριφορές που στοχεύουν στην επίτευξη των υψηλών στόχων έχουν σαν κίνητρο την αποφυγή αρνητικών αποτελεσμάτων και άρα πηγάζουν από το φόβο αποτυχίας (Slade & Owen, 1998).

Οι Frost, Marten, Lahart και Rosenblate (1990), υποστήριξαν ότι χαρακτηριστικό των ατόμων με τελειοθηρία είναι η θέσπιση πολύ υψηλών προτύπων που αφήνει ελάχιστα περιθώρια για λάθη και συνοδεύεται από την άσκηση αυστηρής, αρνητικής κριτικής στον εαυτό. Επιπλέον, υποστήριξαν ότι η ανησυχία του ατόμου ότι θα κάνει λάθη είναι επίσης βασικό στοιχείο της τελειοθηρίας. Η τελειοθηρία έχει συνδεθεί με πολλά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Brouwers & Wiggum, 1993), την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (Shafran et al., 2001), σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Quadland, 1980), με την κατάθλιψη (Frost et al., 1990), διαταραχές προσωπικότητας (Hewitt, Flett & Turnbull, 1992), ενώ τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται και από υψηλά επίπεδα αναβλητικότητας (Frost et al., 1990) και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Asby & Rice, 2002).

Τα άτομα με τελειοθηρία από την υπερβολική προσπάθεια για καλή επίδοση ασκούν σκληρή κριτική στον εαυτό τους και βιώνουν αισθήματα κόπωσης, αδυναμίας, θυμού, ανικανότητας, άγχους και απογοήτευσης. Πολύ συχνά το άγχος, αλλά και η έντασή τους, σωματοποιούνται και οδηγούν σε σωματικά συμπτώματα ενώ άλλες φορές το άγχος επίδοσης οδηγεί σε αδράνεια. Όλα αυτά έχουν σαν

αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσφορίας και δυσλειτουργίας στην καθημερινότητα του ατόμου (Παπακώστας, 1994).

Προτεινόμενες θεραπείες για την αντιμετώπιση της τελειοθρίας αποτελούν οι οδηγοί αυτοβοήθειας και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Στόχος τους είναι η παραδοχή ότι η τελειοθηρική συμπεριφορά είναι δυσλειτουργική για το ίδιο το άτομο και ο επαναπροσδιορισμός της πεποίθησης ότι το τέλειο αποτέλεσμα είναι πάντα ο ρεαλιστικός στόχος. Επιπλέον, παρέχονται εναλλακτικές τεχνικές που θα βοηθήσουν το άτομο να συμπεριφέρεται με μεγαλύτερη ευελιξία και να αυξήσει την απόδοσή του χωρίς αρνητική αυτοκριτική (Παπακώστας, 1994).

2.7.1. Τελειοθρία και διατροφικές διαταραχές στον αθλητισμό

Οι Prynjak και συνεργάτες (2019) αναφέρουν ότι οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα μεταξύ των αθλητών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό φτάνοντας ακόμα και το ποσοστό του 45% μεταξύ των αθλητριών ενώ αυτές οι παθολογίες είναι ιδιαίτερα εμφανείς σε αθλήματα που σημαντικό ρόλο παίζει ο έλεγχος του βάρους, όπως π.χ. οι πολεμικές τέχνες, οι δρόμοι, η συγχρονισμένη κολύμβηση και η γυμναστική. Η ανίχνευση των μοντέλων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές παρουσιάζει δυσκολίες με τις διατροφικές διαταραχές να επηρεάζουν αρνητικά τον μεταβολισμό, την υγεία των οστών και την καρδιαγγειακή και πνευματική υγεία των αθλητών/τριών. Η μείωση της συχνής κατανάλωσης γευμάτων έχει ως αποτέλεσμα την χαμηλότερη διαθεσιμότητα ενέργειας γεγονός που προκαλεί ορμονικές μεταβολές, ανωμαλία στην έμμηνο ρύση και ζημιά στην υγεία των οστών επηρεάζοντας κατά συνέπεια την απόδοση των αθλητών/τριών.

Οι ερευνητές αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι η εξέταση των ατομικών χαρακτηριστικών των αθλητών/τριών μπορεί να συμπληρώσει τα κενά που αφορούν τα αποτελέσματα των διατροφικών διαταραχών στην απόδοσή τους. Για παράδειγμα, η υψηλή τελειοθρία παρατηρείται συχνά μεταξύ εκείνων που παρουσιάζουν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής, ενώ χαρακτηρίζεται ως πολυδιάστατη και ως προσαρμοστική ή μη προσαρμοστική (Madigan et al., 2018). Στον αθλητισμό, η προσαρμοστική τελειοθρία συνδέεται με την μεγαλύτερη προπονητική απόδοση και με το χαμηλότερο επίπεδο του προπονητικού άγχους και κοπώσεως, ενώ η μη προσαρμοστική τελειοθρία αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μιας μη «υγιούς» προπονητικής δραστηριότητας (Madigan et al., 2018). Τόσο η

προσαρμοστική όσο και η μη προσαρμοστική τελειοθηρία παρουσιάζει ένα αυξητικό ρυθμό στα άτομα που υποφέρουν από διατροφική διαταραχή, ενώ η τελειοθηρία, η παρακίνηση που εστιάζει στην επίτευξη του στόχου και η ανταγωνιστικότητα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής (Somasundaran & Burgess, 2018).

Οι Somasundaran & Burgess (2018) διατύπωσαν την άποψη ότι ο τύπος της αθλητικής δραστηριότητας μπορεί να μετριάσει την ένταση μεταξύ τελειοθηρίας και διατροφικής διαταραχής νεαρών αθλητριών, επομένως ο ρόλος της προσαρμοστικής τελειοθηρίας είναι διφορούμενος, για αυτό το λόγο απαιτείται περαιτέρω εξέταση της συμβολής της στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών των νεαρών αθλητών/τριών. Σύμφωνα με τους Prynjak και συνεργάτες (2019), ένα εμφανές σύμπτωμα της διατροφικής διαταραχής είναι η έλλειψη της ικανοποίησης του ατόμου από το σώμα του, ωστόσο αυτή η σχέση δεν έχει αποτυπωθεί με ακρίβεια μεταξύ του αθλητικού πληθυσμού. Η έκθεση των νεαρών αθλητών/τριών σε υψηλές αθλητικές προδιαγραφές σε συνδυασμό με την συνεχή αξιολόγηση της φυσικής τους εμφάνισης έχουν ως συνέπεια μία αρνητική εικόνα του σώματος σε περίπτωση που δεν ικανοποιηθούν αυτού του είδους οι προδιαγραφές. Νεαρές αθλήτριες που παρουσίαζαν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής ανέφεραν μεγαλύτερη πίεση να παραμείνουν λεπτές συγκριτικά με συνομήλικες αθλήτριες που δεν είχαν αυτού του είδους τα συμπτώματα. Αυτές οι περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα ευδιάκριτες σε αθλήματα όπου λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψη τα κριτήρια αισθητικής και ομορφιάς (γυμναστική, χορός, καλλιτεχνικό πατινάζ) όπου παίζουν σημαντικό ρόλο το βάρος και η σωματική διάπλαση, σε συνδυασμό με την έλλειψη ικανοποίησης του σώματος.

Οι παραπάνω έρευνες καταγράφουν την συσχέτιση μεταξύ της μη ικανοποίησης αθλητριών από το σώμα τους και της ανάπτυξης κακών διατροφικών συνηθειών. Ακόμη, η έλλειψη ικανοποίησης των αθλητών/τριών από το σώμα τους συμβάλλει έντονα στην παρουσίαση διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών/τριών που επιδιώκουν την τέλεια εικόνα για το σώμα τους ή μεταξύ εκείνων που παρουσιάζουν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής εξαιτίας της τάσης τους για τελειοθηρία. Σε αυτήν τη σχέση, οι έρευνες κατέγραψαν τον ρόλο που παίζει ο παράγοντας της ικανοποίησης των αθλητών/τριών για το σώμα τους και της επιδίωξης της τελειοθηρίας με την ανθυγιεινή διατροφική συμπεριφορά.

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα των ως τώρα ερευνών ήταν ότι δεν συμπεριλαμβάνονται πάντα τα δύο φύλα ή δεν εξετάζεται ο ρόλος του τύπου της

αθλητικής δραστηριότητας στην ανάπτυξη μιας τέτοιου είδους συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό να γίνει διάκριση των αιτίων των ανθυγιεινών διατροφικών μοντέλων με στόχο την πρόληψη της διατροφικής διαταραχής μεταξύ αθλητών/τριών γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της απόδοσής τους. Επομένως, στόχος των ερευνών είναι να εξετασθεί εάν η προσαρμοστική ή μη προσαρμοστική τελειοθηρία μπορεί να προβλέψει τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής μεταξύ αθλητών/τριών των ομαδικών-ατομικών αθλημάτων, καθώς και εάν η ικανοποίηση του σώματος μπορεί να μεταβάλει αυτή τη σχέση χάρη στην επίδρασή της τόσο στην τελειοθηρία όσο και στην διατροφική διαταραχή.

Τα ευρήματα της έρευνας των Pnjak και συνεργάτες (2019) κατέγραψαν τον σημαντικό ρόλο της τελειοθηρίας και της ικανοποίησης ή μη του σώματος στις διατροφικές συνήθειες των αθλητριών. Όσον αφορά τους αθλητές κανένας από τους παράγοντες πρόβλεψης δεν συνέβαλε στην αποτύπωση της διατροφικής τους συμπεριφοράς. Οι παράγοντες της ηλικίας, του τύπου του αθλήματος και της διάρκειας της αθλητικής συμμετοχής είχαν αρνητικά αποτελέσματα στην καταγραφή μιας ολοκληρωμένης εικόνας για τις διατροφικές συνήθειες των αθλητών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα. Αναφορικά με την συχνότητα της διατροφικής συμπεριφοράς δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανάμεσα στους αθλητές και στις αθλήτριες, ωστόσο σε γενικό επίπεδο, η συχνότητα των διατροφικών διαταραχών είναι υψηλότερη στις αθλήτριες συγκριτικά με τους αθλητές.

Οι Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen (2013) κατέγραψαν στην έρευνά τους μία κλίμακα συχνότητας της τάξης 0-19% για τους αθλητές και 6-45% για τις αθλήτριες. Στην έρευνα τόσο η προσαρμοστική όσο και η μη προσαρμοστική τελειοθηρία συσχετίστηκαν, κυρίως με την ικανοποίηση του σώματος από πλευράς αθλητριών, αλλά όχι άμεσα με την διατροφική τους συμπεριφορά. Αντίστοιχα οι Somasundaran και Burgess (2018) κατέγραψαν έναν υψηλότερο συσχετισμό της μη προσαρμοστικής τελειοθηρίας με την διατροφική διαταραχή τόσο για τις αθλήτριες όσο και για τους μη αθλητές, ενώ οι Hopkinson και Lock (2004) ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες αθλητές παρουσίαζαν περισσότερα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής συγκριτικά με μη επαγγελματίες εξαιτίας κυρίως της αυξημένης γενικής τελειοθηρίας και όχι εξαιτίας της προπονητικής έντασης.

Οι Pnjak και συνεργάτες (2019) αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα της έρευνας τους έρχονται σε αντίθεση με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών εφόσον κατέγραψαν ένα θετικό συσχετισμό της προσαρμοστικής τελειοθηρίας με την

ικανοποίηση του σώματος η οποία συνδέεται αρνητικά με την διατροφή. Η αίσθηση της ικανοποίησης που καλλιεργείται σε έναν αθλητή ή μη για το σώμα του προσδιορίζεται ως ο μεγαλύτερος ανεξάρτητος παράγοντας της διατροφής με τη σχέση που αναπτύσσεται να είναι αρνητική.

Οι αθλητές στην έρευνα των Prynjak και συνεργάτες (2019), είχαν λάβει κατάλληλη εκπαίδευση όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα και ψυχολογικές παραμέτρους, γεγονός που συνέβαλε να είναι περισσότερο συνειδητοποιημένοι και να λάβουν προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής. Επίσης, ο Haase (2009) αναφέρει ότι οι αθλητές/τριες ατομικών αθλημάτων βίωσαν ένα υψηλότερο επίπεδο συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής συγκριτικά με τους αθλητές/τριες ομαδικών αθλημάτων.

Οι Prynjak και συνεργάτες (2019) κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα στην έρευνά τους: οι προπονητές έχουν δυσκολία στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής των αθλητών/τριών, ιδιαίτερα εάν η σύνθεση του σώματος των αθλητών ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του αθλήματος και ταυτόχρονα δεν παρατηρείται μείωση της απόδοσής τους. Λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη τις μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες της διατροφικής διαταραχής για την υγεία αθλητών/τριών θα πρέπει να γίνει μια σωστή αξιολόγηση των πιθανών συμπτωμάτων, κάνοντας χρήση ενός αντικειμενικού, αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου. Αυτό είναι το πρώτο βήμα για το προσδιορισμό των δυνητικών παραγόντων κινδύνου που προσδιορίζονται συχνά στην αλληλεπίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών των αθλητών και του κοινωνικού περιβάλλοντος στο πλαίσιο του οποίου λαμβάνει χώρα τόσο η προπονητική τους προετοιμασία όσο και οι αγωνιστικές δραστηριότητες. Κρίνεται επίσης, αναγκαία η συνεργασία μεταξύ προπονητών, αθλητικών διατροφολόγων, κλινικών ψυχολόγων και αθλητών για την αποτροπή διατροφικής διαταραχής ανάμεσα στους αθλητές/τριες.

Οι Cockell και συνεργάτες (2002) αναφέρουν ότι τα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν μια έντονη ανησυχία για την εικόνα που προβάλλουν προς τα έξω και ότι η επιθυμία τους να κρύψουν πιθανά λάθη και παραβλέψεις αντανακλά ένα ενδοπροσωπικό στυλ αυτοπαρουσίασης και προώθησης μιας απεγάδιαστης εικόνας που στην ουσία αποτελεί έναν αμυντικό μηχανισμό της προσωπικότητάς τους. Στο πλαίσιο μιας σχετικής έρευνας (Hewitt et al., 1995), παρατηρήθηκε σε δείγμα φοιτητριών ένας έντονος συσχετισμός μεταξύ της παρουσίας από πλευράς τους

μιας τέλειας εικόνας με την εκδήλωση ανορεκτικών και βουλιμικών συμπτωμάτων καθώς επίσης και της αποστροφής των νεαρών ατόμων προς το σώμα τους.

Σε άλλη έρευνα, οι Geller και συνεργάτες (2000), κατέγραψαν έναν υψηλό συσχετισμό (με δείγμα ανορεκτικών γυναικών), τριών διαστάσεων παρουσίασης μιας απεγάδιαστης εικόνας, (συνεχής αγώνας για εκπλήρωση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών του κοινωνικού περιγύρου καθώς και προσπάθεια απόκρυψης πιθανής ατέλειας αποφεύγοντας τη λεκτική παραδοχή οποιουδήποτε σφάλματος), με τις μετρήσεις που έγιναν πάνω στον μειωμένο βαθμό της συναισθηματικής και ψυχικής έκφρασης των ατόμων, όπως είναι η εκδήλωση θυμού ή αγωνίας, διατυπώνοντας το συμπέρασμα ότι η εμμονή στην παρουσίαση της τέλειας εικόνας έχει ως αποτέλεσμα την κατάπνιξη των συναισθημάτων του ατόμου.

Οι Cockell και συνεργάτες (2002) αναφέρουν ότι υπάρχουν διάφορες αιτίες για την ανάπτυξη στενής σχέσης μεταξύ της νευρικής ανορεξίας και της παρουσίασης της τέλειας εικόνας. Η κλινική εικόνα της ανορεκτικής οικογένειας είναι εκείνη που προσπαθεί να προβάλλει προς τα έξω μια δημόσια εικόνα τελειότητας και ψυχολογικής υγείας, ενώ κάτω από την επιφάνεια διακρίνονται ανεκπλήρωτες ανάγκες και προβλήματα. Οι Cockell και συνεργάτες (2002) εξέτασαν επίσης, τη σύνδεση της νευρικής ανορεξίας με την τάση για την προβολή μιας απεγάδιαστης εικόνας εστιάζοντας σε διάφορες παραμέτρους όπως τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ένα χαρακτηριστικό αυτής της έρευνας ήταν η συμπερίληψη μιας ψυχιατρικής ομάδας ελέγχου χωρίς ιστορικό διατροφικής διαταραχής ενώ επίσης εξετάστηκε εάν οι διαφορετικές αντιλήψεις των ομάδων όσον αφορά την τάση για τελειότητα οφείλονταν σε πιθανές διαφορές ψυχοσυναισθηματικών παραγόντων που αναφέρονται στην κατάθλιψη, στην χαμηλή αυτοεκτίμηση και στην ψυχιατρική σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου. Αξιολογήθηκαν ορισμένες διαστάσεις της τάσης για τελειότητα όχι μόνο μέσω μετρήσεων (αυτό)αναφοράς, αλλά και με δεδομένα που συλλέχθηκαν με συνεντεύξεις ώστε να προσδιορισθεί το μέγεθος των διαφορών μεταξύ των ομάδων ως προς την εμμονή τους για την προβολή μιας τέλειας εικόνας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Cockell και συνεργάτες (2002), οι γυναίκες με νευρική ανορεξία είχαν ένα σημαντικό υψηλό επίπεδο αυτοπροσδιορισμένης και κοινωνικά προσδιορισμένης τάσης επίδειξης μιας απεγάδιαστης εικόνας συγκριτικά με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου, ωστόσο αναδείχθηκαν δύο ιδιαίτερες πλευρές των διαφορών αυτών των ομάδων:

1. Παρατηρήθηκε για πρώτη φορά μια αυξημένη τάση συστηματικής επίδειξης μιας αψεγάδιαστης εικόνας από πλευράς των ανορεκτικών γυναικών συγκριτικά με την ψυχιατρική ομάδα ελέγχου καθώς επίσης και με την ομάδα ελέγχου.

2. Η επίδειξη της κοινωνικά τέλειας εικόνας που χαρακτήρισε την ομάδα των ανορεκτικών γυναικών ήταν σημαντικά υψηλότερη από αντίστοιχες που είχαν καταγραφεί σε παλαιότερες έρευνες.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, η υψηλή τάση διαμόρφωσης μιας αψεγάδιαστης εικόνας αποτύπωσε τον υψηλό βαθμό άγχους που χαρακτήριζε την ανορεκτική ομάδα (μέσο BDI = 41,6, BDI = Μέτρηση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης). Επομένως, ήταν σημαντική η καταγραφή των διαφορών των ομάδων σε επίπεδο δημιουργίας και προβολής μιας αψεγάδιαστης εικόνας μετά την εξέταση των σχετικών διαφορών σε επίπεδο ψυχολογικού άγχους. Οι γυναίκες με νευρική ανορεξία ανέφεραν έναν μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης, μειωμένης αυτοεκτίμησης καθώς επίσης και μειωμένη λειτουργικότητα καθώς και αυτοπροσδιορισμένης και κοινωνικά προσδιορισμένης τάσης επίδειξης μιας αψεγάδιαστης εικόνας.

Οι Geller και συνεργάτες (2000) βρήκαν ότι το κίνητρο της εκπλήρωσης των στόχων που θέτει το ίδιο το άτομο ή η εκπλήρωση των προσδοκιών των άλλων ως προς την ανάπτυξη μιας τέλειας εικόνας διακρίνει τις γυναίκες με νευρική ανορεξία από εκείνες που έχουν άλλου είδους ψυχολογικές διαταραχές, ιδιαίτερα διάφορες διαταραχές που αφορούν την διάθεση. Στην έρευνα των Geller και συνεργάτες (2000), δεν ήταν ευδιάκριτος ο λόγος που η ομάδα των γυναικών με νευρική ανορεξία δεν διέφερε από την ομάδα ελέγχου όσον αφορά την εμμονή στην τελειότητα ακόμα και μετά τον έλεγχο για πιθανά συμπτώματα άγχους.

Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι το επίπεδο αυτοπροώθησης που σχετίζεται με την προβολή μιας τέλειας εικόνας του ατόμου, καθώς και η απόκρυψη κάθε πιθανής ατέλειας είναι ιδιαίτερα εμφανή μεταξύ των γυναικών με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας (Hewitt et al., 2002). Επιπλέον, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα γύρω από τις ανησυχίες των ατόμων με διατροφική διαταραχή εστιάζοντας στην αγωνία, στη συναισθηματική και ψυχολογική πίεση που υποβάλουν τον εαυτό τους με απώτερο στόχο να προβάλουν προς τους έξω μία αψεγάδιαστη εικόνα, αποκρύπτοντας παράλληλα λάθη και παραλείψεις που μπορεί να αμαυρώνουν την εικόνα τους. Επομένως είναι ένα συνηθισμένο γεγονός η εκδήλωση έντονης ανησυχίας σε συνδυασμό με την αυξημένη ψυχολογική πίεση από πλευράς των

ανορεκτικών γυναικών οι οποίες επιθυμούν να προβάλουν στον κοινωνικό – επαγγελματικό τους περίγυρο μία ιδανική εικόνα σώματος.

Οι Cockell και συνεργάτες (2002), δημιουργοί της Κλίμακας Προβολής Αψεγάδιαστης Εικόνας (2002) τονίζουν ότι σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της τάσης για τελειότητα ως ένα ιδιαίτερο στυλ αυτοπαρουσίασης με έμφαση στην ανάγκη του ατόμου να παρουσιάσει μια τέλεια εικόνα παράλληλα με την αποφυγή οποιαδήποτε πιθανού λάθους που θα δημιουργούσε σοβαρά προβλήματα στην εικόνα του. Οι αναλύσεις που έγιναν (με βάση τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν στην έρευνα), κατέγραψαν ένα σημαντικό υψηλότερο βαθμό αυτοπροσδιορισμένης και κοινωνικά προσδιορισμένης τάσης για τελειότητα των ανορεκτικών γυναικών συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες της έρευνας, ενώ επίσης αποδείχτηκε ότι τόσο η ανάγκη να είναι κανείς τέλειος και μία διάσταση τουλάχιστον της ανάγκης του ατόμου να φαίνεται ότι είναι τέλειος στους άλλους (με συστηματική απόκρυψη κάθε πιθανής ατέλειας) σχετίζονται αποκλειστικά με τα ανορεκτικά άτομα.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Συμμετέχουσες

Στην παρούσα μελέτη έρευνα έλαβαν μέρος 62 αθλήτριες ρυθμικής αγωνιστικής γυμναστικής, 13-15 ετών, διεθνούς (n=34) και εθνικού (n=28) επιπέδου. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των αθλητριών καθώς και οι τιμές των απαντήσεών τους στα ερωτηματολόγια παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1.

3.2. Περιγραφή Οργάνων

Διατροφικές Στάσεις: Το EAT-26 είναι ένα από τα πιο γνωστά ερωτηματολόγια, που εξετάζει τις διατροφικές στάσεις και συνήθειες (Bohr, Garfinkel, Ggarner, & Olmsted, 1982). Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε με σκοπό την καταγραφή των συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Η κλίμακα EAT-26 αποτελείται από 26 ερωτήσεις που απαρτίζουν τους εξής τρεις παράγοντες: *ενασχόληση με δίαιτα, βουλιμία και ενασχόληση με φαγητό, έλεγχος κατάποσης*. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Δούκα, 2007) επιβεβαίωσε την αρχική δομή του ερωτηματολογίου. Οι τιμές Cronbach-α κυμάνθηκαν από 0.47 έως 0.81. Η πρώτη υποκλίμακα (ενασχόληση με δίαιτα) περιλαμβάνει δεκατρείς ερωτήσεις, η δεύτερη (βουλιμία και ενασχόληση με φαγητό) έξι και η τρίτη (ενασχόληση με φαγητό και έλεγχος κατάποσης) επτά ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε 6-βάθμια κλίμακα από 1=πάντοτε έως 6=ποτέ. Η βαθμολογία κάθε ερώτησης κυμαίνεται από 0 έως 3 (όπου 3=συχνά, 2=συνήθως, 1=πάντα, 0=μερικές φορές, σπάνια, ποτέ). Στα ελληνικά η αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου έγινε από τον Σίμο και συνεργάτες (1996). Ερωτηματολόγιο με σκορ ίσο ή και μεγαλύτερο από 20 φανερώνει υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση διαταραχών στη λήψη τροφής. Το ερωτηματολόγιο αυτό δε χρησιμοποιείται για τη διάγνωση διατροφικών διαταραχών αλλά για την ανίχνευση πιθανούς εμφάνισης ή ήδη υπάρχουσας διαταραχής στη λήψη τροφής.

Τελειοθηρία: Για τη μέτρηση της τελειοθηρίας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Τελειοθηρίας στον Αθλητισμό (Stoeber & Madigan, 2016; Ψυχουντάκη & Μαρκάτη, 2018) το οποίο περιλαμβάνει 25 ερωτήματα που απαρτίζουν 4 υποκλίμακες (*προσπάθεια για τελειοθηρία, προσωπικά στάνταρτ, ανησυχίες για λάθη και αρνητικές αντιδράσεις για τις ατέλειες*), οι οποίες, τελικά,

συνθέτουν δύο παράγοντες (Προσπάθεια για τελειότητα και Ανησυχία για τελειότητα).

3.3. Χορήγηση Ερωτηματολογίων

Για όλες τις αθλήτριες που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα ζητήθηκε έγγραφη γονική συναίνεση. Επιπλέον, δόθηκαν συνοδευτικές επιστολές στους γονείς και στους προπονητές, όπου αναφέρθηκε η σημασία της συμμετοχής, ο σκοπός της μελέτης, η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των αθλητριών. Με την άδεια των προπονητών, οι ερευνητές επισκέφθηκαν τους χώρους προπόνησης και μοίρασαν τα ερωτηματολόγια. Στις συμμετέχουσες δόθηκαν: μια υπενθύμιση ότι πρέπει να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα, και μία υπόδειξη ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

3.4. Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS για Windows, 20.0 και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.5. Μετά τον προκαταρκτικό έλεγχο, βρέθηκε ότι πληρούνται οι βασικές στατιστικές παραδοχές και ότι οι μεταβλητές παρουσιάζουν κατά προσέγγιση κανονική κατανομή. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες περιγραφικής στατιστικής (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές. Για να εξεταστούν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και σε όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές, έγινε t-test μεταξύ ανεξαρτήτων δειγμάτων. Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης εξέτασε το ποσοστό ερμηνείας της διακύμανσης της βαθμολογίας των αθλητριών στο EAT-26 από τις υπό εξέταση μεταβλητές.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρακάτω ενότητα παρουσιάζονται τα ευρήματα τα οποία προέκυψαν από από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στην έρευνα. Στην πρώτη υποενότητα παρουσιάζονται οι διαφορές στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών (μέσος όρος και τυπική απόκλιση των συμμετεχουσών ανά άθλημα) (Πίνακας 4.1). Στη δεύτερη υποενότητα παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ των συμμετεχουσών χωριστά για κάθε μία υπό εξέταση μεταβλητή (μέσος όρος και τυπική απόκλιση) (Πίνακας 4.2.1). Στην ίδια ενότητα παρουσιάζονται, χωριστά για τις αθλήτριες διεθνούς και εθνικού επιπέδου, τα ποσοστά εμφάνισης τάσης διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο EAT 26 (Πίνακας 4.2.2). Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζονται οι αναλύσεις παλινδρόμησης μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών (Πίνακας 4.3.1 και 4.3.2).

4.1. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών

Τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) ανά ομάδα, φαίνονται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των αθλητριών και απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια (μέσοι όροι±τυπικές αποκλίσεις)

Μεταβλητή	Αθλήτριες διεθνούς επιπέδου (n=34)	Αθλήτριες εθνικού επιπέδου (n=28)	p
Ηλικία (έτη)	13.47±1.42	13.32±1.70	0.708
Προπονητική εμπειρία (έτη)	7±2	6±2	0.354
Μάζα σώματος (kg)	41.38±8.54	39.00±9.01	0.264
Ανάστημα (cm)	154.74±8.84	153.79±11.32	0.712
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m ²)	17.10±2.00	16.90±1.72	0.070
Συμμετοχή σε αγώνες			
Διεθνείς αγώνες	2-3		
Εθνικά πρωταθλήματα	3-4	3-4	

4.2. Απαντήσεις των συμμετεχουσών στα ερωτηματολόγια

Οι απαντήσεις των συμμετεχουσών στα ερωτηματολόγια φαίνεται στον Πίνακα

Πίνακας 4.2.1. Απαντήσεις των αθλητριών στα ερωτηματολόγια (μέσοι όροι±τυπικές αποκλίσεις)

Μεταβλητή	Αθλήτριες διεθνούς επιπέδου (n=34)	Αθλήτριες εθνικού επιπέδου (n=28)	p
EAT-26	18.26±10.38	13.42±7.41	0.043
<i>Δίαιτα</i>	10.44±6.42	7.29±4.65	0.034
<i>Βουλιμία</i>	2.23±2.01	1.89±1.77	0.485
<i>Στοματικός έλεγχος</i>	5.59±3.81	4.25±3.20	0.145
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΕΛΕΙΟΘΗΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ			
Προσπάθεια για τελειότητα	22.11±3.64	21.60±4.19	0.610
<i>Προσπάθεια για τελειοθηρία</i>	20.23±3.76	19.89±4.27	0.739
<i>Προσωπικά στάνταρ</i>	24.00±4.23	23.32±4.57	0.547
Ανησυχία για τελειότητα	16.73±4.25	16.30±3.85	0.680
<i>Ανησυχία για λάθη</i>	19.08±5.32	18.75±4.81	0.796
<i>Αρνητικές αντιδράσεις για τις ατέλειες</i>	14.38±3.74	13.85±3.77	0.586

Επιπλέον, οι συμμετέχουσες κατατάχθηκαν με βάση τη συνολική τους βαθμολογία στο EAT-26 σε αυτές που είχαν βαθμολογία ίση και μεγαλύτερη του 20 και σε αυτές που είχαν χαμηλότερη (Πίνακας 4.2.2). Δώδεκα αθλήτριες διεθνούς επιπέδου και οκτώ αθλήτριες εθνικού επιπέδου είχαν βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 20 στο EAT-26.

Πίνακας 4.2.2. Κατηγοριοποίηση των συμμετεχουσών ανάλογα με το σκορ στο EAT-26

Σκορ	Συχνότητα (αριθμός ατόμων)	%
≤20	42	68
≥20	20	32

Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η υποκλίμακα *Προσπάθεια για τελειοθηρία* και η υποκλίμακα *Αρνητικές αντιδράσεις για τις ατέλειες*

ερμήνευσαν το 22.5% του συνολικού ποσοστού διακύμανσης των τιμών στο EAT-26 (adjusted $R^2=0.220$, $F=18.219$, $p=.001$).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της τάσης εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και της τελειοθηρίας σε έφηβες αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής υψηλού επιπέδου με συμμετοχές σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και χαμηλότερου επιπέδου με συμμετοχές μόνο σε εθνικό επίπεδο. Οι αθλήτριες διεθνούς επιπέδου παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών ($p=0.043$) και *Ενασχόλησης με Δίαιτα* ($p=0.034$) από ότι οι αθλήτριες εθνικού επιπέδου, χωρίς διαφορές μεταξύ των ομάδων στους παράγοντες, *Προσπάθεια για τελειότητα* ($p=0.610$) και *Ανησυχία για τελειότητα* ($p=0.680$). Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η υποκλίμακα *Προσπάθεια για τελειοθηρία* και η υποκλίμακα *Αρνητικές αντιδράσεις για τις ατέλειες* ερμήνευσαν το 22.5% του συνολικού ποσοστού διακύμανσης των τιμών στο EAT-26 (adjusted $R^2=0.220$, $F=18.219$, $p=.001$).

Είναι γνωστό πως η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά επηρεάζει έντονα τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και γενικότερα έχει σοβαρό αντίκτυπο στην αθλητική του απόδοση (Halmi, 2000). Η ύπαρξη διατροφικών διαταραχών θεωρείται σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή (Steinhausen, 2002), η οποία αντιμετωπίζεται δύσκολα και έχει σημαντική επίδραση στην απόδοση και στην υγεία των αθλητών (Costarelli & Stamou, 2009) και ειδικά στα αθλήματα γυμναστικής και σε αθλητές υψηλού επιπέδου. Αυτή η διαταραχή εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες αθλήτριες (Thompson & Sherman 2010). Ακραίες μορφές διατροφικών διαταραχών είναι η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία, ενώ οι πιο ήπιες μορφές είναι η εμμονή στο φαγητό και στη δίαιτα, η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος, ο φόβος του υπερβολικού βάρους και ο φόβος του να παχύνει (Halmi, 2000, Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Ψυχικές διαταραχές προσωπικότητας αθλητών, οδηγούν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2006). Ειδικότερα, αθλήτριες με διατροφικές διαταραχές έχουν συνήθως χαρακτηριστικά συμπεριφοράς όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξάρτηση κ.α. (American Psychiatric Association, 2006).

Τα ευρήματα αυτής της εργασίας δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό (32%) των αθλητριών ρυθμικής γυμναστικής είχαν βαθμολογία στο EAT-26 μεγαλύτερη του 20, συνάδοντας με αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών. Η συμμετοχή σε αθλήματα γυμναστικής συνδέεται συχνά με αυστηρό έλεγχο του βάρους του σώματος και με

αίσθημα ντροπής όταν δεν επιτυγχάνεται η ιδανική εμφάνιση και τελικά με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Betz & Parson, 2001, Slater & Tiggerman, 2001). Η πίεση για τη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους αφενός για την καλύτερη επίδοση των αθλητριών και για τη μικρότερη καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματός τους και αφετέρου λόγω της στερεότυπα «αισθητικής» εξωτερικής εμφάνισης, που απαιτείται από το άθλημα, οδηγεί συχνά στην υιοθέτηση λανθασμένων διατροφικών συνηθειών.

Στη γνωστή έρευνα των Sundgot-Borgen και Torstveit (2004) εξετάστηκε η ύπαρξη διατροφικών διαταραχών μεταξύ Νορβηγών αθλητών και αθλητριών (n=1.620) και μη αθλητών (n=1.696) και βρέθηκε ότι στις αθλήτριες που ασχολούνταν με «αισθητικά σπορ» (πατινάζ, καταδύσεις, συγχρονισμένη κολύμβηση, ενόργανη και ρυθμική γυμναστική) η τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών ήταν 42%, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από αυτό που βρέθηκε σε αθλήτριες αντοχής (24%) και ομαδικών αθλημάτων (16%). Σε άλλη μελέτη των Sundgot-Borgen και Torstveit (2004) όπου έλαβαν μέρος 160 κορυφαίοι αθλητές και αθλήτριες διαφόρων αθλημάτων βρέθηκε πως κλινικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών εμφάνισαν σε ποσοστό 42% αθλήτριες «αισθητικών αθλημάτων, 24% αθλημάτων αντοχής, 17% τεχνικών αθλημάτων και 16% ομαδικών.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας αναδεικνύουν τη σημασία του επιπέδου απόδοσης. Δώδεκα από τις τριαντατέσσερις αθλήτριες διεθνούς επιπέδου και οκτώ από τις εικοσιοκτώ αθλήτριες εθνικού επιπέδου εμφάνισαν βαθμολογία στο EAT-26 μεγαλύτερη του 20. Σε αθλήματα όπως είναι η ρυθμική γυμναστική υπάρχουν αυστηρά πρότυπα ελέγχου σωματικού βάρους και το λεπτό σώμα είναι προϋπόθεση της απόδοσης, κατάταξης και αξιολόγησης από τους κριτές, εμφανίζονται πολύ υψηλότερα τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών (Cook & Hausenblas, 2011, Smolak, Murnen, & Ruble, 2000).

Τα αποτελέσματα για τη σημασία του επιπέδου απόδοσης στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών επιβεβαιώνονται από πολλές έρευνες (Anderson, Petrie, & Neumann, 2012, Greenleaf, Petrie, Carter, & Reel, 2009, Krentz & Warschburger, 2011). Στη ρυθμική και ειδικά στο υψηλό επίπεδο απόδοσης υπάρχει συνεχής πίεση από τους προπονητές και τους γονείς των νεαρών αθλητριών να είναι αδύνατες (Salbach, Klinowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007) διότι το χαμηλό σωματικό βάρος έχει σχέση με την ευκινησία των αθλητριών σε κάποιες μεμονωμένες κινήσεις ή πάνω σε κάποια όργανα και με την ταχύτητα περιστροφής τους γύρω από

διάφορους άξονες (Harris & Greco, 1990, Sample, 2000). Επιπλέον, το να έχουν οι αθλήτριες πολύ λεπτό και αδύνατο σώμα ανταποκρίνεται στις αισθητικές απαιτήσεις των αθλημάτων (Thompson & Sherman, 2010). Ιδιαίτερα στην ρυθμική γυμναστική και στο υψηλό επίπεδο, φαίνεται ότι υπάρχουν υψηλότεροι δείκτες στην τάση για λεπτό σώμα και στο ποσοστό εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με την ενόργανη ή την ακροβατική γυμναστική (Nordin, Harris, & Cumming, 2003). Στην έρευνα των De Bruin, Oudejans, και Bakker (2007) που εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στη διατροφική συμπεριφορά και την εικόνα σώματος σε αθλήτριες γυμναστικής υψηλού επιπέδου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η δίαιτα των αθλητριών γυμναστικής υψηλού επιπέδου δεν σχετιζόταν τόσο με την αρνητική εικόνα σώματος, όσο με την πίεση της προπόνησης και την πεποίθηση ότι το λεπτό σώμα είναι κρίσιμος παράγοντας απόδοσης.

Σε ό,τι αφορά στην τελειοθηρία, τα άτομα που εμφανίζουν αυτό το χαρακτηριστικό προσωπικότητας έχουν πολύ υψηλά, κάποιες φορές παράλογα πρότυπα και προσπαθούν με τρόπο καταναγκαστικό να επιτύχουν τους στόχους τους (Burns 1980). Επιπλέον, η αυτοαξία τους βασίζεται ολοκληρωτικά στην επιτυχή εκπλήρωση των στόχων τους. Οι Flett και Hewitt (2002) αναφέρουν πως η τελειοθηρία είναι το κυνήγι της τελειότητας και του απεγάδιαστου σε όλες τις πτυχές της ζωής. Η ρυθμική γυμναστική είναι ένα πολύ απαιτητικό άθλημα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Οι αθλήτριες συνεπώς τόσο του εθνικού όσο και του διεθνούς επιπέδου προσπαθούν να ανταποκριθούν καθημερινά σε ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις αποδοσης, έλεγχο του βάρους τους και μεγάλο φορτίο προπόνησης.

Η ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασκήσεων σε συνδυασμό με την χρήση οργάνου που απαιτεί υψηλή τεχνική κατάρτηση, αναγκάζουν τις αθλήτριες να προπονούνται πολλές ώρες ημερησίως, προσπαθώντας με αμέτρητες επαναλήψεις να προσεγγίσουν την τεχνική τελειότητα. Αυτό κάνει τις αθλήτριες να είναι ιδιαίτερα σχολαστικές στις λεπτομέριες και κάποιες φορές να εγκλωβίζονται σε αντιπαραγωγική τελειοθηρία. Η τελειοθηρία εντοπίζεται κυρίως σε αθλήτριες υψηλού επιπέδου καθώς κάνουν συνεχή προσπάθεια για την επίτευξη υψηλότερων στόχων επειδή στον πρωταθλητισμό δεν υπάρχει όριο που να καθορίζει την υψηλότερη κατάταξη και την νίκη. Ωστόσο, φαίνεται ότι και οι αθλήτριες εθνικού επιπέδου που έχουν συμμετοχή σε πανελλήνια πρωταθλήματα πιέζουν συνεχώς τον εαυτό τους για καλύτερη βαθμολογική κατάταξη με σκοπό να γίνουν αθλήτριες διεθνούς επιπέδου.

Από την άλλη μεριά, οι αθλήτριες υψηλού επιπέδου που συμμετέχουν σε διεθνείς αγώνες, προσπαθούν συνεχώς για την καλύτερη επίδοση και θέτουν ολοένα και υψηλότερους στόχους για να έχουν πιθανόν μια ευκαιρία για συμμετοχή σε μια διοργάνωση όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες, καθώς η συμμετοχή και η νίκη σε αυτούς αποτελεί τον υψηλότερο στόχο για κάθε αθλητή. Δεν είναι γνωστό εάν τα άτομα με υψηλό βαθμό τελειοθηρίας γίνονται καλύτερες αθλήτριες ή εάν η αδιάκοπη προσπάθεια των αθλητριών για βελτίωση επιδρά και σε αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους. Ωστόσο, η συμμετοχή σε αθλήματα με αυστηρά κριτήρια σωματότυπου και το υψηλό επίπεδο απόδοσης, σε συνδυασμό με κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των αθλητριών, αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

VI. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανακεφαλαιώνοντας, σε αυτή την έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 62 αθλήτριες, 34 διεθνούς και 28 εθνικού επιπέδου, ηλικίας 13-15 ετών στο άθλημα της ρυθμικής γυμναστικής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των ερωτηματολογίων βρήκαμε πως οι αθλήτριες διεθνούς επιπέδου παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και ενασχόλησης με τη δίαιτα απ' ό,τι οι αθλήτριες εθνικού επιπέδου. Επιπλέον, τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη σημασία του επιπέδου απόδοσης για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών: 12 από τις 34 αθλήτριες διεθνούς επιπέδου και 8 από τις 28 αθλήτριες εθνικού επιπέδου εμφάνισαν βαθμολογία στο EAT-26 ίση ή μεγαλύτερη του 20. Στην παρούσα έρευνα αναφορικά με την προσπάθεια για τελειότητα βρέθηκε πως όλες οι αθλήτριες ανεξαρτήτως επιπέδου και απόδοσης τείνουν προς την τελειοθηρία. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι αθλήτριες ήταν αγωνιστικού επιπέδου, δηλαδή ένας πληθυσμός με μικρές διαφορές σε ό,τι αφορά την πέση για απόδοση, το προπονητικό φορτίο και τον στόχο που επιδιώκουν οι αθλήτριες.

Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να γίνει μακροπρόθεσμα σε αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής μικρότερης ηλικίας προκειμένου να δοθούν χρήσιμες πληροφορίες σε προπονητές και αθλητικούς ψυχολόγους σχετικά με την επίδραση της έντονης πορπόνησης σε παραμέτρους ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Επίσης, έρευνα μπορεί να γίνει σε μεγαλύτερο αριθμό αθλητριών για λόγους αξιοπιστίας και εγκυρότητας των μετρήσεων.

Καταλήγοντας θα πρέπει να υπάρχει πλήρης ενημέρωση των προπονητών και των γονέων καθώς η εφαρμογή κατάλληλων επιστημονικών μεθόδων προσέγγισης, διάγνωσης ή/και θεραπείας είναι υψίστης σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος για την αποφυγή των επιπτώσεων των διατροφικών διαταραχών και της δυσλειτουργικής τελειοθηρίας στην υγεία και απόδοση των αθλητριών.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bardone, A. M., Vohs, K. D., Abramson, L. Y., Heatherton, T. F., & Joiner Jr, T. E. (2000). The confluence of perfectionism, body composition, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: clinical implications. *Behavior Therapy, 31*, 265-280.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 147-152.
- Bizeul, C., Sadowsky, N., & Rigaud, D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: a prospective follow-up study of 5-10 years. *European Psychiatry: The journal of the Association of the European Psychiatrist, 16*, 232-238.
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science, 23*, 499-508.
- Cash, T. F. (2000). *User's manual for the Multidimensional Body- Self Relations Questionnaire*. Third revision [available from the author], Norfolk, VA 23529-0267: Old Dominion University.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the appearance schemas inventory. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 305-316.
- Cash, T. E., & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 64*, 466-477.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, S., Goldner, E. M., Flett, G. J., & Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 745-758.
- Davis, C., Claridge, G., & Fox, J. (2000). Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 67-73.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating* (pp. 42-66). New York: Guilford Press.
- Fairbun, 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. *Archives of General Psychiatry, 54*, 509-517.

- Ferrand, C., Magnan, C., Rouveix, M., & Filaire, E. (2007). Disordered eating, perfectionism and body-esteem of elite synchronized swimmers. *European Journal of Sport Science*, 7, 223-230.
- Geller, X., Cockell, S. X., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Mumer, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eat Disorders*, 31, 1-16.
- Haase, A. M. (2009). Physique anxiety and disordered eating correlates in female athletes: Differences in team and individual sports. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 3, 218-231.
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47, 40-67.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). *Perfectionism and stress processes in psychopathology*. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255-284). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism trait and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Flynn, G., & Nielsen, A. (1995). Development and validation of an interview measure of perfectionistic behaviour. *Canadian Psychology*, 36, 223-233.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., & Lam, R. W. et al. (2003). The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303-1325.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eat Disorders*, 18, 317-26.
- Hopkinson, R., & Lock, J. (2004). Athletics, perfectionism and disordered eating. Eating and Weight Disorders. *Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 99-106.

- Joiner, T. E., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 145-153.
- Kanakakis, D. M., & Thelen, M. H. (1995). Parental variables associated with bulimia nervosa. *Addict Behaviors, 24*, 491-500.
- Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. F., & Shuman, M. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eat Disorders, 15*, 11-20.
- Madigan, D. J., Stoeber, J., Culley, T., Passfield, L., & Hill, A. P. (2018). Perfectionism and training performance: The mediating role of other-approach goals. *European Journal of Sport Science, 18*, 1271-1279.
- McGee, B. J., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Parkin, M., & Flett, G. L. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image, 2*, 29-40.
- McLaren, L., Gauvin, L., & White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 307-313.
- Meyer, C., & Waller, G. D. (2001). Social convergence of disturbed eating attitudes in young adult women. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 114-119.
- Minarik, M. L., & Ahrens, A. H. (1996). Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 155-69.
- Muir, S. L., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (1999). Adolescent girls' first diets: triggers and the role of multiple dimensions of self-concept Eating Disorders: *The Journal of Treatment & Prevention, 7*, 259-70.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C. C. J. B., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). *Onset of adolescent eating disorders: population-based cohort study over 3 years. British Journal of Medicine, 318*, 765-768.
- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 255-66.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198 -204.

- Prnjak, K., Jukic, I., & Tufano, J. J. (2019). Perfectionism, Body satisfaction and Dieting in Athletes: The Role of Gender and Sport Type. *Sports*, 7,181, 1-10.
- Rieves, L., & Cash, T. F. (1996). Social developmental factors and women's body-image attitudes. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 63-78.
- Ruggiero, G. M., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 220-226.
- Shafran, R., & Mansell W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2001). Body image in children. *American Psychological Association*, 5, 41-66.
- Somasundaram, R., & Burgess, A. M. (2018). The role of division III sports participation in the relationship between perfectionism and disordered eating symptomology. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 22, 57-74.
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J., & Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy*, 27, 531-49.
- Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. *American Psychological Association*, 6, 51-73.
- Stormer S. M., & Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journey of Eating Disorders*, 19, 193-202.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 297-303.
- Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B., & Fisher, E. (1995). The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance-Related Teasing Scale (PARTS). *Journal of Personality Assessment*, 65, 146-57.
- Thompson, J. K., Covert, M. D., & Stormer, S. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journey of Eating Disorders*, 26, 43-51.
- Thompson, J. K., Heinberg, U., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance. *American Psychological Association*, 5, 217-227.

- Thompson, J. K., & Smolak L. (2001). Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment *American Psychological Association*, 4, 1-18.
- Tiggemann, M., & Pickering A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 199-203.
- Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Coovert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1007-1020.
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Jr., Abramson, L. Y., & Heatherton, T. F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 695-700.
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. R., & Abramson, L. Y. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 695-700.
- Wilson, G. T., Fairbum, C. G., & Agras, W. S. (1997). *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa*. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 67-93). New York: Guilford Press.

VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

8.1. Ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής (EAT-26)

EAT-26

Όνοματεπώνυμο:
 Ηλικία: Ημερομηνία εξέτασης:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

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

Πάντοτε Συνήθως Συχνά Μερικές Σπάνια Ποτέ
 φορές

1. Με τρομοκρατεί η σκέψη ότι μπορεί να είμαι βαρύτερη/ος από το κανονικό	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Μου συμβαίνει να τρώω κατά κόρον, οπότε αισθάνομαι ότι δεν θα μπορέσω να σταματήσω ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. Όταν τρώω, κόβω την τροφή μου σε μικρά-μικρά κομματάκια	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. Έχω πλήρη επίγνωση για το πόσες θερμίδες περιέχουν οι τροφές που τρώω	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι κ.λπ.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8. Πιστεύω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9. Κάνω εμετό μετά το φαγητό	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10. Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχη/ος αφού έχω φάει .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
11. Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατη/ος	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
12. Σκέφτομαι όταν γυμνάζομαι ότι καίω θερμίδες ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
13. Οι άλλοι νομίζουν ότι είμαι πολύ λεπτή/ος	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
14. Με απασχολεί πολύ η σκέψη ότι έχω περίσσιο πάχος στο σώμα μου	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
15. Κάνω περισσότερη ώρα από τους άλλους να φάω το φαγητό μου	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Πάντοτε Συνήθως Συχνά Μερικές Σπάνια Ποτέ
φορές

16. Αποφεύγω τις τροφές που περιέχουν ζάχαρη	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
17. Τρώω διαιτητικές τροφές (τροφές διαίτης)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
18. Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
19. Ασκώ έλεγχο στον εαυτό μου γύρω από το φαγητό	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
20. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
21. Αφιερώνω υπερβολικό χρόνο και σκέψη στο φαγητό	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
22. Αισθάνομαι δυσάρεστα όταν φάω γλυκά	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
23. Κάνω συστηματικά δίαιτα	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
24. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
25. Ευχαριστιέμαι να δοκιμάζω νέα πλούσια φαγητά .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
26. Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

8.2. Ερωτηματολόγιο Τελειοθηρίας στον Αθλητισμό

Sport Perfectionism Questionnaire

ΟΔΗΓΙΕΣ: Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν στάσεις και απόψεις των αθλητών για την απόδοσή τους στον αθλητισμό. Παρακαλώ να διαβάσεις κάθε δήλωση και να αποφασίσεις σε ποιο βαθμό αυτό που κάθε πρόταση αναφέρει χαρακτηρίζει τις δικές σου απόψεις για την απόδοσή σου στον αθλητισμό.

Χρησιμοποίησε μία κλίμακα από **1=Διαφωνώ απόλυτα** έως το **5=Συμφωνώ απόλυτα** για να δηλώσεις τη δική σου άποψη.

		Διαφωνώ απόλυτα		Ουδέ-τερα	Συμφωνώ απόλυτα	
1.	Αν δεν θέσω για μένα τα υψηλότερα στάνταρτ στον αθλητισμό, είναι πιθανό να καταλήξω σε αθλητή χαμηλότερου επιπέδου	1	2	3	4	5
2.	Ακόμη και αν ελαφρώς αποτύχω στον αγώνα, για μένα είναι τόσο κακό όσο και η πλήρης αποτυχία.	1	2	3	4	5
3.	Προσπαθώ σκληρά να είμαι όσο το δυνατόν πιο τέλειος.	1	2	3	4	5
4.	Αισθάνομαι εξαιρετικά αγχωμένος αν όλα δεν πάνε τέλεια.	1	2	3	4	5
5.	Μισώ να είμαι κάτω από το άριστος σε ό,τι αφορά το άθλημά μου.	1	2	3	4	5
6.	Θα πρέπει να αναστατώνομαι αν κάνω κάποιο λάθος στον αγώνα.	1	2	3	4	5
7.	Είμαι τελειομανής όσον αφορά στους στόχους μου.	1	2	3	4	5
8.	Είναι σημαντικό για μένα να είμαι απόλυτα ικανός σε ό,τι κάνω στο άθλημά μου.	1	2	3	4	5
9.	Εάν ένας συναθλητής μου ή ένας αντίπαλος (ο οποίος παίζει σε παρόμοια θέση με μένα) έχει καλύτερη απόδοση από μένα κατά τη διάρκεια του αγώνα, τότε αισθάνομαι ότι απέτυχα σε κάποιο βαθμό.	1	2	3	4	5
10.	Έχω την επιθυμία να κάνω τα πάντα τέλεια.	1	2	3	4	5
11.	Εξαγριώνομαι εντελώς εάν κάνω λάθη.	1	2	3	4	5
12.	Στην περίπτωση που, ενώ παίζω καλά, κάνω έστω και ένα εμφανές λάθος σε ολόκληρο το παιχνίδι, αισθάνομαι απογοητευμένος από την απόδοσή μου.	1	2	3	4	5
13.	Νομίζω ότι περιμένω υψηλότερες επιδόσεις και καλύτερα αποτελέσματα στην καθημερινή μου προπόνηση από ό,τι οι περισσότεροι αθλητές.	1	2	3	4	5
14.	Όσο λιγότερα λάθη κάνω στον αγώνα, σε τόσο περισσότερους ανθρώπους θα αρέσω.	1	2	3	4	5
15.	Είναι σημαντικό για μένα να είμαι τέλειος σε ό,τι προσπαθώ.	1	2	3	4	5
16.	Οι άνθρωποι πιθανότατα θα με σκέφτονται λιγότερο, αν κάνω λάθη στον αγώνα.	1	2	3	4	5
17.	Αισθάνομαι γενικώς ότι οι άλλοι αθλητές αποδέχονται να θέτουν χαμηλότερα στάνταρτ για τον εαυτό τους στον αθλητισμό από ό,τι εγώ.	1	2	3	4	5
18.	Απογοητεύομαι εάν δεν εκπληρώσω τις υψηλές προσδοκίες μου.	1	2	3	4	5
19.	Έχω πολύ υψηλούς στόχους για τον εαυτό μου στο άθλημά μου.	1	2	3	4	5
20.	Αν αποτύχω στον αγώνα, αισθάνομαι αποτυχημένος και ως άτομο.	1	2	3	4	5
21.	Νιώθω την ανάγκη να είμαι τέλειος.	1	2	3	4	5
22.	Αν κάτι δεν πάει τέλεια, είμαι δυσαρεστημένος με ολόκληρο τον αγώνα.	1	2	3	4	5
23.	Θέτω υψηλότερους στόχους επίτευξης από τους περισσότερους αθλητές που αγωνίζονται το άθλημα μου.	1	2	3	4	5
24.	Αν δεν εκτελώ καλά καθ' όλη τη διάρκεια του αγώνα, αισθάνομαι ότι οι άλλοι δεν θα με σέβονται ως αθλητή.	1	2	3	4	5
25.	Μετά από αγώνα, αν δεν ήμουν τέλειος, αισθάνομαι κατάθλιψη.	1	2	3	4	5

8.3. Έντυπα δήλωσης συγκατάθεσης

1837
2017
ΧΡΟΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

15-10-18

Έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης συμμετοχής σε έρευνα

Σας προσκαλούμε να επιτρέψετε τη συμμετοχή του παιδιού σας σε έρευνα που διεξάγεται υπό την αιγίδα της Σχολής Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η έρευνα εστιάζει στη μελέτη της εμφάνισης διαταραχών διατροφής και τελειοθηρίας και αφορά αθλήτριες ρυθμικής γυμναστικής διαφορετικών επιπέδων απόδοσης.

Η έρευνα διεξάγεται από την Επίκουρη καθηγήτρια Δόντη Ολύβια στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας της φοιτήτριας Πλεξίδα Παρασκευής. Η διαδικασία της έρευνας περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων σχετικά με στάσεις διατροφής και χαρακτηριστικά προσωπικότητας αθλητριών ρυθμικής γυμναστικής.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι η διαδικασία της έρευνας δεν ενέχει κινδύνους (σωματικούς ή ψυχολογικούς) για τις αθλήτριες οι οποίες θα λάβουν μέρος σ' αυτήν. Η συμμετοχή στην έρευνα γίνεται ανώνυμα και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων θα αφορά στο σύνολο των συμμετεχόντων. Τα στοιχεία των αθλητριών θα παραμείνουν απόρρητα.

Σας ζητούμε να δώσετε γραπτώς τη συγκατάθεσή σας, για να λάβει μέρος το παιδί σας στην παρούσα έρευνα, υπογράφοντας το Έντυπο Συγκατάθεσης Γονέα που ακολουθεί.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία σας.

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ

Ημερομηνία

Διάβασα την παραπάνω ενημέρωση για την έρευνα που διεξάγεται, υπό την αιγίδα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Φυσική Αγωγή & Αθλητισμός» της ΣΕΦΑΑ του Πανεπιστημίου Αθηνών, από τη φοιτήτρια Πλεξίδα Εύη με επιβλέπουσα την Επίκουρη Καθηγήτρια κ.Ολύβια Δόντη, και δηλώνω ότι δέχομαι να λάβει μέρος το παιδί μου σ' αυτήν την έρευνα. Γνωρίζω ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, γίνεται ανώνυμα, το παιδί μου δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο και μπορεί να διακόψει τη συμμετοχή του, οποιαδήποτε στιγμή.

Ο Γονέας -Κηδεμόνας

.....

Υπογραφή