



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

ΠΤΗΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ – ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σπουδάστριες: Γεροσταμούλου Γεωργία

Τσουκαλά Τατιανή

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κανέλλου Αναστασία

ΑΘΗΝΑ 2022

Έγινε δεκτή

Οι υπογράφοντες δηλώνουμε ότι έχουμε εξετάσει την πτυχιακή εργασία με τίτλο: **Διατροφικές Διαταραχές-Επικαιροποιημένα Στοιχεία** που παρουσιάστηκε από τις: **Γεροσταμούλου Γεωργία** και **Τσουκαλά Τατιανή** υποψηφίων για τον προπτυχιακό τίτλο σπουδών στο Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων και βεβαιώνουμε ότι γίνεται δεκτή.

Επιτροπή Αξιολόγησης

1. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κανέλλου Αναστασία

2. Μέλος Επιτροπής

Μπατρίνου Ανθιμιά

3. Μέλος Επιτροπής

Δήμητρα Χούχουλα

Ευχαριστίες

Για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την κυρία Αναστασία Κανέλλου, που μας βοήθησε και μας καθοδήγησε με σωστό και αποτελεσματικό τρόπο να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία. Τέλος θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τόσο τους συμφοιτητές μας, όσο και φίλους και οικογένεια που συμμετείχαν με την σειρά τους στην διεξαγωγή της έρευνας τόσο στην ψυχολογική υποστήριξη, όσο και στον χρόνο που διέθεσαν για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που τους δώσαμε.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή.....	6
Ορισμοί και έννοιες.....	6
Κατάλογος Διατροφικών Διαταραχών.....	7
Δείκτης Μάζας Σώματος.....	9
Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa).....	10
Έννοια και ορισμοί.....	10
Συμπεριφορές και επιπτώσεις σχετιζόμενες με την Ψυχογενή Ανορεξία....	12
Προγνωστικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου.....	13
Συμπτώματα.....	13
Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa).....	14
Έννοια και ορισμοί.....	14
Υπερφαγικό Επεισόδιο.....	15
Συμπεριφορές και επιπτώσεις σχετιζόμενες με την Ψυχογενή Βουλιμία....	16
Συμπτώματα.....	17
Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge-Eating Disorder).....	18
Έννοιες και ορισμοί.....	18
Χαρακτηριστικά και Συμπτώματα.....	18
Διαταραχή Αποφευκτικού/ Περιοριστικού Τύπου (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder).....	19
Μηρυκαστική Διαταραχή (Rumination Disorder).....	20
Διαταραχή Pica.....	20
Άλλη Καθοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (Other Specified Feeding or Eating Disorder).....	21
Μη Καθοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (Unspecified Feeding or Eating Disorder).....	22

Τρόφιμα που επιλέγονται και αποφεύγονται	22
Αίτια Διατροφικών Διαταραχών	23
Αντιμετώπιση	24
Κίνδυνοι	25
Αναγνώριση Διατροφικών Διαταραχών	25
Δεδομένα Διατροφικών Διαταραχών ανά τον κόσμο	26
Συνέπεια κατά του covid19	27
Συγκεντρωτικά Χαρακτηριστικά κάθε Διατροφικής Διαταραχής.....	30
Ψυχογενής Ανορεξία	30
Ψυχογενής βουλιμία	30
Αδηφαγική Διαταραχή- Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....	30
Προειδοποιητικά Συμπτώματα και Συννοσηρότητα.....	31
Ιστορική Αναδρομή	32
Θεραπευτικές προσεγγίσεις	34
Μεθοδολογία.....	37
Δείγμα.....	37
Υλικό - Εργαλεία - Διαδικασία.....	37
Ηθική και Δεοντολογία	39
Αποτελέσματα.....	40
Συζήτηση	60
Περιορισμοί της Έρευνας.....	72
Μελλοντική Έρευνα.....	72
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	74
Παραρτήματα.....	83
Ερωτηματολόγιο.....	104

Διατροφικές Διαταραχές

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία προσπάθεια ανασκόπησης της βιβλιογραφίας αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές αλλά και μία διερεύνηση σχετικά με τις τελευταίες σχετικές τάσεις στην Ελλάδα (2021-2022), τις διατροφικές στάσεις των Ελλήνων πολιτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού και τη σχέση αυτών με το Δείκτη Μάζας Σώματός τους.

Προκειμένου να γίνει κατανοητό το αντικείμενο αλλά και ο σκοπός της παρούσας έρευνας, θα πραγματοποιηθεί περιγραφή των βασικών ορισμών και εννοιών.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές 2008-2012 (Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2008) στα πλαίσια του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, εκ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η διατροφή και οι συνήθειες που σχετίζονται με αυτήν βρίσκονται πλέον στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της Δημόσιας Υγείας, καθότι η επιστημονική έρευνα επισημαίνει ολοένα και περισσότερο τη σύνδεση πολλών εκ των πλέον ιδιαίτεως σοβαρών νοσημάτων με τη σύγχρονη διατροφή. Ως εκ τούτου, η προσοχή της Δημόσιας Υγείας έχει στραφεί στη διατροφή και τις σύγχρονες διατροφικές συνήθειες, με στόχο τη φροντίδα, τη διαφύλαξη και την προώθηση της υγείας των πολιτών.

Ορισμοί και έννοιες

Παρότι ο όρος «διατροφικές διαταραχές» παραπέμπει στη διατροφή, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί πως αφορά πολύ περισσότερα ζητήματα, πέραν της τροφής και της διατροφής. Το θέμα των διατροφικών διαταραχών είναι

σύνθετο και πολυπαραγοντικό, ενώ αποτελεί συνήθης παρανόηση η ιδέα πως οι διατροφικές διαταραχές είναι μία συνειδητή επιλογή τρόπου ζωής των ατόμων που πλήττονται από αυτές. Αντιθέτως με αυτή τη λανθασμένη άποψη, οι διατροφικές διαταραχές συνιστούν σοβαρές, χρόνιες και υποτροπιάζουσες καταστάσεις υγείας, οι οποίες συχνά παρουσιάζουν επιπλοκές και συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές και δύνανται να γίνουν απειλητικές για τη ζωή. Έχουν άμεση σύνδεση με διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και με συμπεριφορές σχετιζόμενες με το φαγητό, καθώς και με διαταραχές στη σκέψη και το συναίσθημα των πασχόντων. Επιπλέον, η έντονη ανησυχία, η διαταραγμένη στάση και η μανία ελέγχου σε σχέση με το φαγητό, το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την έναρξη των συγκεκριμένων διαταραχών (National Institute of Mental Health, 2021; Keel et al., 2012; World Health Organization, 2019, Μπέλλος και συν., 2014, Treasure, Duarte, & Schmidt, 2020). Χαρακτηριστικά αναφέρεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013) πως οι διαταραγμένες αυτές συμπεριφορές που παρατηρούνται σε πάσχοντες διατροφικών διαταραχών, οδηγούν σε συγκεκριμένες πρακτικές τροποποίησης της κατανάλωσης ή της απορρόφησης του φαγητού, με αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, αλλά και στην λειτουργικότητα αυτού.

Οι διαταραχές αυτές συνήθως συναντώνται πρώτη φορά κατά την εφηβική ηλικία και παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με το φύλο όπως και άλλους δημογραφικούς παράγοντες. Ωστόσο, το φύλο καθαυτό δεν μπορεί σαν μεμονωμένος παράγοντας να προβλέψει τις δυσκολίες σχετικά με τις διαταραχές (Treasure, Duarte, & Schmidt, 2020).

[Κατάλογος Διατροφικών Διαταραχών](#)

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013), το σύνολο των διατροφικών διαταραχών και διαταραχών πρόσληψης τροφής απαρτίζεται από την

Ψυχογενή Ανορεξία [Anorexia Nervosa (AN)], την Ψυχογενή Βουλιμία [Bulimia Nervosa (BN)], τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας/ Αδηφαγίας [Binge Eating Disorder (BED)], την Άλλη Καθοριζόμενη Διαταραχή Σίτισης ή Πρόσληψης Τροφής [Other Specified Feeding And Eating Disorder (OSFED)], τη Μη Καθοριζόμενη Διαταραχή Σίτισης ή Πρόσληψης Τροφής [Unspecified Feeding Or Eating Disorder (UFED)], καθώς έχουν συμπεριληφθεί πλέον στην συγκεκριμένη κατηγορία διαταραχών και η Διαταραχή Pica, η Μηρυκαστική Διαταραχή (Rumination Disorder), και η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Αποφευκτικού/ Περιοριστικού Τύπου [Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)].

Να σημειωθεί πως Η Διαταραχή Pica, η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Αποφευκτικού/ Περιοριστικού Τύπου («Διαταραχή στη Σίτιση της Βρεφονηπιακής και Πρώτης Παιδικής Ηλικίας» κατά το DSM-iv) και η Μηρυκαστική Διαταραχή εντάσσονταν στις διαταραχές στη σίτιση και στην πρόσληψη τροφής της βρεφονηπιακής και πρώτης παιδικής ηλικίας στην προηγούμενη έκδοση του εγχειριδίου. Επίσης, στο DSM-5 αναγνωρίζεται επίσημα η Διαταραχή Υπερφαγίας, η οποία στο παρελθόν ευρίσκετο στην κατηγορία διατροφικών διαταραχών μη προσδιοριζόμενων αλλιώς (Call, Walsh, & Attia, 2013). Γίνεται σαφές πως οι τροποποιήσεις που προέκυψαν αναφορικά με την κατηγοριοποίηση των διαταραχών και τα διαγνωστικά κριτήρια ήταν καίριες, καθώς σύμφωνα με τις έρευνες η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων που διαγιγνώσκονταν σε προηγούμενο χρόνο με κάποια διατροφική διαταραχή, λάμβαναν τη διάγνωση Διατροφικής Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς (EDNOS), διότι δεν πληρούσαν τυπικά τα κριτήρια κάποιας εκ των επίσημων διατροφικών διαταραχών, γεγονός που προκαλούσε δυσκολίες στη χρησιμότητα της διάγνωσης τόσο για τις ανάγκες της θεραπευτικής παρέμβασης, όσο και για την έρευνα των κλινικών χαρακτηριστικών των διαταραχών (Le Grange et al., 2012).

Μία επιπλέον διευκρίνηση που αξίζει να αναφερθεί και η οποία επισημαίνεται και στο διαγνωστικό εγχειρίδιο είναι πως η παχυσαρκία δεν συμπεριλαμβάνεται στο DSM-5 ως μέρος των ψυχικών διαταραχών. Η

παχυσαρκία αφορά την περίσσια του σωματικού βάρους- λίπους στον οργανισμό, η οποία προκύπτει ως απόρροια μακροχρόνιας υπερβάλλουσας κατανάλωσης ενέργειας σε συνάρτηση με την ενέργεια που δαπανά ο οργανισμός. Ο λόγος για τον οποίο δεν περιέχεται στο σύνολο των ψυχικών διαταραχών και συγκεκριμένα στις διατροφικές διαταραχές είναι πως η παχυσαρκία είναι μία κατάσταση που ανακύπτει μέσα από τη συνέργεια ενός συνόλου γενετικών, ψυχολογικών, συμπεριφορικών και εξωγενών παραγόντων. Ωστόσο, η σύνδεση της παχυσαρκίας με τις διατροφικές και άλλες ψυχικές διαταραχές είναι σημαντική σύμφωνα με τις έρευνες, είτε αυτή η σχέση προκύπτει μέσω των παρενεργειών διαφόρων ψυχοτρόπων φαρμάκων που συντείνουν στην εμφάνιση ή την έξαρση της παχυσαρκίας, είτε ως αποτέλεσμα καταθλιπτικών και άλλων ψυχικών διαταραχών που αναπτύσσονται λόγω της παχυσαρκίας (American Psychiatric Association, 2013).

Η παρούσα εργασία θα ασχοληθεί κυρίως με την Ψυχογενή Ανορεξία, την Ψυχογενή Βουλιμία και την Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας, οι οποίες φαίνεται να κρατούν τα σκήπτρα του επιπολασμού και είναι οι πλέον γνωστές στο κοινό. Παρά ταύτα, όλες οι διατροφικές διαταραχές - διαταραχές πρόσληψης τροφής που καταγράφονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής (DSM-5) θα περιγραφούν στις επόμενες ενότητες.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για όλες τις διαταραχές θα παρατίθενται στα παραρτήματα (Βλέπε Παράρτημα Α)

[Δείκτης Μάζας Σώματος](#)

Προτού αναφερθούμε στις διατροφικές διαταραχές είναι σημαντικό να οριστεί και να επεξηγηθεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος, μία έννοια η οποία θα μας απασχολήσει στην συνέχεια της έρευνας. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Body Mass Index (BMI) αποτελεί ένα στατιστικό δείκτη που εκτιμά την ποσότητα του λίπους που βρίσκεται στο σώμα και υπολογίζεται με το βάρος του ατόμου σε κιλά και το ύψος αυτού με εκατοστά. Ο υπολογισμός γίνεται με τον τύπο $\text{Κιλά} / \text{Ύψος}^2$ (kg/m^2). Σύμφωνα με τις νόρμες που ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα επίπεδα του φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος για τους ενήλικες άνω των 20 ετών κυμαίνονται μεταξύ των

τιμών 18.5 έως 24.9. Ο ΔΜΣ χρησιμοποιείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αλλά και από εθνικούς οργανισμούς υγείας και οι νόρμες παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις μεταξύ συγκεκριμένων πληθυσμών όπως για παράδειγμα των Ασιατικών αλλά και μεταξύ των ηλικιών. Παρά ταύτα, οι γενικές οδηγίες αναφέρουν πως για τους ενήλικες άνω των 20 ετών, τιμές μικρότερες του 18.5 δηλώνουν ότι το άτομο είναι λιποβαρές, οι τιμές μεταξύ 18.5- 24.9 δηλώνουν φυσιολογικό βάρος, οι τιμές 25-29.0 δηλώνουν πρό-παχυσαρκία και οι τιμές άνω του >30 δηλώνουν παχυσαρκία. Περισσότερο λεπτομερώς, τιμές που βρίσκονται κάτω από το 16.5 φανερώνουν άτομα σοβαρά λιποβαρή, οι τιμές 30-34.0 φανερώνουν παχυσαρκία τύπου 1, οι τιμές 35-39.9 δηλώνουν παχυσαρκία τύπου 2 και οι τιμές μεγαλύτερες του >40 υποδεικνύουν παχυσαρκία τύπου 3 (WHO, 2010-2022).

Ωστόσο, οι ατομικές διαφορές υφίστανται και είναι αυτές που επισημαίνουν πως ο ΔΜΣ δεν είναι από μόνος του ένας απόλυτα επαρκής δείκτης για να ορίσει την παχυσαρκία ή τον υποσιτισμό. Παραδειγματικά, κάποιοι αθλητές οι οποίοι έχουν αυξημένη μυϊκή μάζα, συχνά υπολογίζεται πως έχουν αυξημένο ΔΜΣ, χωρίς όμως αυτό να κατοπτρίζει την κατάσταση της υγείας τους (Weir, & Jan, 2019).

Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa)

Έννοια και ορισμοί

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από τον αυτοεπιβαλλόμενο, συνειδητό και ηθελημένο περιορισμό πρόσληψης τροφής άρα και απαραίτητης ενέργειας για τη σωστή λειτουργία και ανάπτυξη του οργανισμού, όπως και το ιδιαίτερα χαμηλό βάρος που βρίσκεται σε επίπεδα υπό του φυσιολογικού και θεωρείται μη υγιές και επικίνδυνο για την υγεία και τη ζωή του ατόμου. Επιπλέον στη διάγνωση της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής συνηγορούν και οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την υπερβολική ανησυχία και τον εμμονικό φόβο απόκτησης επιπλέον βάρους, όπως και η επίδειξη συμπεριφορών σχετιζόμενων με αυτά. Τους πάσχοντες απασχολεί

αδικαιολόγητα υπερβολικά και τρομοκρατεί η πιθανότητα να παχύνουν, μία ιδέα η οποία είναι κατά κύριο λόγο άτοπη, καθότι τα άτομα συνήθως έχουν πολύ χαμηλό βάρος, κάτω από τα όρια του επιτρεπτού για την υγεία με βάση τις υπάρχουσες νόρμες (Δείκτη Μάζας Σώματος ΔΜΣ ή BMI μικρότερο ή ίσο με 18,5 kg/ m²). Παράλληλα, τα άτομα βιώνουν έντονη δυσφορία αναφορικά με το βάρος ή/και τη δομή- εικόνα του σώματός τους, δυσκολευόμενοι να αντιληφθούν και να αποτιμήσουν την εξωτερική εικόνα- εμφάνισή του σώματός τους, όπως και να αναγνωρίσουν την πραγματική διάσταση του βάρους τους, που συχνά αποτελεί σοβαρή ιατρική κατάσταση υποσιτισμού (APA, 2013).

Η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή συναντάται συχνότερα κατά την περίοδο της εφηβείας η κατά τα πρώτα χρόνια της ενήλικης νεότητας. Απευθύνεται στη συντριπτική της πλειοψηφία στο γυναικείο φύλο και στο συνολικό πληθυσμό ο επιπολασμός φαίνεται να κυμαίνεται σε ποσοστό 4% στον γυναικείο πληθυσμό και 0.3% στον ανδρικό πληθυσμό. Η έναρξη της διαταραχής συχνά συνδέεται με κάποιο ιδιαίτερα στρεσογόνο ερέθισμα ή κάποιο τραυματικό γεγονός (van Eeden, van Hoeken, & Hoek, 2021)

Η διαταραγμένη αυτή αντίληψη για την εμφανισιακή εικόνα του εαυτού συνήθως δεν γίνεται αντιληπτή από τον πάσχοντα, ο οποίος θεωρεί πως το σώμα του ή μέρη αυτού παραμένουν παχιά ακόμη και αν αυτά έχουν αποστεωθεί από την εκτεταμένη απώλεια βάρους. Ο φόβος για το ενδεχόμενο να παχύνουν τις περισσότερες φορές δεν διαφοροποιείται ούτε καθησυχάζεται από την απώλεια έξτρα βάρους, αντιθέτως μάλιστα οι παθολογικές σκέψεις για την πιθανότητα αύξησης του βάρους πολλαπλασιάζονται καθώς το βάρος του ατόμου μειώνεται (APA, 2013, Porrás-García et al., 2021).

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό πως αυτά τα άτομα υποφέρουν από τις διαταραγμένες σκέψεις και αντιλήψεις τους αναφορικά με την εξωτερική τους εικόνα ως προς το βάρος και το σχήμα του σώματος. Αρκετά συχνά υιοθετούν πρακτικές που πλαισιώνουν τις σκέψεις και πεποιθήσεις τους, όπως το συχνό ζύγισμα, η παρατεταμένη χρήση του καθρέπτη για να ελέγξουν το σώμα τους και οι μετρήσεις με μεζούρα κάποιων μερών του σώματος που οι ίδιοι θεωρούν προβληματικά (APA, 2013).

Η αυτοεκτίμηση των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι ευπαθής και ευμετάβλητη, αφού η πρώτη εξαρτάται άμεσα από τις αντιλήψεις τους για το σώμα τους. Οι ίδιοι εκλαμβάνουν την απώλεια βάρους ως επίτευγμα μέγιστης σημασίας και κατόρθωμα του προσωπικού τους ελέγχου, που φανερώνει τη δέσμευσή τους στο στόχο και την αυτοπειθαρχία τους. Από την άλλη πλευρά, η πρόσληψη βάρους κατοπτρίζει την έλλειψη και απώλεια όλων των παραπάνω θετικών αντιλήψεων, αποτελεί γι' αυτούς απαράδεκτο και ασυγχώρητο λάθος και εκλαμβάνεται ως καταστροφική πανωλεθρία.

Τα άτομα αυτά τις περισσότερες φορές οδηγούνται σε ιατρούς και σε ειδικούς ψυχικής υγείας από άτομα τους οικογενειακού και στενού περιβάλλοντος που έχουν αντιληφθεί την ανάγκη για βοήθεια του ασθενούς. Οι ίδιοι ασθενείς σπανίως αναζητούν βοήθεια, είτε επειδή όπως προαναφέρθηκε δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημα, είτε διότι βρίσκονται σε άρνηση σε σχέση με αυτό. Στις εξαιρετικές περιπτώσεις που οι ίδιοι οι πάσχοντες θελήσουν να ζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ειδικού, αυτό θα οφείλεται στην ψυχολογική ή/και σωματική εξουθένωση που θα τους έχει προκαλέσει ο παρατεταμένος υποσιτισμός/ ασιτία (APA, 2013).

Συμπεριφορές και επιπτώσεις σχετιζόμενες με την Ψυχογενή Ανορεξία

Οι συνήθεις πρακτικές που ακολουθούνται με σκοπό να επιτευχθεί η απώλεια βάρους από τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν όπως προαναφέρθηκε την εσκεμμένη και συνειδητή ασιτία, τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, την κατάχρηση καθαρτικών- διουρητικών σκευασμάτων και ενεμάτων και την άμετρη, εξαντλητική άσκηση. Όπως είναι λογικό αυτές οι πρακτικές εξουθενώνουν τον οργανισμό και είναι απίθανο να προκαλούν ανωμαλίες στη φυσιολογία του. Συχνά γίνεται διάκριση μεταξύ του Περιοριστικού Τύπου όπου το άτομο προβαίνει σε ασιτία ή ασκείται μέχρι εξουθένωσης και του Τύπου Υπερφαγίας/ Κάθαρσης (purging type) που προβαίνει σε αυτοπροκαλούμενο εμετό και λοιπές πρακτικές όπως προαναφέρθηκαν (Eddy et al., 2014, APA, 2013).

Ως παρεπόμενο συχνά τα άτομα που υποφέρουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν ελλείψεις σε βιταμίνες και άλλα απαραίτητα για τον οργανισμό στοιχεία, διαταραχές στη φυσιολογία του οργανισμού όπως η αμηνόρροια στις

γυναίκες, διαταραχές σχετιζόμενες με άλλα ζωτικά όργανα και η απώλεια οστικής πυκνότητας. Τα περισσότερα από αυτά τα επακόλουθα που δημιουργούνται ως απόρροια των διαταραγμένων συμπεριφορών που επιδεικνύουν οι πάσχοντες όπως προαναφέρθηκαν δύνανται να αποκατασταθούν με προσαρμογή σε μία θρεπτική διατροφή και σταδιακή υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών (APA, 2013).

Είναι πιθανό να παρουσιάζουν κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα ή εμμονές και καταναγκασμούς (χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής- καταναγκαστικής διαταραχής) που όμως θα πρέπει να αξιολογούνται σχετικά με το αν προκύπτουν από τις επιπτώσεις στη φυσιολογία του οργανισμού λόγω του υποσιτισμού ή αν συνυπάρχουν ως ξεχωριστή διαταραχή. Πρόσθετα, τα συμπτώματα της διαταραχής μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνική απομόνωση, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική αποτυχία, συναισθηματική απόσυρση, αισθήματα κατωτερότητας με πιθανή κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών.

Προγνωστικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Αγχώδεις διαταραχές ή δείγματα εμμονικής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία μπορεί να αποτελέσουν προγνωστικούς παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετικοί με την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας (πχ προάγει το πρότυπο του αδύνατου σώματος), επαγγέλματα που προάγουν αυτό το πρότυπο (πχ μοντελινγκ. Social media) και τέλος, ρόλος της κοινωνίας. Η κοινωνία δύναται να προάγει ή να υποβιβάζει συγκεκριμένα κοινωνικά πρότυπα.

Αναφορικά με τους γενετικούς λόγους, εντός των βιολογικών συγγενών πρώτου βαθμού φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση, όπως επίσης και μεταξύ των μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων. Επιπροσθέτως, φαίνεται πως πιθανές εγκεφαλικές ανωμαλίες, όπως αποτυπώνονται από απεικονιστικές μεθόδους, να σχετίζονται με τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Συμπτώματα

Κάποια συνήθη συμπτώματα της διαταραχής αποτελούν, η λευκοπενία, η αναιμία, η θρομβοπενία, η αφυδάτωση, η υπερχοληστερολαιμία, τα αυξημένα

ηπατικά ένζυμα, η έλλειψη μαγνησιου και ψευδαργύρου, η υπερφωσφαταιμία, η υπεραμυλασαιμία, η μεταβολική αλκάλωση, η υποχλωραιμία, η υποκαλιαιμία από τον αυτό προκαλούμενο εμετό και η μεταβολική οξέωση από τη κατάχρηση καθαρτικών. Ενδοκρινολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με το θυροειδή αδέν, χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στις γυναίκες, χαμηλή τεστοστερόνη στους άντρες επίσης παρατηρούνται. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία, αρρυθμία αναφορικά με καρδιακά ζητήματα έχουν παρατηρηθεί. Μείωση της οστικής πυκνότητας, οστεοπενία, οστεοπόρωση, διάχυτες εγκεφαλικές ανωμαλίες στο ηλεκτρο – εγκεφαλογράφημα και μεταβολική εγκεφαλοπάθεια (APA, 2013).

Τα περισσότερα συμπτώματα στη φυσιολογία σχετίζονται με την ασιτία, την έλλειψη πρόσληψης θρεπτικών συστατικών, και τις πρακτικές το αυτό προκαλούμενου εμετού και της χρήσης καθαρτικών και άλλων σκευασμάτων. αμηνόρροια πολύ συχνό σύμπτωμα και δείκτης δυσλειτουργίας της φυσιολογίας του οργανισμού. Η καθυστέρηση της εμμηναρχής στην εφηβεία. Η αμηνόρροια επίσης μπορεί να συνοδεύεται από δυσκοιλιότητα, πόνους στην κοιλιακή χώρα, ευαισθησία στο κρύο, Ληθαργική κατάσταση ή υπερδιέγερση.

Προεξέχον σύμπτωμα στην ψυχογενή ανορεξία αποτελεί ισχνότητα, δηλαδή η εκτός του φυσιολογικού αδυναμία. Συνήθως συνυπάρχουν υπόταση, υποθερμία και βραδυκαρδία. Κάποιες φορές παρατηρείται τριχοφυΐα στο σώμα, lanugo, περιφερικό οίδημα κυρίως όταν διακόπτεται η χρήση καθαρτικών. Σπάνια υπάρχουν πετέχειες ή εκχυμώσεις κυρίως στα άκρα. κάποιοι παρουσιάζουν κιτρίνισμα του δέρματος- υπερκαροτιναιμία, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων και διάβρωση του σμάλτου των δοντιών από τους συνεχείς εμέτους (Weigel, Löwe, & Kohlmann, 2019).

Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa)

Έννοια και ορισμοί

Η ψυχογενής βουλιμία συνιστά μία παθολογική κατάσταση κατά την οποία το άτομο προβαίνει επανειλημμένως σε επεισόδια υπερφαγίας όπως και σε

αφύσικες πράξεις και παρεκκλίνουσα συμπεριφορά με σκοπό να αντισταθμίσει τα ήδη συμβάντα υπερφαγικά επεισόδια και να αποφύγει την αύξηση βάρους. Ο πάσχων αξιολογεί τον εαυτό του με βασικό γνώμονα την εικόνα που ο ίδιος έχει για την εξωτερική εμφάνιση του σώματός του και αυτή η εικόνα διέπει και ορίζει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του. Επιπροσθέτως, η εικόνα του σώματος και το βάρος είναι κυρίαρχες ανησυχίες για το άτομο, όπως επίσης και η ενασχόληση του με αυτές σε επίπεδο σκέψης και συμπεριφοράς. Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία αφορά περισσότερο τις γυναίκες (1:3- 1:18) και εντοπίζεται κατά κύριο λόγο σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες (APA, 2013).

Υπερφαγικό Επεισόδιο

Στα πλαίσια κατανόησης της διαταραχής, θα πρέπει να αποδοθεί η έννοια του όρου «υπερφαγικό επεισόδιο». Το υπερφαγικό επεισόδιο είναι μία κατάσταση που για να αξιολογηθεί εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο και χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας φαγητού και την αίσθηση του ατόμου πως δεν δύναται να ελέγξει την πράξη αυτή. Πιο συγκεκριμένα, η ποσότητα του φαγητού προσδιορίζεται με βάση την ποσότητα που θα κατανάλωνε κατά μέσο όρο ένας 'τυπικός' άνθρωπος (ή αλλιώς η πλειοψηφία των ανθρώπων), σε ένα συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο και κάτω από αντίστοιχες συνθήκες. Το χρονικό περιθώριο συνήθως αναφέρεται στο διάστημα μεταξύ δύο ωρών. Επίσης, οι συνθήκες εξετάζονται συγκεκριμένα, καθώς είναι συνήθης συμπεριφορά και στον τυπικό πληθυσμό για παράδειγμα η κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας φαγητού κατά τη διάρκεια μίας εορταστικής ημέρας. Ο πάσχοντας βιώνει ένα υποκειμενικό αίσθημα έλλειψης ελέγχου κατά την πράξη. Τα άτομα συνήθως περιγράφουν πως αισθάνονται ότι δεν μπορούν να σταματήσουν την κατανάλωση φαγητού και πως δεν καταφέρνουν να αυτοκυριεύσουν τον εαυτό σε σχέση με τα είδη των τροφών και τις ποσότητες φαγητού που θα καταναλώσουν. Αναφορικά με το αίσθημα έλλειψης του ελέγχου κατά τη διάρκεια των υπερφαγικών επεισοδίων, το πρώτο αξιολογείται με βάση το υποκειμενικό αίσθημα του πάσχοντα αναφορικά με την αδυναμία που βιώνει να απέχει από το φαγητό ή να σταματήσει την κατανάλωση αυτού άπαξ και αυτή έχει ξεκινήσει. Ωστόσο, να διευκρινισθεί πως η έλλειψη ελέγχου που

βιώνει το άτομο δεν είναι γενικευμένη και αφορά συγκεκριμένα τη σχέση με το φαγητό και τη χρονική διάρκεια κατά την οποία διενεργείται η κατανάλωση αυτού. Φαίνεται πως η ποσότητα παρά η ποιότητα και τα είδη συγκεκριμένων τροφών χαρακτηρίζουν καλύτερα τα υπερφαγικά επεισόδια. Παρόλα ταύτα, κατά τα επεισόδια τα άτομα φαίνεται να προτιμούν φαγητά που στα πλαίσια μίας ισορροπημένης διατροφής δεν θα επέλεγαν να καταναλώσουν (Striegel-Moore, & Franko, 2003, APA, 2013).

Τα υπερφαγικά επεισόδια φαίνεται να πυροδοτούνται από συναισθηματικούς παράγοντες που πιθανόν να σχετίζονται με γενικότερες προσωπικές δυσκολίες του ατόμου ή ακόμη και να συγκεκριμενοποιούνται στις πεπτοιθήσεις και σκέψεις σε σχέση με το βάρος και το σώμα του. Το άτομο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ίσως νιώθει μία προσωρινή ανακούφιση αυτών των συναισθημάτων. Καθώς συνεχίζεται το επεισόδιο το άτομο καταναλώνει φαγητό μέχρι να νιώσει πως σωματικά δεν αντέχει περισσότερη ποσότητα, με πιθανό αίσθημα σφιξίματος και κοιλιακού άλγους. Μετέπειτα, η προσωρινή αυτή ανακούφιση δίνει τη σκυτάλη σε ψυχική και σωματική δυσφορία, όπως και αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό (Striegel-Moore, & Franko, 2003).

Συμπεριφορές και επιπτώσεις σχετιζόμενες με την Ψυχογενή Βουλιμία

Όπως προαναφέρθηκε οι τρόποι με τους οποίους οι πάσχοντες προσπαθούν να επιτύχουν την αντιστάθμιση των υπερφαγικών επεισοδίων και την αποφυγή της αύξησης του βάρους τους εξ αυτών ποικίλουν. Οι τρόποι αυτοί αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως συμπεριφορές κάθαρσης (purging). Σαφώς, ο χαρακτηρισμός «αντισταθμιστικές συμπεριφορές» αφορά πέραν του φόβου για πιθανή αύξηση βάρους, την άμεση ανακούφιση του ατόμου από το αίσθημα που προαναφέρθηκε, δηλαδή το γενικότερο αίσθημα από την υπερπλήρωση του στομάχου. Η πιο συνηθισμένη πρακτική που χρησιμοποιείται είναι ο προκλητός εμετός. Κάποιες φορές η παθολογική σχέση του ατόμου με τον προκλητό εμετό επεκτείνεται σε σημείο που το άτομο καταναλώνει φαγητό προκειμένου να μπει στη διαδικασία πρόκλησης εμετού, προσχεδιάζοντας την τέλεση της πράξης. Οι λοιπές αντισταθμιστικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τη χρήση καθαρτικών, διουρητικών και ενεμάτων, όπως προαναφέρθηκε. Μπορεί

ακόμη να γίνεται και χρήση χαπιών που περιέχουν ουσίες για τη λειτουργία του θυροειδούς αδένου, χωρίς αυτά να είναι συνταγογραφημένα ή απαραίτητα στον ασθενή. Παρά ταύτα, αυτές οι πρακτικές συνήθως χρησιμοποιούνται από τους πάσχοντες επικουρικά σε συνδυασμό επί παραδείγματι με τον αυτοπροκαλούμενο εμετό. Τέλος, η εξαντλητική άσκηση αποτελεί και αυτή συχνά μέρος της ρουτίνας των ατόμων με αυτή τη διατροφική διαταραχή και όπως είναι προφανές αναφέρεται στην εξουθένωση του οργανισμού από εντατική και άμετρη ενασχόληση με διάφορες μορφές γυμναστικής (Striegel-Moore, & Franko, 2003, APA, 2013).

Συμπτώματα

Μπορεί να παρατηρούνται αρκετές ομοιότητες της ψυχογενούς βουλιμίας με την ψυχογενή ανορεξία, ειδικότερα σε επίπεδο σκέψης, συναισθήματος και δυσλειτουργικών αντιλήψεων των πασχόντων, παρόλα αυτά οι διαφορές στα σημεία διαχωρίζουν διαγνωστικά τις δύο διαταραχές. Παραδειγματικά αναφέρεται πως τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία, εν αντιθέσει με τους πάσχοντες νευρικής ανορεξίας, παρουσιάζουν συνήθως φυσιολογικό σωματικό βάρος ή είναι υπέρβαρα με βάση τις υπάρχουσες νόρμες.

Ως επακόλουθο της διαταραχής συχνά παρουσιάζονται ανωμαλίες σε οργανικό επίπεδο, από ήπιες διαταραχές των ηλεκτρολυτών έως γαστροοισοφαγικές και καρδιακές παθήσεις που μπορούν να γίνουν επικίνδυνες για τη ζωή του πάσχοντα. Αναφορικά με τα συμπτώματα στη φυσιολογία του ασθενούς, όσο συμπτώματα αναφέρθηκαν στην ψυχογενή ανορεξία σχετιζόμενα με τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, είναι σαφές πως παρατηρούνται και στην ψυχογενή βουλιμία.

Επικεντρώνοντας την προσοχή στην έναρξη της διαταραχής, πιθανόν να έπεται κάποιων τραυματικών ή στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή του ατόμου. Εν τούτοις, έχει εντοπιστεί σύνδεση μεταξύ του πρώτου υπερφαγικού επεισοδίου και της περιόδου κατά την οποία το άτομο ακολουθεί κάποια δίαιτα με σκοπό να χάσει βάρος ή αμέσως μετά το πέρας αυτής.

Η ψυχογενής βουλιμία παρουσιάζει συχνά συννοσηρότητα με διαταραχές διάθεσης και κυρίως με καταθλιπτικές διαταραχές. Στις περισσότερες περιπτώσεις η έναρξη των διαταραχών διάθεσης και της ψυχογενούς βουλιμίας συμπίπτουν ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα ακολουθούν των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής, ως εκ τούτου τα άτομα συχνά αποδίδουν τα συμπτώματα της διάθεσης με την βουλιμία. Το γεγονός αυτό δεν αναιρεί την πιθανότητα η ψυχογενής βουλιμία να εκδηλωθεί στα πλαίσια μίας διαταραχής διάθεσης. Επιπλέον, η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή παρουσιάζει συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές, με διαταραχές προσωπικότητας (συχνότερα μεταιχμιακή- οριακή διαταραχή προσωπικότητας) όπως και με κατάχρηση ουσιών (APA, 2013, Levinson et al., 2017).

Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge-Eating Disorder)

Έννοιες και ορισμοί

Η διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα υπερφαγικά επεισόδια. Η επεξήγηση των υπερφαγικών επεισοδίων έχει δοθεί εκτενώς στο κεφάλαιο της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Ωστόσο, προκειμένου να διαχωριστεί η συγκεκριμένη διαταραχή από την Βουλιμία και να διαγνωσθεί ως ξεχωριστή οντότητα θα πρέπει να πληρούνται και κάποια επιπλέον κριτήρια. Υπενθυμίζεται πως η διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας δεν συμπεριλαμβάνονταν στις προηγούμενες εκδόσεις του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM και διακρίθηκε με συγκεκριμένα κριτήρια μόνο στην τελευταία εκδοχή του εγχειριδίου (APA, 2013)

Χαρακτηριστικά και Συμπτώματα

Για να διαγνωσθεί η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή θα πρέπει τα υπερφαγικά επεισόδια να σχετίζονται με τρεις τουλάχιστον από τις ακόλουθες καταστάσεις. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν την κατανάλωση τροφής πολύ περισσότερο γρήγορα από ότι θεωρείται φυσιολογικό, την κατανάλωση φαγητού μέχρι τη στιγμή που το άτομο πλέον αισθάνεται άβολα από την υπερπλήρωση του στομάχου, την κατανάλωση φαγητού σε στιγμές που το άτομο δεν νιώθει πείνα, την προτίμηση του ατόμου να τρώει μόνο του διότι αισθάνεται ντροπή από την έκθεση της ποσότητας του φαγητού που

καταναλώνει και το αίσθημα της αποστροφής προς τον εαυτό, της έντονης θλίψης και της ενοχής μετά το υπερφαγικό επεισόδιο. Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως τα άτομα βιώνουν έντονη δυσφορία, θλίψη και απελπισία για την υπερφαγική συμπεριφορά τους.

Επίσης, επιπλέον χαρακτηριστικό που διαχωρίζει την συγκεκριμένη διαταραχή είναι πως τα άτομα που πλήττονται από αυτήν είναι συνήθως υπέρβαρα και παχύσαρκα ή έχουν οριακά φυσιολογικό βάρος. Ωστόσο, η Επεισοδιακή Υπερφαγία δεν θα πρέπει να συγχέεται με την παχυσαρκία η οποία δεν αποτελεί διατροφική ή άλλου είδους ψυχιατρική διαταραχή. Οι πάσχοντες στο φάσμα αυτής της διαταραχής φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά τους σε σχέση με τα παχύσαρκα άτομα γενικότερα. Πρόσθετα, οι πάσχοντες φαίνεται να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, να βιώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αίσθημα ψυχολογικής δυσφορίας και να παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Η παρούσα διαταραχή όπως και η πλειάδα των διατροφικών διαταραχών είναι περισσότερο συχνή στο γυναικείο παρά στο ανδρικό φύλο και πιο διαδεδομένη σε άτομα που ενδιαφέρονται να χάσουν βάρος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η έναρξη συνήθως εντοπίζεται στην εφηβεία και συχνότερα συναντάται σε έφηβους και νέους ενήλικες. Συχνά η έναρξη συνδέεται με την περίοδο μετά την προσπάθεια για τη μείωση του βάρους. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχετίζεται με τη σοβαρότητα της διαταραχής και τη διάρκεια αυτής. Ωστόσο, φαίνεται πως οι πάσχοντες Επεισοδιακής Υπερφαγίας έχουν καλύτερη πρόγνωση και συχνά θετικότερα αποτελέσματα από τους πάσχοντες της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας (Hilbert, 2019)

Διαταραχή Αποφευκτικού/ Περιοριστικού Τύπου (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder)

Η Διαταραχή Αποφευκτικού/ Περιοριστικού Τύπου αναφέρεται σε άτομα που δυσκολεύονται- αποφεύγουν για ιδιαίτερους λόγους να καταναλώσουν φαγητό. Οι λόγοι αυτοί μπορεί να αφορούν την έλλειψη ενδιαφέροντος για το

φαγητό ή την αποστροφή λόγω απέχθειας της αίσθησης του φαγητού ή των επακόλουθων της κατανάλωσης τροφής. Η προαναφερθείσα κατάσταση συνοδεύεται από τη σημαντική μείωση του βάρους, την κακή θρέψη με ευρήματα διατροφικής ανεπάρκειας, τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής με στόχο την υποκατάσταση της διατροφής και τη σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Αυτή η διατροφική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στην βρεφική και παιδική ηλικία και φυσικά δεν σχετίζεται με την έλλειψη πόρων ή την δυσκολία ανεύρεσης τροφής. Στα μεγαλύτερα παιδιά είναι πιθανό να σχετίζεται με ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Η διαταραχή σίτισης στα βρέφη και τα μικρά παιδιά δύναται να σχετίζεται με τη συμπεριφορά των γονέων κατά το τάισμα. Ενώ γενικότερα είναι πιθανό να σχετίζεται με την πιθανή ψυχοπαθολογία των γονέων παιδιών και εφήβων και την παραμέληση αυτών.

Μηρυκαστική Διαταραχή (Rumination Disorder)

Η Μηρυκαστική Διαταραχή όπως προδίδει η ονομασία της αφορά άτομα που επιδεικνύουν διατροφικές συμπεριφορές μηρυκασμού (συνειδητή αναγωγή του φαγητού από το στομάχι προς το στόμα). Πιο συγκεκριμένα, οι πάσχοντες επανειλημμένα παλινδρομούν το φαγητό με σκοπό να το αναμασήσουν, να το καταπιούν εκ νέου ή να το αποβάλλουν από το στόμα τους. Η παρούσα διαταραχή δεν σχετίζεται με γαστροοισοφαγικές ή άλλες οργανικές παθήσεις. Η αναγωγή της τροφής γίνεται συνειδητά και δεν σχετίζεται με ναυτία, τάση προς έμετο ή κάποια παρόμοια συνθήκη. Πιθανόν να προσφέρει κάποιου είδους ικανοποίηση στον πάσχοντα. Συχνότερα αφορά τη βρεφική και παιδική ηλικία, όπως και άτομα με διανοητική αναπηρία και συνήθως οδηγεί σε υποσιτισμό και κακή θρέψη.

Διαταραχή Pica

Η διαταραχή Pica, που όπως έχει προαναφερθεί προστέθηκε στις διατροφικές διαταραχές και διαταραχές πρόσληψης τροφής στην τελευταία έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου, αποτελεί μία ιδιαίτερη κατάσταση κατά την οποία ο πάσχον (παιδί ή ενήλικας) προβαίνει σε επίμονη κατανάλωση ουσιών (ενός ή περισσοτέρων) οι οποίες δεν συγκαταλέγονται στα είδη τροφίμων και οι οποίες δεν προσφέρουν τα κατάλληλα συστατικά για την ανάπτυξη και τη

σωστή λειτουργία του οργανισμού (μη-φαγητό/ nonfood), ενώ παράλληλα το άτομο αποστρέφεται τις τροφές. Σύμφωνα με το DSM-5 σε αυτές τις ουσίες πιθανόν περιλαμβάνονται το χαρτί, το ύφασμα, το χώμα, οι τρίχες, η μπογιά, η κιμωλία, το μέταλλο, τα βότσαλα, η κόλλα, η στάχτη, το ξύλο, ο πηλός, ο πάγος και άλλα. Επισημαίνεται πως η συγκεκριμένη διατροφική συμπεριφορά για να εντάσσεται στα πλαίσια των διαταραχών πρόσληψης τροφής δεν θα πρέπει να υπόκεινται σε πρακτικές σχετικές με την κουλτούρα, οι οποίες θεωρούνται κοινωνικώς αποδεκτές στο περιβάλλον του ατόμου. Συχνά η συγκεκριμένη διαταραχή εντοπίζεται κατόπιν λοιμώξεων, δηλητηριάσεων, εντερικών διαταραχών και άλλων παθήσεων που ακολουθούν την κατανάλωση των παραπάνω ουσιών/ μη φαγητών και μπορεί οι συνέπειες της να αποβούν επικίνδυνες για τη ζωή.

Το ποσοστό του πληθυσμού που νοσεί από τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι ασαφές, διότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα επίσημα στοιχεία.

Η διαταραχή Pica μπορεί να εμφανιστεί σε όλη την πορεία της ζωής, όμως συχνότερα η έναρξή της παρατηρείται κατά την παιδική ηλικία, όπως επίσης συχνά εντοπίζεται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο άτομα με νοητική αναπηρία όπως και άτομα που πάσχουν από άλλες διαταραχές ψυχικής φύσεως συνήθως σχετιζόμενες με περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα (επί παραδείγματι αυτισμό). Όσον αφορά το φύλο, δεν παρατηρούνται διαφορές στην εμφάνιση μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Παράγοντες κινδύνου και προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται μεταξύ άλλων περιβαλλοντικοί παράγοντες, η παραμέληση, η έλλειψη επιτήρησης και η αναπτυξιακή καθυστέρηση (APA, 2013).

Άλλη Καθοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (Other Specified Feeding or Eating Disorder)

Σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται οι διαγνώσεις ατόμων που αν και παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα από μία ή περισσότερες διατροφικές διαταραχές, όπως επίσης και έκπτωση της λειτουργικότητας τους στους βασικούς τομείς της ζωής, παρά ταύτα δεν πληρούν τα κριτήρια για να

διαγνωσθούν με κάποια από τις διατροφικές διαταραχές με επίσημα διαγνωστικά κριτήρια. Παραδειγματικά αναφέρονται οι περιπτώσεις της άτυπης ψυχογενούς ανορεξίας, που αφορά πάσχοντες οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά το βάρος τους βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων (APA, 2013).

Μη Καθοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (Unspecified Feeding or Eating Disorder)

Η διάγνωση της Μη Καθοριζόμενης Διατροφικής Διαταραχής αποδίδεται από τους ειδικούς σε άτομα που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια από τις ήδη υπάρχουσες διατροφικές διαταραχές, παρόλα αυτά παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς τους στους βασικούς τομείς της ζωής και συνήθως αφορά περιπτώσεις που η πληροφόρηση του ειδικού δεν είναι επαρκής και τεκμηριωμένη για να διαγνώσει πιο συγκεκριμένα μία διατροφική διαταραχή (APA, 2013).

Τρόφιμα που επιλέγονται και αποφεύγονται

Άνθρωποι που πάσχουν από ψυχογενή ορθορεξία (έννοια η οποία ακόμη δεν περιλαμβάνεται στο διαγνωστικό εργαλείο DSM) είναι άτομα που δεν θέλουν να χάσουν βάρος, αλλά να συμπεριλαμβάνουν στη διατροφή τους μόνο τρόφιμα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά . Αποφεύγουν τροφές που περιέχουν λιπαρά ,αλάτι και σάκχαρα και ίσως τροφές που περιέχουν κατάλοιπα φυτοφαρμάκων και εντομοκτόνων . Επίσης αυτά τα άτομα θέλουν να προετοιμάζουν το φαγητό τους οι ίδιοι, για τον λόγο της αίσθηση της ικανοποίησης την οποία λαμβάνουν από αυτό . Πιο συγκεκριμένα σκέφτονται το πως να οργανώσουν την προετοιμασία ενός γεύματος ακόμα και την κοπή του γεύματος ώστε να μην χαθεί κανένα θρεπτικό συστατικό (Μπαλή, 2018).

Ενώ στην ψυχογενή βουλιμία, διαπιστώνεται ότι τα άτομα αποφεύγουν τροφές με χαμηλές θερμίδες (κατά τα βουλιμικά επεισόδια), λόγω του ότι οι τροφές με περισσότερες θερμίδες και λιπαρά είναι περισσότερο της αρέσκειας τους και έτσι τους προκαλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση (Lutz et al., 2021).

Όσων αναφορά την υπερφαγία ,καμία μελέτη δεν έχει δείξει την προτίμησή τους σε τροφές προς αποφυγή ,ωστόσο έχουν δείξει μια προτίμηση σε τροφές με περισσότερες θερμίδες και λιπαρά (κατά το υπερφαγικό επεισόδιο) (Eichin et al., 2022).

Αίτια Διατροφικών Διαταραχών

Οι κύριες αιτίες της ψυχογενούς ανορεξίας είναι άγνωστες, ωστόσο πιστεύεται ότι είναι ψυχολογικής φύσεως και επηρεάζονται από κοινωνικούς, πολιτιστικούς και βιολογικούς παράγοντες. Πολλά δείχνουν ότι η ανορεξία αλλά και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές, προέρχονται συχνά από μια δυσλειτουργική οικογένεια όπου οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί, θέλουν να ελέγχουν και έχουν μεγάλες απαιτήσεις από τα παιδιά τους . Λόγω του ότι έχουν υψηλές απαιτήσεις, δεν μπορούν να αντιληφθούν τις δυσκολίες που μπορεί να έχουν αυτά τα άτομα με αποτέλεσμα να μην καταφέρουν να τους καλύψουν συναισθηματικά στις όποιες δυσκολίες έρθουν. Δεν καταλαβαίνουν τις αλλαγές που μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια της εφηβείας, με συνέπεια να μην μπορούν να αποφασίσουν για τον εαυτό τους .Έτσι οι έφηβοι κάνουν αλλαγές στο σώμα τους όταν νιώθουν ότι δεν είναι αρεστοί και αρκετοί. Συχνά συναντάται στις διατροφικές διαταραχές συσχέτιση με εκφοβισμό (bullying) που δύναται να προκαλέσει συναισθηματικά προβλήματα, είτε ως παράγοντας κινδύνου, είτε ως επίπτωση. Τα άτομα αυτά δεν εκφράζονται ,είναι περιθωριοποιημένα και εγκαταλείπουν εύκολα . Ωστόσο, αυτά τα συμπτώματα είναι συνήθη στην εφηβεία και δεν σημαίνουν πάντα ότι είναι πρόδρομοι της ψυχογενούς ανορεξίας. Είναι σημαντικό να αντιληφθεί η οικογένεια και να συμπαρασταθεί στα άτομα αυτά για να υπάρξει άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος (Ψάλτη, 2019).

Πιο συγκεκριμένα θα αναλύσουμε τα αίτια αυτά. Όπως ειπώθηκε ήδη το οικογενειακό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, κάποιοι άλλοι λόγοι μπορεί να είναι οικονομικοί, ψυχολογική/σεξουαλική κακοποίηση, το Bullying, η έλλειψη αυτοπεποίθησης , το φιλικό περιβάλλον, βιολογικά (ορμόνες), το κοινωνικό περιβάλλον ή άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Λιάββα, 2019). Επίσης μπορεί να είναι οι συνεχείς και αυστηρές δίαιτες, η εμμονή με τον αυτοέλεγχο, η εκτόνωση (να καταφεύγουν στο φαγητό), η κληρονομικότητα,

η προσωπικότητα (τελειομανία) και τέλος η βιοχημεία (π.χ υπογλυκαιμία με συνέπεια να προκαλεί υπερφαγία) (Λάσκαρης, 2017).

Αντιμετώπιση

Οι διατροφικές διαταραχές αντικατοπτρίζουν την σχέση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας. Πρώτα απ' όλα πρέπει να υπάρξει ιατρική βοήθεια ώστε τα άτομα να συμβουλευτούν και να βοηθηθούν, ώστε να τρέφονται επαρκώς και να έχουν ένα υγιές βάρος . Είναι σημαντικό τα άτομα με αδηφαδική διαταραχή να βοηθηθούν να σταματήσουν την υπερκατανάλωση τροφής (Σιούτα, 2020). Πιο συγκεκριμένα για να αντιμετωπιστεί κάποια από τις διαταραχές, χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με έναν διατροφολόγο, αλλά πολύ περισσότερο χρειάζεται υποστήριξη από το στενό οικογενειακό περιβάλλον (Λιάββα, 2019). Ένα πολύ σημαντικό γεγονός είναι όταν ένα άτομο με διατροφική διαταραχή, για να το διαχειριστεί και να απαλλαγεί, χρειάζεται πολύ υπομονή, γιατί είναι πολύ δύσκολη κατάσταση και χρειάζεται άμεσα βοήθεια (Μουζακίτη, 2021). Τέλος η ψυχοθεραπεία φαίνεται να βοηθά τους ανθρώπους να κατανοούν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που οδηγούν σε αυτές τις διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, κάποια φάρμακα αποδίδουν αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Σιούτα, 2020).

Ένα μεγάλο ποσοστό που διατρέχει τον κίνδυνο να διαγνωστεί με κάποια διατροφική διαταραχή είναι άτομα που βρίσκονται κατά την διάρκεια της εφηβείας και κυρίως διαπιστώνεται σε γυναίκες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μεγάλη θνησιμότητα από τις συγκεκριμένες διαταραχές είτε από φυσικά αίτια είτε και από αυτοκτονίες (Ψάλτη, 2019). Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό που κινδυνεύει ως προς την ψυχογενή ανορεξία, είναι άτομα ηλικίας 14-18 ετών, όπου το 95% είναι γυναίκες και μόλις το 5% άνδρες. Ενώ η υπερφαγία φαίνεται να αφορά και τα δύο φύλα (Μουζακίτη, 2021). Τα προβλήματα των διατροφικών διαταραχών, έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζουν το 5-10 % των νέων ατόμων, όπου πάνω από το 50% συνεχίζει να έχει μια διατροφική διαταραχή για περισσότερα από 5 χρόνια (Treasure et al., 2020).

Κίνδυνοι

Οι κίνδυνοι που παρουσιάζονται είναι πολλοί και κάποιοι πολύ σοβαροί. Μπορεί να προκληθούν είτε ψυχολογικά είτε σωματικά προβλήματα (Λάσκαρης, 2017). Συνήθως συνυπάρχουν με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Michalska et al., 2016). Κάποια από αυτά είναι η οστεοπόρωση, καρδιαγγειακά προβλήματα, βλάβη νεφρικής λειτουργίας, αναιμία, διαβήτης, και σε κάποιες περιπτώσεις ο θάνατος, συνήθως στην ψυχογενή ανορεξία. Ενώ στις όχι τόσο υψηλού κινδύνου ανήκουν η θλίψη, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, η νευρικότητα, οι εμμονές και έλλειψη συγκέντρωσης (Λάσκαρης, 2017). Το ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία είναι το 0,5-7%. (Michalska et al., 2016).

Αναγνώριση Διατροφικών Διαταραχών

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, κρύβουν πολύ καλά τα συμπτώματα με συνέπεια να είναι δύσκολη η αναγνώριση τους στα αρχικά στάδια. Τα συμπτώματα που μπορούν να διακριθούν είναι όταν ένα άτομο ασχολείται πολύ με το σώμα του πχ. να κοιτάζεται πολλές ώρες στον καθρέπτη, μπορεί να αποφεύγει να τρώει ή να περιορίζει την ποσότητα του φαγητού του, επίσης μπορεί να τρώει τροφές με χαμηλή θερμιδική αξία, να μετράει τις θερμίδες που θα φάει ώστε να μην πάρει βάρος. Κάποια άλλα συμπτώματα που μπορεί να γίνουν εμφανή, είναι το άτομο να τρώει κανονικά τις ποσότητες του φαγητού και μετέπειτα να καταναλώνει φαγητό κρυφά και αυτό μπορεί να αναγνωριστεί από τις άδειες συσκευασίες τροφίμων ή από την έλλειψη των φαγητών. Ένα ακόμα συμπτώματα είναι η συχνή επίσκεψη στο μπάνιο για εμετό, η εξαντλητική άσκηση, η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών σκευασμάτων για την αποβολή βάρους. Επίσης τα άτομα αυτά ζουν με το άγχος, πχ για το αν χάσουν κάποια άσκηση που έχουν προγραμματίσει και βγουν εκτός προγράμματος, μπορεί να χάσουν απότομα βάρος ή να φοράνε φαρδιά ρούχα για να κρύψουν το βάρος τους (Ξανθάκη, 2015).

Δεδομένα Διατροφικών Διαταραχών ανά τον κόσμο

Η Εθνική Ένωση Διατροφικών Διαταραχών ανέφερε αύξηση 40% στις κλήσεις της από την έναρξη της πανδημίας και της καραντίνας τον Μάρτιο του 2020. Αρκετές μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη υποδεικνύουν ότι οι επιδημίες, ο φόβος, το άγχος, η απομόνωση και οι κοινωνικοί περιορισμοί έχουν επηρεάσει τα άτομα με νευρική ανορεξία να τρώνε λιγότερες θερμίδες ημερησίως. Τα άτομα με βουλιμία έχουν αυξημένη όρεξη για φαγητό και τρώνε περισσότερα γεύματα, συνήθως τροφές με πολλές θερμίδες. Αυτό που είχαν κοινό και οι δύο ομάδες διατροφικών διαταραχών είναι ότι ανέπτυξαν μεγαλύτερο άγχος λόγω επιδημικών περιορισμών και φόβων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και τις διατροφικές συμπεριφορές. Η πανδημία φαίνεται να αύξησε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ενισχύουν το άγχος και πυροδοτούν προϋπάρχουσες διατροφικές διαταραχές. Λόγω της πανδημίας αυξήθηκε η κατανάλωση τροφών που έχουν υψηλή θερμιδική αξία, όπως γλυκά, αλκοόλ, συχνά και όχι υγιεινά γεύματα, με αποτέλεσμα να υπάρχει αύξηση βάρους ή μείωση βάρους. Συγκεκριμένα, η συχνότητα υπερφαγίας και παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί τον τελευταίο χρόνο λόγω της πανδημίας. Κάποιοι παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτό είναι το αβέβαιο μέλλον, το άγχος και φόβος για το μέλλον, ο αποκλεισμός από την κοινωνία (απομόνωση), αλλαγές στην ζωή και η δυνατότητα για ελάχιστες δραστηριότητες (Χατζηδημητρίου, 2021). Σε μια έρευνα που διεξήχθη, εξέτασαν ιατρικά αρχεία στην Ουαλία και διαπιστώθηκε ότι από το 1990-2017 υπήρξαν 15,558 άτομα που διαγνώστηκαν από διατροφικές διαταραχές. Σύμφωνα με την ανάλυση δύο χρόνια πριν την διάγνωση, τα άτομα αυτά είχαν άλλες ψυχικές διαταραχές όπως διαταραχές προσωπικότητας ή αλκοολισμού όπως επίσης και κατάθλιψη. Ακόμα μπορεί να υπήρχαν και ατυχήματα ή αυτοτραυματισμοί. Τέλος, τα πολλά συνταγογραφημένα φάρμακα όπως τα αντικαθλιπτικά, όπως επίσης η υπερβολική κατανάλωση πολυβιταμινών, σιδήρου και άλλων φαρμάκων, επηρέασαν στην ύπαρξη των διαταραχών. Ωστόσο, η διερεύνηση της παρουσίας κάποιων από τους παραπάνω παράγοντες, μπορεί να βοηθήσει στην γρήγορη διάγνωση στα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο για κάποια διατροφική διαταραχή (Ψάλτη, 2019).

Η HRDE (High-risk disordered eating, υψηλού κινδύνου διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά) έχει αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευζωία. Μία μελέτη των Azzeh, Peachey & Loney (2022) είχε απώτερο σκοπό την αξιολόγηση της HRDE σε ηλικίες εφήβων και νεαρών ενηλίκων στην Μέση Ανατολή. Βάση της μελέτης αυτής, έγινε ανασκόπηση ερευνών από τον Ιανουάριο του 2000 έως το Σεπτέμβριο του 2020 και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Eating Attitudes Test 26. Συμπεριλήφθηκαν 19 μελέτες από διάφορες χώρες στις τις οποίες το 65,8% ήταν γυναίκες (16.288 γυναίκες). Στο Ισραήλ τα ποσοστά ήταν μικρότερα (2,8 % - 8,2 %) μεταξύ εφήβων. Αντιθέτως, στην Αίγυπτο ήταν αρκετά υψηλά και άγγιζαν το 69,6% - 75,8%. Στην Ιορδανία το ποσοστό κινδύνου για νευρική ανορεξία κυμαινόταν μεταξύ 0% έως 9,5% στο Ομάν. Επίσης ο κίνδυνος για νευρική βουλιμία στην Ιορδανία ήταν 0,6%, ενώ στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα ήταν 1%. Τέλος, η υπερφαγία αφορούσε το 1,0% και 1,8% στην Τουρκία και την Ιορδανία αντίστοιχα (Azzeh et al., 2022).

Συνέπεια κατά του covid19

Σημαντική αύξηση στις διατροφικές διαταραχές των εφήβων έχει παρατηρηθεί διεθνώς τον τελευταίο χρόνο. Η Σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών των εφήβων, όπως η νευρική ανορεξία, υπερβαίνει κατά πολύ την ικανότητα του συστήματος υγείας να τις αντιμετωπίζει. Οι λόγοι που μπορεί να επηρεάστηκαν οι διαταραχές αυτές μέσω της πανδημίας του covid19, είναι η απώλεια της καθημερινής κοινωνικής και εργασιακής ζωής, ο αποκλεισμός από τους φίλους, το στρες για την πανδημία του COVID-19, τα αισθήματα μοναξιάς και πλήξης και σε ορισμένες περιπτώσεις η ανασφάλεια για την επάρκεια τροφής. Επιπλέον, οι έφηβοι ξοδεύουν πολύ περισσότερο χρόνο από το συνηθισμένο, στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ένα άλλο φαινόμενο είναι η σύγκριση του σώματος τους με διάφορα πρότυπα που υπάρχουν στο διαδίκτυο και αυτή η σύγκριση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εικόνα και την αυτοεκτίμησή τους. Έτσι οι έφηβοι που προσπαθούν να κατανοήσουν τον εαυτό τους σε αυτό το στάδιο, γίνονται ευαίσθητοι και ακολουθούν λάθος συμβουλές από τα εικονικά αποτελέσματα που βλέπουν, με συνέπεια τον υπερβολικό έλεγχο του σώματός τους. Για να γίνει άμεσα αντιληπτό πιθανό

ζήτημα διατροφικών διαταραχών στους εφήβους, πρέπει να υπάρχει στενή επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον (Πάσχου, Ψαλτοπούλου & Δημόπουλος, 2021).

Υπάρχει έλλειψη κατανόησης σχετικά με την προθυμία των ανθρώπων να αναζητήσουν βοήθεια για τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής, γεγονός που περιορίζει την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς τα παιδιά, οι έφηβοι και οι αναδυόμενοι ενήλικες τείνουν να αναζητούν υπηρεσίες για διατροφικές διαταραχές. Καθώς η πανδημία του COVID-19 καθιστά περισσότερους ανθρώπους ευάλωτους σε διατροφικές διαταραχές, αυτό γίνεται μια αυξανόμενη ανησυχία. Αυτή η επισκόπηση του πεδίου εφαρμογής εξετάζει τα τρέχοντα στοιχεία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι νέοι με συμπτώματα διατροφικής διαταραχής αναζητούν βοήθεια, προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα πώς να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν περισσότερα άτομα νωρίτερα.

Αναζητήθηκαν επτά βάσεις δεδομένων για μελέτες που δημοσιεύτηκαν από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Απρίλιο του 2021, οι οποίες αναφέρονταν σε στάσεις, συμπεριφορές και μοτίβα χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης για την αναζήτηση βοήθειας για παιδιά και εφήβους, αναδυόμενους ενήλικες και ένα μείγμα αυτών των ομάδων σε ηλικίες 18-28 ετών. Επτά χιλιάδες, διακόσια δεκαοκτώ άρθρα προσδιορίστηκαν για αναθεώρηση. Αφού αφαιρέθηκαν τα διπλότυπα, τρεις κριτές εξέτασαν ανεξάρτητα τίτλους και περιλήψεις και εξέτασαν άρθρα πλήρους κειμένου. Διαπίστωσαν ότι οι τίτλοι και οι περιλήψεις των υπόλοιπων άρθρων ήταν κατάλληλοι και ότι τα άρθρα πλήρους κειμένου ήταν υψηλής ποιότητας. Τα 62 άρθρα που περιλήφθηκαν σε αυτήν την επισκόπηση του πεδίου εφαρμογής επικεντρώθηκαν στη δραστηριότητα αναζήτησης βοήθειας. Η μελέτη διαπίστωσε ότι η συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας διέφερε ανάλογα με το άτομο και την κατάσταση, με διαφορετικά ποσοστά και είδη βοήθειας που αναζητούνταν. Επιπλέον, παράγοντες όπως ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες βρέθηκε να επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας. Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό νέων δεν ανάζητα βοήθεια. Κατά την διάρκεια αυτή, υπήρξαν δυσκολίες όσων αναφορά την βοήθεια που θα έπρεπε να είχαν τα άτομα με

διατροφικές διαταραχές από τους υγειονομικούς είτε επειδή δεν είχαν εξειδικευμένη γνώση πάνω στις διατροφικές διαταραχές είτε επειδή είχαν ανεπαρκή παιδεία σχετικά με την ψυχική υγεία, ενώ είχαν ελάχιστη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους.

Ως αποτέλεσμα αυτής της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να αναπτυχθούν προγράμματα για να βοηθηθούν τα άτομα αυτά με γρήγορους ρυθμούς. Η μελλοντική έρευνα θα εξετάσει συμπεριφορές και δραστηριότητες για βοήθεια σε υποεκπροσωπούμενες ομάδες με διατροφικές διαταραχές (όπως άνδρες, μειονότητες και μη-δυσδικά φύλα), καθώς και προγράμματα για βοήθεια σε νέους. Πρέπει να εστιάσουμε στην προοπτική των μελών της οικογένειας και άλλων υποστηρικτών στη διαδικασία. Εάν μπορούν να διακοπούν σκέψεις και συμπεριφορές σας που σχετίζονται με τη διατροφική διαταραχή το συντομότερο δυνατό με τη βοήθεια ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, πιθανότατα να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα. Λίγα είναι γνωστά για το γιατί μερικοί νέοι μιλούν για το βάρος τους, το σώμα τους ή τις ανησυχίες τους για το φαγητό με κάποιον όπως ο γονέας, ο φίλος, ο δάσκαλος, ο σύμβουλος καθοδήγησης ή ο πάροχος πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτή η ανασκόπηση εξέτασε τη διαθέσιμη έρευνα σχετικά με τα πρότυπα αναζήτησης βοήθειας και τις προτιμήσεις των νέων με ανησυχίες για διατροφικές διαταραχές. Η ερευνητική ομάδα χρησιμοποίησε μια τυποποιημένη διαδικασία για να βρει 62 σχετικά άρθρα. Πολλοί νέοι που ανέφεραν ανησυχίες για διατροφικές διαταραχές δεν αναζητούσαν βοήθεια για τον εαυτό τους. Οι νέοι ανέφεραν ότι το να νιώθουν ότι υποστηρίζονται από την οικογένειά τους και τον πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας και ότι δεν ντρέπονται που ζητούν βοήθεια τους οδήγησαν να μιλήσουν για τις ανησυχίες τους. Τα ευρήματα έχουν κλινικές συνέπειες για το πώς να βοηθηθούν οι νέοι να αισθάνονται ασφαλείς να μιλήσουν ελεύθερα για τις ανησυχίες τους που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές, γεγονός που ενισχύει τις πιθανότητες να παρέμβουν έγκαιρα και να μειώσουν τα συμπτώματα πριν επιδεινωθούν (Nicula, 2022).

Συγκεντρωτικά Χαρακτηριστικά κάθε Διατροφικής Διαταραχής

Ψυχογενής Ανορεξία

Τα πιο έντονα χαρακτηριστικά που μπορούν να παρουσιαστούν στα άτομα με νευρική ανορεξία είναι το κάτω των φυσιολογικών ορίων βάρος και η ισχνότητα, επίσης θέλουν να κρατάνε το βάρος τους σε χαμηλά επίπεδα που μπορεί να είναι ακόμα και κατώτερα από τα φυσιολογικά επίπεδα ,επειδή πιστεύουν ότι είναι παχύσαρκοι. Έτσι, η πρόκληση εμετού, η συστηματική και εξοντωτική γυμναστική , η δίαιτα και η αποφυγή παχυντικών τροφών είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία (Λάσκαρης, 2017).

Ψυχογενής βουλιμία

Τα πιο έντονα χαρακτηριστικά που μπορούν να παρουσιαστούν στα άτομα με νευρική βουλιμία είναι η υπερφαγική κατανάλωση, δηλαδή τρώει μέσα σε μικρά χρονικά διαστήματα (πχ ανά 2 ώρες), δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του με αποτέλεσμα να τρώει χωρίς σταματημό, όπως και να μην αντιλαμβάνεται το πόσο τρώει και το τι τρώει. Επίσης κάποια άλλα χαρακτηριστικά όπως και στην νευρική ανορεξία είναι ο εμετός, εξοντωτική γυμναστική και η χρήση καθαρτικών (Λάσκαρης, 2017).

Αδηφαγική Διαταραχή- Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Τα πιο έντονα χαρακτηριστικά που μπορούν να παρουσιαστούν στα άτομα με αδηφαδική διαταραχή είναι να τρώει πολύ γρήγορα, τρώει μέχρι να μην αντέχει άλλο, νιώθει ενοχές μετά από κάθε γεύμα, μπορεί να μη πεινάει αλλά θα φάει, δεν τρώει με παρέα γιατί δεν αισθάνεται ωραία (Λάσκαρης, 2017).

Προειδοποιητικά Συμπτώματα και Συννοσηρότητα

Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *British Journal of Psychiatry*, ερευνητές από το Πανεπιστήμιο Swansea επισήμαναν ότι οι διατροφικές διαταραχές οφείλονται σε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης άλλων παθολογικών καταστάσεων και αυξημένη έκθεση σε άλλα φάρμακα και σκευάσματα μερικά χρόνια πριν από τη διάγνωση. Επομένως η έρευνα αυτή βοηθά στον πιο γρήγορο εντοπισμό σε άτομα νεαρής ηλικίας που διατρέχουν τον κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών (Ψάλτη Ν. , 2019).

Ήδη υπάρχουσες ασθένειες μπορούν να οδηγήσουν σε κάποια διατροφική διαταραχή. Κάποιες άλλες ασθένειες που μπορούν να οδηγήσουν σε διατροφική διαταραχή είναι η σχιζοφρένια, όπου μπορεί να προκαλέσει την απώλεια βάρους λόγω της καταθλιπτικής, ψυχωτικής και επιθετικής συμπεριφοράς που μπορεί να έχει το άτομο (Fond et al., 2021). Μια διαδικτυακή έρευνα έδειξε ότι άτομα με κοιλιοκάκη μπορούν να οδηγηθούν σε υπερφαγία (Fraser et al., 2022). Τα άτομα με κυστική ίνωση (ΚΙ) είναι πιο πιθανό να έχουν διατροφικές διαταραχές και διαταραγμένη εικόνα σώματος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα αύξησης βάρους, μειωμένη πνευμονική λειτουργία και αυξημένη θνησιμότητα. Τα άτομα με κυστική ίνωση συνήθως νιώθουν διαφορετικά από τα άτομα της ηλικίας τους, με αποτέλεσμα να έχουν παρενέργειες που αλλάζουν το σώμα τους κατά την διάρκεια της θεραπείας. Η επίδραση των διατροφικών διαταραχών όπως η υπερφαγία, η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία στην κοινωνική, συναισθηματική και σωματική ανάπτυξη των ατόμων με κυστική ίνωση μπορεί να είναι επιβλαβής. Στην κυστική ίνωση υπάρχουν αρκετοί κίνδυνοι που μπορούν να μεταβληθούν σε διατροφική διαταραχή. Η κυστική ίνωση επηρεάζει την ανάπτυξη με διάφορους τρόπους, όπως η παγκρεατική ανεπάρκεια, των υψηλών ενεργειακών απαιτήσεων, των αναπνευστικών λοιμώξεων και της καθυστερημένης ανάπτυξης και της εφηβείας. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κυστική ίνωση , όπως η

κατάθλιψη και το άγχος, η έντονη εστίαση στον Δίκτης Μάζας Σώματος, η έλλειψη ελέγχου σε μια χρόνια νόσο και η ενασχόληση με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, πιθανότατα συμβάλλουν περαιτέρω στο πρόβλημα (Darukhanavala et al., , 2021). Ένας άλλος παράγοντας που οδηγεί στην υπερφαγία είναι η έμμηνος ρύση, με συνέπεια να καταναλώνονται τροφές με υψηλές θερμίδες και ως επι τον πλείστων την αύξηση βάρους (MacNeil, 2022).

Ιστορική Αναδρομή

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι ένα αυξανόμενο κοινωνικό πρόβλημα που γίνεται όλο και πιο κοινό. Πρόκειται για ψυχικές ασθένειες που δεν σχετίζονται μόνο με διατροφικές συνήθειες, αλλά είναι σοβαρές ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να αναχθούν σε βαθύτερες ψυχικές διαταραχές. Οι πιο συνηθισμένες είναι η ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι από τις πιο σοβαρές διαταραχές, λόγω της μεγάλης θνησιμότητας και έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να αρνείται να τρώει, τρώει μικρές ποσότητες φαγητού (ασιτία), και μπορεί να φτάσει σε μη αναστρέψιμες συνέπειες για τον οργανισμό. Τα άτομα αυτά έχουν την άποψη ότι είναι υπέρβαρα. Το αποτέλεσμα αυτής της ασθένειας είναι ο σοβαρός υποσιτισμός, ο οποίος αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται από τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους, πιστεύοντας συνεχώς ότι είναι υπέρβαροι. Η ασθένεια έχει υψηλό κίνδυνο να οδηγήσει σε θάνατο και μπορεί επίσης να έχει σοβαρές σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις. Ωστόσο, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αισθήματα ενοχής και απομόνωσης. Συγκεντρωτικά αποτελεί μία διαταραχή κατά την οποία οι άνθρωποι υποσιτίζονται σοβαρά και υποφέρουν από υπερβολική άσκηση και διατροφικές συνήθειες ,προκαλώντας εμετό μετά το φαγητό ή χρησιμοποιούν καθαρτικά, σε μια προσπάθεια να χάσουν βάρος, ενώ μπορεί να βρίσκονται ήδη κάτω από τα όρια του φυσιολογικού βάρους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό οδηγεί σε αυτοτραυματισμό ή σε μια τελετουργική προσπάθεια απώλειας βάρους.

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια μορφή διατροφικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή υπερβολική κατανάλωση

τροφών σε μικρά χρονικά διαστήματα. Όπως και στην ψυχογενή ανορεξία ακολουθείτε το ίδιο μοτίβο, δηλαδή γίνεται χρήση διουρητικών, πρόκληση εμετού κοκ. Ωστόσο, γίνεται πιο δύσκολα η διάγνωση καθώς τα σημάδια μπορεί να μην είναι τόσο ορατά, καθώς το άτομο μπορεί να έχει φυσιολογικό βάρος. Επίσης σχετίζεται με το συναίσθημα και την ενοχή και έχει σοβαρές μακροπρόθεσμες συνέπειες για τον οργανισμό.

Ωστόσο, όσων αναφορά την νευρική ανορεξία ,υποστηρίζεται ότι δεν αφορά μόνο τις γυναίκες ,πλήττει και τους άνδρες, το ιστορικό υπόβαθρο δείχνει ότι οι διατροφικές διαταραχές, αφενός, είναι κάτι αιώνιο και έχει ξεκινήσει από πολύ παλιά και δεν αφορά μία καθόλα σύγχρονη κατάσταση. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 10% των περιπτώσεων που έχει εντοπιστεί να πάσχει από διατροφικές διαταραχές, σχετίζονται με τον ανδρικό πληθυσμό, αλλά αυτό το ποσοστό μπορεί να είναι υψηλότερο καθώς οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να πάνε σε έναν ειδικό φοβούμενοι ότι θα αμφισβητηθεί η αρρενωπότητά τους. Αυτή η σύνδεση οδηγεί τους άνδρες να αναπτύξουν τον φόβο ότι μπορεί να έχουν προσβληθεί από μια γυναικεία ασθένεια και να βιώνουν τις κοινωνικές συνέπειες από το περιβάλλον τους. Θα έλεγε κανείς ότι πιστεύουν σε ένα είδος κοινωνικής διάκρισης λόγω του ότι πιστεύουν ότι είναι γυναικεία ασθένεια με αποτέλεσμα να την αποκρύπτουν. Από την αρχαιότητα, επικρατούσε η ιδέα ότι τα σώματα των ανδρών πρέπει να είναι δυνατά για να διατηρούν τη σωματική υγεία μέσω της άσκησης, όσο και να συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχική υγεία ακόμη, προκειμένου να διασφαλιστεί η αρμονία του «νούς υγείας εν σώματι υγείη». Ο Πλάτωνας πίστευε ότι η έλλειψη ενέργειας και η αδυναμία ενός ατόμου είναι ενδεικτικές της έλλειψης ανδρείας.

Ο ορισμός της βουλιμίας , που συνδέεται με τον ανδρικό πληθυσμό στην αρχαιότητα και από ετυμολογική άποψη, είναι συνδυασμός των δύο λέξεων «βούζ» (αγελάδα) και «λιμός» (πείνα). Αυτό δηλώνει ότι μπορεί να φάει ένα ολόκληρο βόδι. Ο Ιπποκράτης και ο Αριστοφάνης έχουν αναφερθεί στη «βουλιμία» ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει μια αφύσικη εμμονή με το φαγητό. Ο όρος έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει αισθήματα πείνας, αδυναμίας και λιποθυμίας ως συναισθήματα που μπορεί να προκληθούν από μεγάλες ποσότητες φαγητού.

Οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να καταγράφονται και κατά τον Μεσαίωνα. Ο ορισμός της βουλιμίας τον 14ο αιώνα , χαρακτηρίστηκε ως «κυνορεξία» ή «κυνοειδής όρεξη» κοινώς λαιμαργία. Την περίοδο εκείνη εντοπίζεται η ύπαρξη «ιερής ανορεξίας», στην οποία λόγω της πίστης σε μεγαλύτερες δυνάμεις αρνούταν να τρώνε οι γυναίκες, οι οποίες ονομάστηκαν «ιερές ανορεξικές», όπου έζησαν τον 14ο αιώνα, ενώ η εκκλησία είχε την δύναμη. Μια γυναίκα , η οποία ανέπτυξε πολλές θεραπείες σε νοσοκομεία για τις διατροφικές διαταραχές, λόγω θρησκείας το δισπαστικό της Αικατερίνης Σιένα περιλάμβανε μόνο ψωμί και νερό με αποτέλεσμα να πεθάνει νέα ,όπως και ακολουθούσαν κι άλλες γυναίκες όπου αρνούταν την τροφή.

Η Αναγέννηση σηματοδότησε μια αλλαγή στον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Ως αποτέλεσμα, οι διατροφικές διαταραχές άρχισαν να τεκμηριώνονται τον 19ο αιώνα. Το 1873 αναφέρθηκε για πρώτη φορά ο όρος «υστερική ανορεξία». Ταυτόχρονα, οι όροι νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία επινοήθηκαν από τον Sir William Gal, προσωπικό γιατρό της βασίλισσας Βικτώριας. Οι όροι χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 1979 από τον Βρετανό ψυχίατρο Gerald Russell. Η αυξανόμενη συχνότητα αυτών των περιστατικών στη σύγχρονη εποχή οφείλεται κυρίως στα μέσα του 20ού αιώνα και σήμερα αποτελούν μείζον κοινωνικό πρόβλημα. Είναι περίεργο σε μια εποχή όπου το φαγητό δεν σχετίζεται άμεσα με την επιβίωση σε μια κατάσταση ψυχικής διαταραχής, πως οι διατροφικές διαταραχές που κατατάσσονται επικίνδυνες για την ίδια την ζωή (Χριστίνα, 2012).

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Όπως έχει γίνει ήδη κατανοητό οι διατροφικές διαταραχές συνιστούν σοβαρές ιατρικές καταστάσεις που η έγκαιρη αντιμετώπισή τους είναι μείζονος σημασίας καθότι μπορούν να γίνουν επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με τα στατιστικά οι διατροφικές διαταραχές πλήττουν πάνω από το 4% του συνολικού πληθυσμού και οι δείκτες θνητότητας, κυρίως για την ψυχογενή ανορεξία είναι αρκετά υψηλοί (Hoek & Van Hoeken, 2003, Arcelus et al., 2011, Ward et al., 2015). Τα ευρήματα των ερευνών σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία φαίνεται να συνηγορούν πως η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας και είναι αυτή που

μπορεί να προβλέψει και να ανατρέψει την πορεία της νόσου, αποτρέποντας τις αρνητικές συνέπειες και φέρνοντας θετικά αποτελέσματα για τον πάσχοντα (Russell et al., 1987, Treasure & Russell, 2011). Λαμβάνοντας υπόψιν την πολυπαραγοντική αιτιολογία και την πολυδιάστατη φύση των διατροφικών διαταραχών όπως αυτές επεξηγήθηκαν παραπάνω, γίνεται κατανοητό πως η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να διαμορφώνεται και να επιτηρείται από μία διεπιστημονική ομάδα ειδικών σε διαφορετικά ζητήματα όπως η υγιεινή διατροφή και η σωματική και ψυχική υγεία. Η σωματική ανάκαμψη του πάσχοντα και η απομάκρυνσή του από τους κινδύνους που θα μπορούσαν να αποβούν μοιραίοι για τον ίδιο αποτελεί σαφώς την πρώτη προτεραιότητα. Σε δεύτερο χρόνο, η θεραπευτική προσέγγιση σαφώς αφορά την διατήρηση της σωματικής υγείας αλλά παράλληλα δίδεται έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες που ήγειραν και προάγουν τη διαταραχή και φυσικά στην επίλυση και τη θεραπεία που σχετίζεται με αυτούς (Couturier et al., 2020).

Σύμφωνα με τους Couturier και συνεργάτες (2020), στην έρευνά τους με σκοπό να δημιουργήσουν επίσημες οδηγίες για την θεραπεία παιδιών και εφήβων με διατροφικές διαταραχές, διαπίστωσαν πως οι σχετικοί φορείς σε παγκόσμιο επίπεδο επικεντρώνονται στο να παρέχουν πληροφόρηση για την ιατρική αντιμετώπιση όσων αφορά τα οργανικά ζητήματα και αγνοούν την ψυχοθεραπευτικές και ψυχοφαρμακολογικές μεθόδους. Επιπλέον, δεν δίνεται προσοχή στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Γεγονός που προβληματίζει και δυσκολεύει τη δουλειά των ειδικών, όπως και θέτει ερωτήματα σε σχέση με τις αλλαγές που θα πρέπει να επιτευχθούν με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών (Couturier et al., 2020).

Οι Couturier και συνεργάτες (2020) εξετάζοντας εκατοντάδες άρθρα προκειμένου να προβούν σε ακριβή συμπεράσματα, επισήμαναν πως ο πιο δυνατός ισχυρισμός αφορά την αποτελεσματικότητα της Οικογενειακής Ψυχοθεραπείας σε παιδιά και εφήβους που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα πάσχοντες Ψυχογενούς Ανορεξίας και Ψυχογενούς Βουλιμίας. Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση θέτει τους γονείς υπεύθυνους για την σωματική-οργανική ανάκαμψη των παιδιών τους, καθώς ταυτόχρονα αναλύονται με στόχο την επίλυση οι συναισθηματικοί και

ψυχολογικοί παράγοντες (Couturier, Kimber, & Szatmari, 2013). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τα ευρήματά τους υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της Ομαδικής- Οικογενειακής Θεραπείας για την Ψυχογενή Ανορεξία. Η συγκεκριμένη θεραπεία βασίζεται στη δομή της Οικογενειακής Θεραπείας αλλά αναφέρεται σε πολλαπλές οικογένειες που κάποιο/ κάποια μέλη τους υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές, ταυτόχρονα. Επισημαίνεται πως η συμπαράσταση που δέχονται οι γονείς μεταξύ τους, όπως και η υποστήριξη που παρέχεται μεταξύ συνομηλίκων, δεν θα πρέπει να υποτιμάται ως προς τη θεραπευτική της δράση και πιθανόν να μπορεί να φέρει πολλές θετικές αλλαγές.

Μία ακόμη θεραπευτική προσέγγιση που φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας, είναι η Γνωσιακή- Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία. Επιπλέον, η Ψυχοθεραπεία Εφήβων βασισμένη σε Ψυχοδυναμική προσέγγιση μοιάζει να είναι αποτελεσματική σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Τέλος, σύμφωνα με τα δικά τους ευρήματα η άσκηση μέσω της μεθόδου Yoga ως επικουρική μέθοδος αντιμετώπισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας όπως και της Άλλης Καθοριζόμενης Διαταραχής Σίτισης ή Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα για τους πάσχοντες. Σε επίπεδο ψυχοφαρμακολογίας, οι αγωγές οι οποίες φαίνεται να έχουν αποτελεσματική δράση στα περιστατικά Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι εκείνες που χρησιμοποιούν τις φαρμακευτικές ουσίες ολανζαπίνη και αριπιπραζόλη. Οι ερευνητές επισημαίνουν πως οι παραπάνω θεραπευτικές προσεγγίσεις αναφέρονται σε άτομα τα οποία έχουν ήδη λάβει ιατρική φροντίδα για τα οργανικά συμπτώματά τους και θεωρούνται σταθεροποιημένα όσων αφορά τη σωματική τους υγεία. Επιπλέον, υποδεικνύουν την ανάγκη για την χρήση άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων, πιθανώς πιο εντατικών, στις περιπτώσεις που οι προαναφερθέντες τρόποι αντιμετώπισης αποβούν αναποτελεσματικοί (Couturier et al., 2020).

Μεθοδολογία

Δείγμα

Το δείγμα στην παρούσα έρευνα αποτελούνταν από 137 συμμετέχοντες (N=137), εκ των οποίων οι 112 ήταν γυναίκες (N_{female}=112) και οι 25 ήταν άνδρες (N_{male}=25), ηλικίας άνω των 18 ετών. Η ακριβής ηλικία των συμμετεχόντων δεν προσδιορίστηκε επακριβώς. Ωστόσο, διαχωρίστηκαν σε 6 ηλικιακά γκρουπ, 18-19 ετών, 19-21 ετών, 21-23 ετών, 23-25 ετών, 25-30 ετών και τέλος άνω των 30 ετών. Επιπλέον, το δείγμα ήταν προσβάσιμο, καθότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τα υποκείμενα έγινε μέσω του προγράμματος Google Forms.

Υλικό - Εργαλεία - Διαδικασία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διερεύνησης διατροφικών στάσεων EAT-26. Το EAT-26 αρχικά κατασκευάστηκε από τους Garner και συνεργάτες το 1982. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο για διατροφικές διαταραχές. Παρά ταύτα, θεωρείται το περισσότερο χρησιμοποιούμενο με σκοπό να ανιχνευτεί ο κίνδυνος πιθανής διατροφικής διαταραχής. Το ερωτηματολόγιο ερευνά τις διατροφικές στάσεις, το συναίσθημα και τους τρόπους συμπεριφοράς αναφορικά με τη διατροφή, το φαγητό και σε συνάρτηση με τα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών (Garner et al., 1982)

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τρεις βασικούς άξονες, τις συμπεριφορές σχετιζόμενες με τη διατροφή, τη διαταραγμένη εμμονική σκέψη και ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο που ασκεί το άτομο στα παραπάνω. Το εργαλείο απαρτίζεται από 26 βασικές ερωτήσεις και η κλίμακα που χρησιμοποιείται για τις απαντήσεις είναι Likert έξι βαθμίδων. Οι συμμετέχοντες απαντούν με βάση το ποσοστό συμφωνίας τους με την κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου, σημειώνοντας θετικά σε ένα από τα παρακάτω, 'πάντα', 'συνήθως', 'συχνά', 'μερικές φορές', 'σπάνια' και 'ποτέ'. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται ως εξής, οι απαντήσεις 'ποτέ', 'σπάνια' και 'μερικές

φορές' λαμβάνουν μηδενική βαθμολόγηση, η απάντηση 'συχνά' βαθμολογείται με 1 βαθμό, η απάντηση 'συνήθως' με 2 βαθμούς και η απάντηση 'πάντα' με 3 βαθμούς. Ενώ η ερώτηση 26 έχει αντίστροφη βαθμολόγηση. Συγκεντρωτικά η βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ των 0 και 78 βαθμών. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, το οποίο δεν περιλαμβάνεται στην συνολική βαθμολόγηση, αφορά συμπεριφορικά μοτίβα, εντός του τελευταίου εξαμήνου, που ενδέχεται να σχετίζονται με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά και αποτελείται από 6 ερωτήσεις, 4 ερωτήσεις σε εξαβάθμια κλίμακα Likert, οι οποίες επίσης αναφέρονται στη συχνότητα και 2 επιπλέον κλειστές ερωτήσεις με δυνατότητα απάντησης «ναι» και «όχι» αναλόγως με το αν ο συμμετέχοντας συμφωνεί με την πρόταση ή όχι. Με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές από τους συντάκτες και σταθμιστές του ερωτηματολογίου όταν η συνολική βαθμολογία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο ξεπερνά τους 20 βαθμούς, το άτομο θεωρείται πως βρίσκεται σε επικινδυνότητα για την ανάπτυξη ή την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής. Σαφώς, σε αυτή την περίπτωση είναι θεμιτό να υπάρξει συμβολή ειδικού επαγγελματία σχετιζόμενου με τις διατροφικές διαταραχές (Kalyva, 2009).

Σύμφωνα με τη στάθμιση του ερωτηματολογίου η φαινομενική εγκυρότητα και αξιοπιστία αυτού είναι σημαντικές. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών στάσεων και του Δείκτη Μάζας Σώματος ($r=-0.68$) και όσων αφορά την αξιοπιστία η εσωτερική της συνέπεια στο σύνολό του εργαλείου είναι $\alpha=0.73$, ενώ στις υποκλίμακες κυμαίνεται μεταξύ $\alpha=0.63$ και $\alpha=0.71$ (Καλύβα & Παπαθανασίου, 2008).

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπολογίζεται πως χρειαζόταν 10-20 λεπτά χρόνου από τον συμμετέχοντα, ο οποίος συμπλήρωνε ηλεκτρονικά ο ίδιος το ερωτηματολόγιο μέσω της υπηρεσίας Google Forms. Στο σύνολο του ερωτηματολογίου που ανατέθηκε στους συμμετέχοντες να απαντήσουν, πέραν των δομημένων ερωτήσεων του EAt-26, υπήρξαν και οι ερωτήσεις αναφερόμενες στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα στο ύψος και στο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των υποκειμένων. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται διαιρώντας το βάρος του ατόμου με το ύψος του και διαιρώντας ξανά το αποτέλεσμα με το ύψος του ατόμου. Οι συμμετέχοντες είχαν στη

διάθεσή τους ένα παράδειγμα προκειμένου να αντιληφθούν τη διαδικασία και να υπολογίσουν μόνοι τους το ΔΜΣ τους.

Ηθική και Δεοντολογία

Ο συμμετέχοντες που αναλάμβαναν να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο ενημερώνονταν στα πλαίσια ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας πως επρόκειτο να λάβουν μέρος στη διεξαγωγή μίας ερευνητικής διαδικασίας με σκοπό την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα τις διατροφικές διαταραχές του τμήματος Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Επιπλέον, ενημερώνονταν πως θα τηρηθεί η ανωνυμία τους και πως δεν δύναται να υπάρξει πρόσβαση στα προσωπικά τους δεδομένα. Εννοούντο πως σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας ο συμμετέχοντας μπορούσε να διακόψει τη συμμετοχή του στην έρευνα και να αιτηθεί να μην χρησιμοποιηθούν οι απαντήσεις του στη διεξαγωγή αυτής. Πρόσθετα, γινόταν γνωστό σε αυτούς πως αν παρά ταύτα είχαν οποιοδήποτε παράπονο ή ήθελαν να προβούν σε κάποια καταγγελία σχετική με τη διεξαγωγή της έρευνας θα μπορούσαν να απευθυνθούν στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Σχετικά με καταγγελίες που αφορούν τη διαχείριση των προσωπικών δεδομένων θα μπορούσαν να απευθυνθούν στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ανωτέρω Πανεπιστημιακού Ιδρύματος, κύριο Αγιοπετρίτη Ιωάννη. Τέλος, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν πως σε περίπτωση που το αίτημα τους δεν είχε επιλυθεί κατά τα βήματα που προηγήθηκαν, θα μπορούσαν να απευθυνθούν στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Το έντυπο συγκατάθεσης, το σύνολο του ερωτηματολογίου καθώς και οι απαραίτητοι χρήσιμοι σύνδεσμοι παρατίθενται στο Παράρτημα Β (Παράρτημα Β).

Αποτελέσματα

Για την επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η πλατφόρμα Google Forms όπου και κατατέθηκε το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση και το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics Data Editor 28.0 for Windows. Για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου βαθμολογήθηκαν σύμφωνα με την επίσημη στάθμιση αυτού και όπως έχουν περιγραφεί στο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας.

Συνολικά συμπληρώθηκαν 137 ερωτηματολόγια μέσω της πλατφόρμας Google Forms. Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες ($N_{\text{female}}=112$), όπου και αντιπροσώπευαν το 81.8% του συνόλου των συμμετεχόντων. Οι άνδρες συμμετέχοντες αποτελούσαν το 18.2% του συνόλου του δείγματος ($N_{\text{male}}=25$) (Πίνακας 1, Διάγραμμα 1).

Πίνακας 1.

Φύλο συμμετεχόντων

Φύλο	N	%
Γυναίκες	112	81.8
Άνδρες	25	18,2

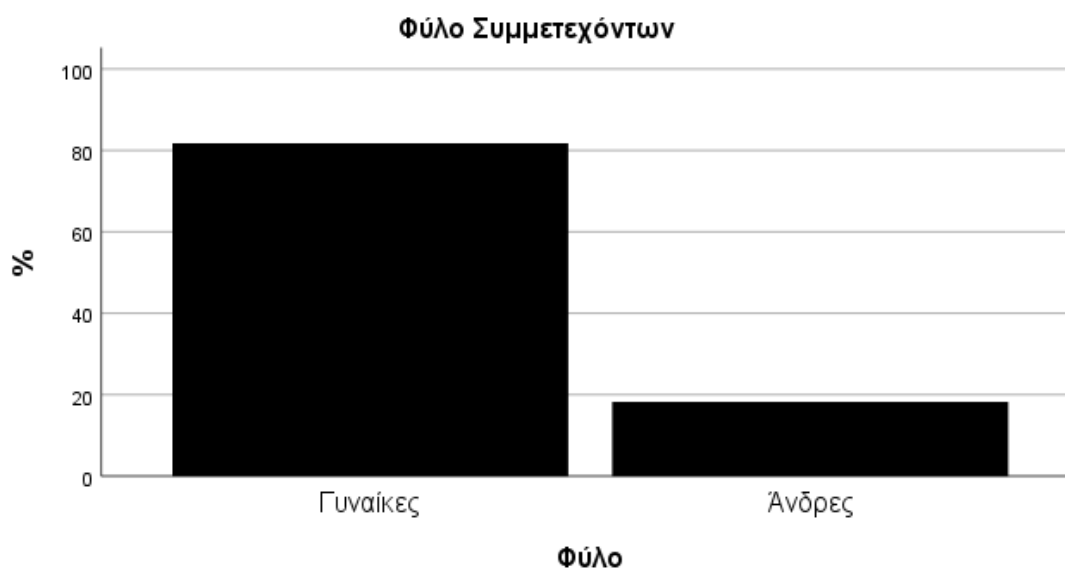
Διάγραμμα 1.

Η ηλικία των συμμετεχόντων δεν προσδιορίστηκε με ακρίβεια. Οι συμμετέχοντες διαχωρίστηκαν σύμφωνα με την ηλικία τους σε 6 ηλικιακά γκρουπ. Το 19% των συμμετεχόντων ανήκε στην ηλικιακή ομάδα «17-19» ετών ($N_{age1}=26$), το 8.8% του δείγματος βρισκόταν στο ηλικιακό γκρουπ «19-21» ετών ($N_{age2}=12$), το 27.7% ανήκε στην ομάδα «21-23» ($N_{age3}=38$), το 25.5% βρισκόταν στην ηλικιακή ομάδα 23-25 ($N_{age4}=35$), το 7.3% του δείγματος αποτελούσε την ηλικιακή ομάδα «25-30» ($N_{age5}=10$) και τέλος το 11.7% των συμμετεχόντων ανήκε στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα «>30» ($N_{age6}=16$) (Πίνακας 2, Διάγραμμα 2).

Πίνακας 2.

Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων

Ηλικιακή ομάδα	N	%
17-19	26	19
19-21	12	8.8
21-23	38	27.7
23-25	35	25.5
25-30	10	7.3
>30	16	11.7



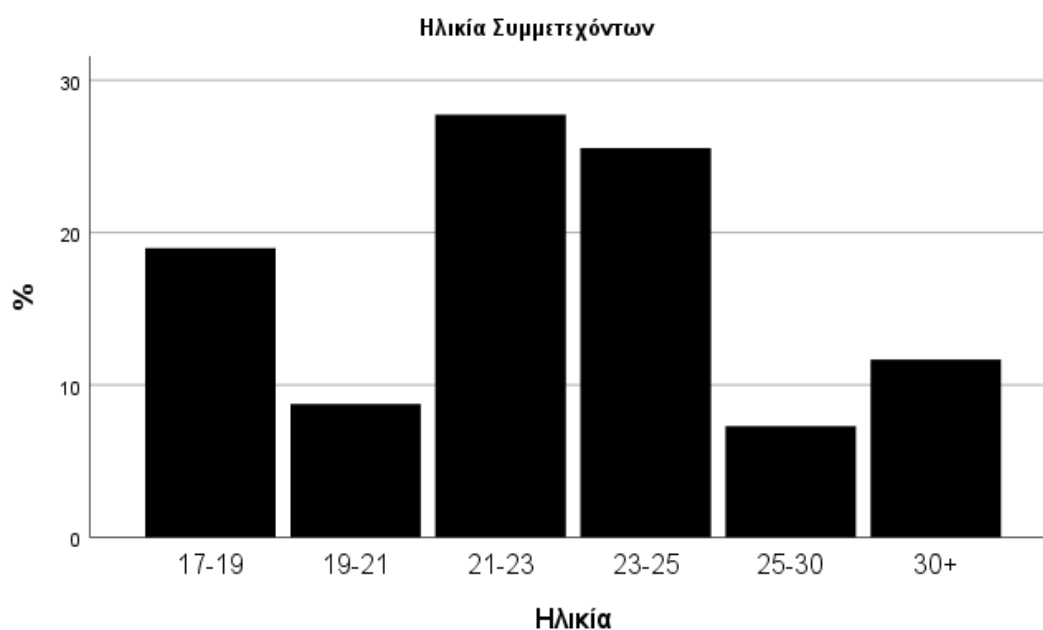
Διάγραμμα 2.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των συμμετεχόντων διαχωρίστηκε επίσης σε 6 υποομάδες σύμφωνα με το πως κατέγραψαν οι ίδιοι το ΔΜΣ τους κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (46.7%, $N_{\text{BMI}18.5-25}=64$) ανέφερε πως ανήκε στην κατηγορία με «ΔΜΣ: 18.5-25». Το 29.9% ($N_{\text{BMI}25-29.9}=41$) του δείγματος ανήκε στην κατηγορία «ΔΜΣ: 25-29.9». Το 14.6% ($N_{\text{BMI}>30}=20$) του δείγματος αποτελούσε την ομάδα με «ΔΜΣ: >30» και το 6.6% ($N_{\text{BMI}17-18.4}=9$) την ομάδα με «ΔΜΣ: 17-18.4». Τέλος, μόνο 2 συμμετέχοντες (1.5%) ανήκαν στην ομάδα με «ΔΜΣ: 15-16.9» και μόνο ένας συμμετέχοντας (0.7%) στην ομάδα με «ΔΜΣ: <15» (Πίνακας 3, Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3.

Δείκτης Μάζας σώματος συμμετεχόντων

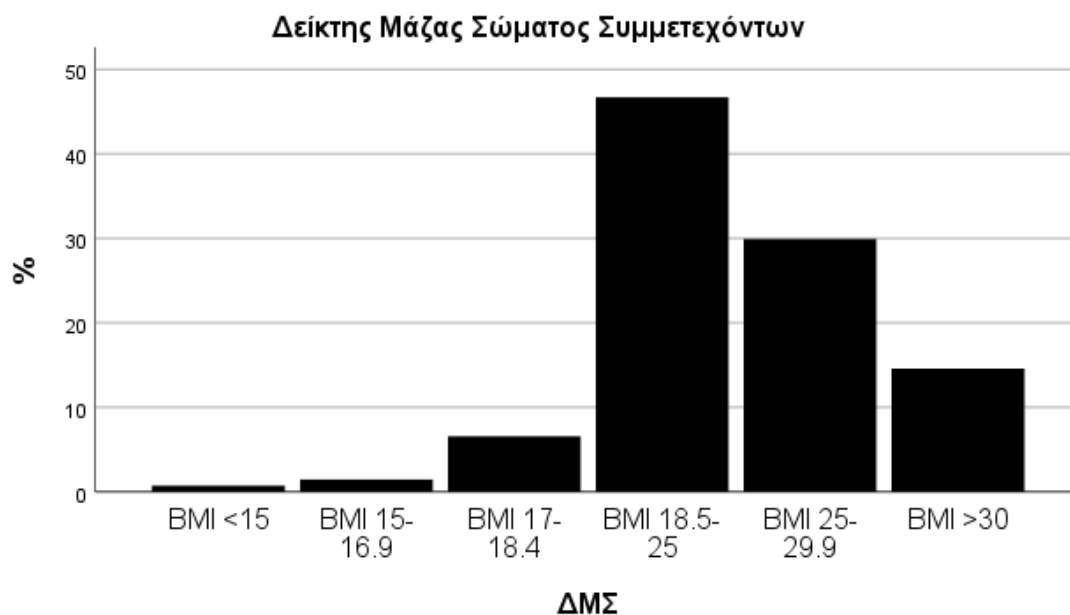
Ομάδες ΔΜΣ	N	%
<15	1	0.7
15-16.9	2	1.5
17-18.4	9	6.6
18.5-25	64	46.7
25-29.9	41	29.9



Διάγραμμα 3.

Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας η βαθμολόγηση του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε EAT-26 για τις διατροφικές στάσεις, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της στάθμισης, προτείνει πως όταν το σύνολο της βαθμολογίας των απαντήσεων είναι ίσο ή ξεπερνά τους 20 βαθμούς, το υποκείμενο παρουσιάζει διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, ενώ όταν το σύνολο της βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 έως 19 το υποκείμενο παρουσιάζει φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Υπολογίζοντας τη βαθμολογία κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά, βρέθηκε πως το 86.1% ($N_{NormalEatingBehavior}=118$) εκ του συνόλου του δείγματος παρουσίαζε φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, ενώ το 13.9% ($N_{DisorderedEatingBehavior}=19$) των συμμετεχόντων παρουσίαζαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (Πίνακας 4, Διάγραμμα 4).

Πίνακας 4.



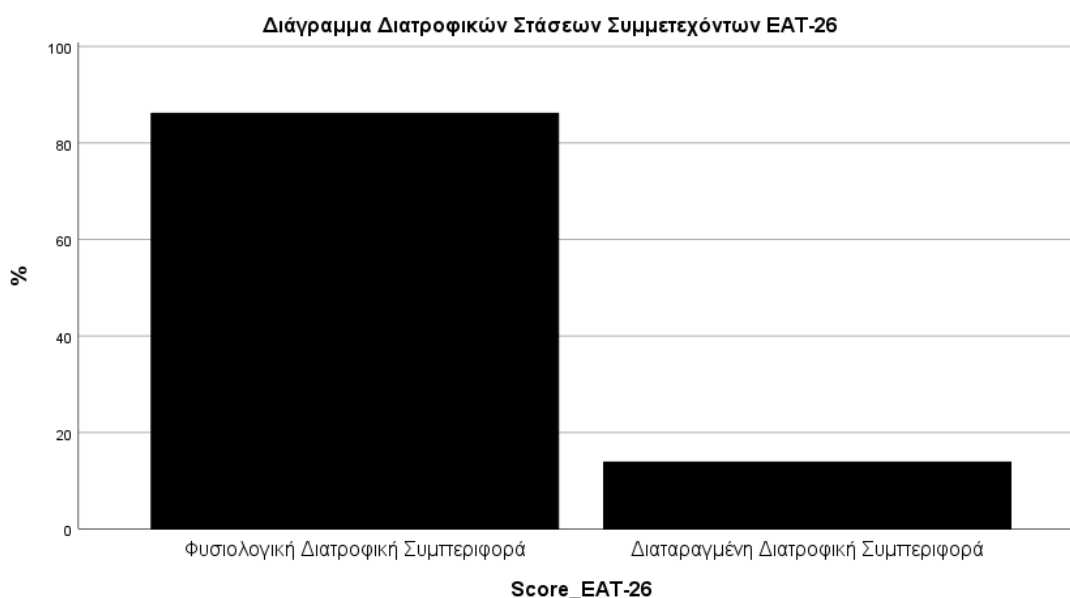
Score EAT-26 διατροφικές στάσεις συμμετεχόντων

	N	%
Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά	118	86,1%
Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά	19	13,9%

Διάγραμμα 4.

Συγκρίνοντας το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI) των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία που έλαβαν στο ερωτηματολόγιο EAT-26 παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχοντες που παρουσίαζαν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά ($N_{\text{NormalEatingBehavior}}=118$) βρίσκονταν κατά πλειοψηφία στις κατηγορίες ΔΜΣ «18.5-25» ($N_{\text{NEB-BMI}18.5-25}= 59, 50\%$) και «25-29.9» ($N_{\text{NEB-BMI}25-29.9}= 35, 29.7\%$). Το 11% ($N_{\text{NEB-BMI}>30}= 13$) του πληθυσμού του δείγματος που παρουσίαζε φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά ανήκε στην κατηγορία ΔΜΣ «>30» και το 6.8% ($N_{\text{NEB-BMI}17-18.4}= 8$) στην κατηγορία ΔΜΣ «17-18.4». Επιπλέον, στην κατηγορία των υγιών διατροφικών στάσεων ανήκαν 2 συμμετέχοντες με ΔΜΣ «15-16.9» (1.7%) και 1 συμμετέχοντας με ΔΜΣ «<15» (0.8%).

Όσον αφορά τη μερίδα του δείγματος που παρουσίαζε διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ($N_{\text{DisorderedEatingBehavior}}=19, 13.9\%$), το 36.8% ($N_{\text{DEB-BMI}>30}= 7$) βρίσκονταν στην κατηγορία με ΔΜΣ «>30», το 31.6% ($N_{\text{DEB-BMI}25-29.9}= 6$) στην κατηγορία ΔΜΣ «25-29.9» το 26.3% ($N_{\text{DEB-BMI}18.5-29}= 5$) στην



ομάδα με ΔΜΣ «18.5-29» και το 5.3% ($N_{\text{DEB-BMI17-18.4}} = 1$) στην ομάδα με ΔΜΣ «17-18.4». Ενώ κανένας συμμετέχοντας που παρουσίαζε διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά δεν βρισκόταν στις κατηγορίες με ΔΜΣ «15-16.9» και «<15» (Πίνακας 5, Διάγραμμα 5).

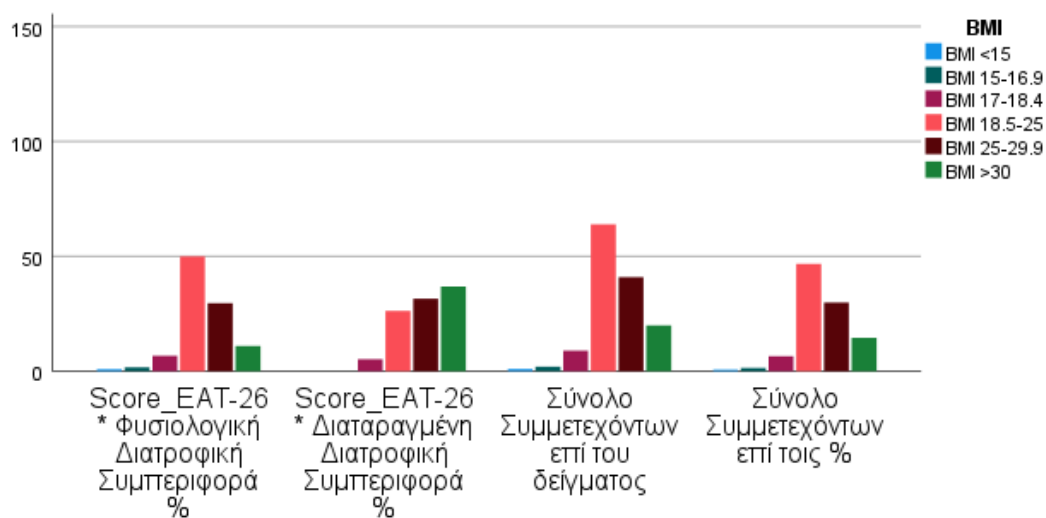
Πίνακας 5.

Δείκτης Μάζας Σώματος σε συνάρτηση με τη βαθμολόγηση του EAT-26

		Score EAT-26 * BMI				Total	
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			
		N	%	N	%	N	%
BMI	BMI <15	1a	0,8%	0a	0,0%	1	0,7%
	BMI 15-16.9	2a	1,7%	0a	0,0%	2	1,5%
	BMI 17-18.4	8a	6,8%	1a	5,3%	9	6,6%
	BMI 18.5-25	59a	50,0%	5a	26,3%	64	46,7%
	BMI 25-29.9	35a	29,7%	6a	31,6%	41	29,9%
	BMI >30	13a	11,0%	7b	36,8%	20	14,6%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

Διάγραμμα 5.

Διάγραμμα αντιστοίχισης BMI (ΔΜΣ) * Score EAT-26



Ωστόσο, παρότι οι νόρμες του ερωτηματολογίου ορίζουν πως ως Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά θα πρέπει να αναφέρονται μόνο οι περιπτώσεις όπου το υποκείμενο σκοράρει 20 ή περισσότερους βαθμούς στο ερωτηματολόγιο EAT-26 (βαθμολογία ≥ 20 , με πιθανή βαθμολογία από 0 έως 78 βαθμούς), παρατηρήθηκε πως υπήρχαν κάποιες οριακές τιμές και πιο συγκεκριμένα 16 συμμετέχοντες (11.7% επί του συνόλου του δείγματος) βαθμολογήθηκαν με 15 ή περισσότερους βαθμούς (15-19 βαθμούς), δηλώνοντας ίσως τάση για ΔΔΣ. Στο παρακάτω διάγραμμα παρατίθενται το σκοράρισμα των συμμετεχόντων σε πραγματικό αριθμό και πως αυτό είναι διασκορπισμένο ποσοστιαία εντός του συνολικού δείγματος (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6.



Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε αντιστοίχιση της ηλικίας και του ΔΜΣ των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στο πίνακα 6. Μέσω αυτής της συσχέτισης παρατηρήθηκε πως στο σύνολο του δείγματος, από το ηλικιακό γκρουπ «17-19» ετών το 19.2% (5/26) ανήκαν στην κατηγορία Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά (ΔΔΣ) σύμφωνα με τη βαθμολόγηση στο ερωτηματολόγιο EAT-26. Από το ηλικιακό γκρουπ «19-21» ετών ανήκε στην κατηγορία ΔΔΣ το 16.7% (2/12). Στην ηλικιακή ομάδα «21-23» ετών το 13.2% (5/38) παρουσίαζε ΔΔΣ. Στην ηλικιακή ομάδα «23-25» ετών το 11.4% (4/35) βρισκόταν στην κατηγορία ΔΔΣ. Ένας συμμετέχοντας από σύνολο 10 συμμετεχόντων από την ηλικιακή ομάδα «25-30» ετών και 2 συμμετέχοντες από σύνολο 16 συμμετεχόντων από την ηλικιακή ομάδα άνω των 30 ετών («>30») βρίσκονταν επίσης στην κατηγορία ΔΔΣ σύμφωνα με τη βαθμολόγηση των απαντήσεων τους στο ερευνητικό εργαλείο.

Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε πως 13 από τους 19 συμμετέχοντες (68.4% επί του συνόλου του δείγματος), ($N_{\Delta\text{ΜΣ}>30}=7/20$, 35% εντός της ομάδας, $N_{\Delta\text{ΜΣ}25-29.9}=6/41$, 14.6% εντός της ομάδας) που παρουσίαζαν ΔΔΣ ανήκαν στις κατηγορίες με ΔΜΣ «25-29.9» και «>30», 5 από τους 19 ($N_{\Delta\text{ΜΣ}18.5-25}=5/64$, 7.8% εντός της ομάδας) με ΔΔΣ ανήκαν στην κατηγορία με ΔΜΣ «18.5-25» και ένας (1) από τους συμμετέχοντες ($N_{\Delta\text{ΜΣ}17-18.4}=1/9$, 11.1% εντός της ομάδας) με ΔΔΣ ανήκε στην κατηγορία με ΔΜΣ «17-18.4» (Πίνακας 6).

Επιπλέον, έγινε εκτίμηση του φύλου σε σχέση με τις ομάδες «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» και «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά». Στο σύνολο της ομάδας «ΔΔΣ» οι 18 συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (94.7%) και ο ένας συμμετέχοντας ήταν άνδρας. Από τους 25 άνδρες συμμετέχοντες το 96% εξ αυτών ανήκαν στην κατηγορία «ΦΔΣ». Ωστόσο λόγω μη ισορροπημένου ως προς το φύλο δείγματος ($N_{\text{γυναίκες}}= 112$, $N_{\text{ανδρες}}= 25$), η εγκυρότητα του αποτελέσματος είναι υπό αμφισβήτηση.

Πίνακας 6.

Αντιστοίχιση Ηλικίας και Δείκτη Μάζας Σώματος Συμμετεχόντων με τη Βαθμολογία στο EAT-26

Ηλικία	Βαθμολογία EAT-26	BMI										Total			
		BMI <15		BMI 15-16.9		BMI 17-18.4		BMI 18.5-25		BMI 25-29.9			BMI >30		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
17-19	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά	1a	100,0%	1a	100,0%	2a	66,7%	8a	100,0%	5a	71,4%	4a	66,7%	21	80,8%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά	0a	0,0%	0a	0,0%	1a	33,3%	0a	0,0%	2a	28,6%	2a	33,3%	5	19,2%
Total		1	100,0%	1	100,0%	3	100,0%	8	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	26	100,0%
19-21	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά			1a,b	100,0%			4a,b	80,0%	5b	100,0%	0a	0,0%	10	83,3%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			0a,b	0,0%			1a,b	20,0%	0b	0,0%	1a	100,0%	2	16,7%
Total				1	100,0%			5	100,0%	5	100,0%	1	100,0%	12	100,0%
21-23	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά					1a,b	100,0%	20b	90,9%	10a,b	90,9%	2a	50,0%	33	86,8%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά					0a,b	0,0%	2b	9,1%	1a,b	9,1%	2a	50,0%	5	13,2%
Total															
23-25	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά					1	100,0%	22	100,0%	11	100,0%	4	100,0%	38	100,0%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			4a	100,0%	17a	89,5%			9a	90,0%	1a	50,0%	31	88,6%
Total						0a	0,0%	2a	10,5%	1a	10,0%	1a	50,0%	4	11,4%
25-30	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά					4	100,0%	19	100,0%	10	100,0%	2	100,0%	35	100,0%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			1a	100,0%	4a	100,0%			2a	66,7%	2a	100,0%	9	90,0%
Total						0a	0,0%	0a	0,0%	1a	33,3%	0a	0,0%	1	10,0%
30+	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά					1	100,0%	4	100,0%	3	100,0%	2	100,0%	10	100,0%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά							6a	100,0%	4a	80,0%	4a	80,0%	14	87,5%
Total						0a	0,0%	0a	0,0%	1a	20,0%	1a	20,0%	2	12,5%
Total	Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά	1a,b	100,0%	2a,b	100,0%	8a,b	88,9%	59b	92,2%	35a,b	85,4%	5	100,0%	16	100,0%
	Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά	0a,b	0,0%	0a,b	0,0%	1a,b	11,1%	5b	7,8%	6a,b	14,6%	7a	35,0%	19	13,9%
Total		1	100,0%	2	100,0%	9	100,0%	64	100,0%	41	100,0%	20	100,0%	137	100,0%

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου EAT-26, το οποίο δεν υπολογίζεται στην συνολική βαθμολόγηση των συμμετεχόντων, αφορά συγκεκριμένες συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά και αφορούν το χρονικό πλαίσιο των τελευταίων έξι μηνών. Οι έξι ερωτήσεις του τρίτου μέρους αντιστοιχίστηκαν με το συνολικό σκοράρισμα των συμμετεχόντων στο EAT-26, διαχωρισμένων στις κατηγορίες Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά «ΦΔΣ» και Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά «ΔΔΣ» και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

Παρακάτω επίσης θα σημειωθούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν στην αντιπαράθεση των ερωτήσεων συμπεριφοράς με τις κατηγορίες ΔΔΣ και ΦΔΣ όπως καταγράφηκαν και ερμηνεύθηκαν από τους πίνακες και τα διαγράμματα. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως :

Αναφορικά με την πρώτη ερώτηση συμπεριφοράς του τρίτου μέρους του ερωτηματολογίου «Α. Είχες κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο όπου ένιωθες ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;», το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου του δείγματος (49.6%, $N_{\Gamma\alpha\text{-}\pi\text{ο}\text{τ}\acute{\epsilon}}= 68$) απάντησε «ποτέ». Ωστόσο, ένα επίσης μεγάλο ποσοστό (27%, $N_{\Gamma\alpha\text{-}1\text{φο}\text{ρ}\acute{\alpha}\text{τ}\text{o}\mu\eta\text{ν}\acute{\alpha}}= 37$) απάντησε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο». Εντός της ομάδος των συμμετεχόντων με ΔΔΣ το 5.3% ($N_{\Delta\Delta\text{Σ}\text{-}\Gamma\alpha\text{-}1\text{φο}\text{ρ}\acute{\alpha}\text{τ}\text{i}\eta\beta\text{δ}\text{o}\mu\acute{\alpha}\delta\alpha= 1$) απάντησε «1 φορά την εβδομάδα» το 15.8% ($N_{\Delta\Delta\text{Σ}\text{-}\Gamma\alpha\text{-}1\text{φο}\text{ρ}\acute{\alpha}\text{τ}\text{o}\mu\eta\text{ν}\acute{\alpha}}=3$) απάντησε «1 φορά το μήνα ή λιγότερο». Οι απαντήσεις «2-3 φορές το μήνα», «2-6 φορές τη βδομάδα» και «ποτέ» έλαβαν ποσοστό 26.3% η κάθε μία ($N_{\Delta\Delta\text{Σ}\text{-}\Gamma\alpha\text{-}2\text{-}3\text{φο}\text{ρ}\epsilon\text{s}\text{τ}\text{o}\mu\eta\text{ν}\acute{\alpha}}=5$, $N_{\Delta\Delta\text{Σ}\text{-}\Gamma\alpha\text{-}2\text{-}6\text{φο}\text{ρ}\epsilon\text{s}\text{τ}\eta\beta\text{δ}\text{o}\mu\acute{\alpha}\delta\alpha}=5$, $N_{\Delta\Delta\text{Σ}\text{-}\Gamma\alpha\text{-}\pi\text{ο}\text{τ}\acute{\epsilon}}=5$) (Πίνακας 7, Διάγραμμα 7).

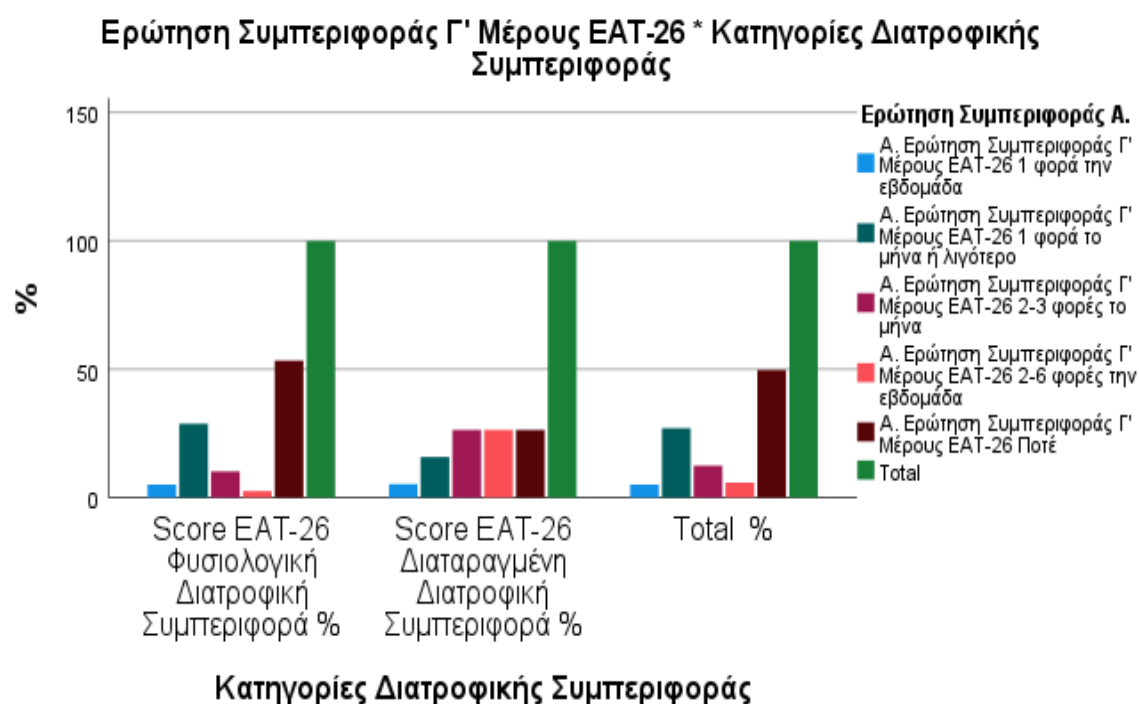
Πίνακας 7.

Ερώτηση Γ1. «Α. Είχες κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο όπου ένιωθες ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;»

Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς

		Score EAT-26				Total	
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			
		N	%	N	%		
Α. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26	1 φορά την εβδομάδα	6 ^a	5,1%	1 ^a	5,3%	7	5,1%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	34 ^a	28,8%	3 ^a	15,8%	37	27,0%
	2-3 φορές το μήνα	12 ^a	10,2%	5 ^b	26,3%	17	12,4%
	2-6 φορές την εβδομάδα	3 ^a	2,5%	5 ^b	26,3%	8	5,8%
	Ποτέ	63 ^a	53,4%	5 ^b	26,3%	68	49,6%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

Διάγραμμα 7.



Η δεύτερη ερώτηση του Γ' μέρους του ερωτηματολογίου, αναφορικά με τη συμπεριφορά «Β. Έχεις κάνει ποτέ εμετό για να ελέγξεις το βάρος σου;»

συμπληρωνόταν επίσης σε εξαβάθμια κλίμακα σχετική με τη συχνότητα. Στην εν λόγω ερώτηση το 93.4% ($N_{\Gamma\beta\text{-}\text{ποτέ}}=128$) του συνολικού δείγματος ($N=137$) επέλεξε την απάντηση «ποτέ». Το υπόλοιπο 6.6% επί του συνολικού δείγματος που απάντησε πως χρησιμοποιεί αυτή την πρακτική από «1 φορά την εβδομάδα» έως «2-3 φορές το μήνα» ήταν μοιρασμένο σχεδόν ισόποσα στις κατηγορίες ΦΔΣ (2.9%, $N_{\Gamma\beta\text{-}\text{άλλο-}\Phi\Delta\Sigma}=4$, 3.3% εντός της ομάδας ΦΔΣ) και ΔΔΣ (3.7%, $N_{\Gamma\beta\text{-}\text{άλλο-}\Delta\Delta\Sigma}=5$, 26.4% εντός της ομάδας ΔΔΣ) (Πίνακας 8, Διάγραμμα 8).

Πίνακας 8.

Ερώτηση Γ2. «Β. Έχεις κάνει ποτέ εμετό για να ελέγξεις το βάρος σου;»

2. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς

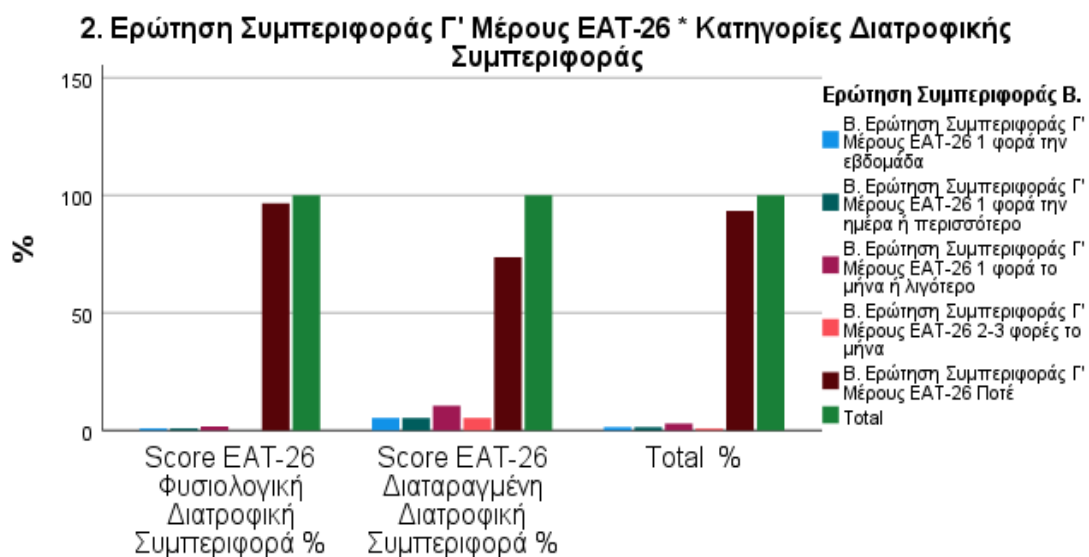
		Score EAT-26				Total	
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			
		N	%	N	%	N	%
Β. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26	1 φορά την εβδομάδα	1a	0,8%	1a	5,3%	2	1,5%
	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο	1a	0,8%	1a	5,3%	2	1,5%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2a	1,7%	2b	10,5%	4	2,9%
	2-3 φορές το μήνα	0a	0,0%	1b	5,3%	1	0,7%
	Ποτέ	114a	96,6%	14b	73,7%	128	93,4%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

Διάγραμμα 8.

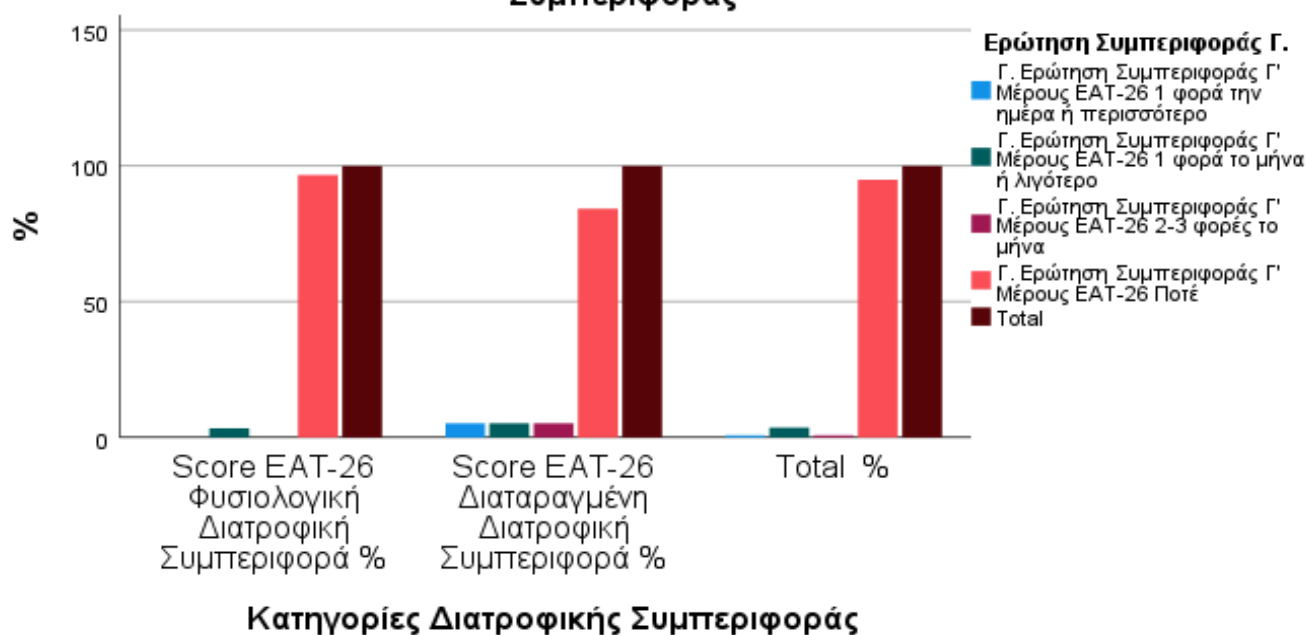
Στην τρίτη ερώτηση του Γ' μέρους του EAT-26 «Γ. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ καθαρτικό, χάπια αδυνατίσματος ή διουρητικά χάπια για να ελέγξετε το βάρος ή το σχήμα του σώματός σας;», το 94.9% (N_{Γγ-ποτέ}=130) του συνόλου του δείγματος επέλεξε την απάντηση «ποτέ». Εντός των ομάδων, το 3.4% (N_{Γγ-άλλο-ΦΔΣ}=4) της κατηγορίας «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» έδωσε την απάντηση «1 φορά το μήνα ή λιγότερο». Οι υπόλοιποι 114 συμμετέχοντες της κατηγορίας ΦΔΣ (96.6% εντός της ομάδας ΦΔΣ) απάντησαν με «ποτέ» στην συγκεκριμένη ερώτηση. Ενώ, στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» τρεις συμμετέχοντες απάντησαν «1 φορά την ημέρα ή περισσότερο», «1 φορά το μήνα ή λιγότερο» και «2-3 φορές το μήνα» αντίστοιχα (συνολικό ποσοστό εντός της ομάδας ΔΔΣ= 15.9%) και οι υπόλοιποι 16 συμμετέχοντες της κατηγορίας ΔΔΣ (84.2%) έδωσαν την απάντηση «ποτέ». (Πίνακας 9, Διάγραμμα 9).

Πίνακας 9.

Ερώτηση Γ3. «Γ. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ καθαρτικό, χάπια αδυνατίσματος ή διουρητικά χάπια για να ελέγξετε το βάρος ή το σχήμα του σώματός σας;»



3. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς



3. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς

		Score EAT-26				Total	
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			
		N	%	N	%		
Γ. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο	0 ^a	0,0%	1 ^b	5,3%	1	0,7%
	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	4 ^a	3,4%	1 ^a	5,3%	5	3,6%
	2-3 φορές το μήνα	0 ^a	0,0%	1 ^b	5,3%	1	0,7%
	Ποτέ	114 ^a	96,6%	16 ^b	84,2%	130	94,9%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

Διάγραμμα 9.

Η τέταρτη ερώτηση του Γ' μέρους του EAT-26 «Δ. Ασκήστε περισσότερο από 60 λεπτά την ημέρα για να χάσετε ή για να ελέγξετε το βάρος σας;» είχε επίσης έξι πιθανές απαντήσεις ανάλογες με τη συχνότητα. Σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις ήταν αρκετά διασκορπισμένες στις έξι 'ομάδες συχνότητας' όπως φαίνεται στον πίνακα 10 και στο διάγραμμα 10. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως το 40.9% ($N_{\Gamma\delta-\text{ποτέ}}= 56$) του συνολικού δείγματος έδωσε την απάντηση «ποτέ», ενώ εντός των ομάδων η ίδια απάντηση («ποτέ») έλαβε ποσοστό 43.2% ($N_{\Gamma\delta-\text{ποτέ}-\text{ΦΔΣ}}= 51$) στην κατηγορία «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» και 26.3% ($N_{\Gamma\delta-\text{ποτέ}-\text{ΔΔΣ}}= 5$) στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά». Το μεγαλύτερο ποσοστό (36.8%, $N_{\Gamma\delta-2-6\text{φορέςτηνεβδομάδα}-\text{ΔΔΣ}}= 7$) εντός της κατηγορίας ΔΔΣ απάντησε στην ερώτηση «2-6 φορές την εβδομάδα» (Πίνακας 10, Διάγραμμα 10).

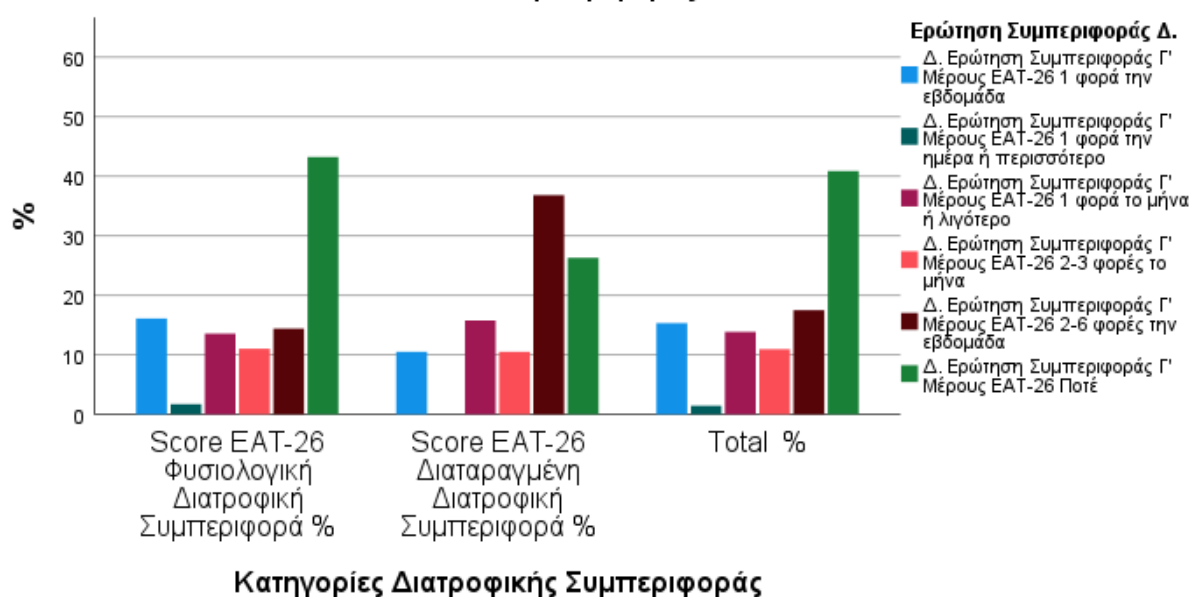
Πίνακας 10.

Ερώτηση Γ4. «Δ. Ασκήστε περισσότερο από 60 λεπτά την ημέρα για να χάσετε ή για να ελέγξετε το βάρος σας;»

4. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς

Δ. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26	Score EAT-26	Score EAT-26				Total	
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά		N	%
		N	%	N	%		
1 φορά την εβδομάδα		19a	16,1%	2a	10,5%	21	15,3%
1 φορά την ημέρα ή περισσότερο		2a	1,7%	0a	0,0%	2	1,5%
1 φορά το μήνα ή λιγότερο		16a	13,6%	3a	15,8%	19	13,9%
2-3 φορές το μήνα		13a	11,0%	2a	10,5%	15	10,9%
2-6 φορές την εβδομάδα		17a	14,4%	7b	36,8%	24	17,5%
Ποτέ		51a	43,2%	5a	26,3%	56	40,9%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

4. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς



Διάγραμμα 10.

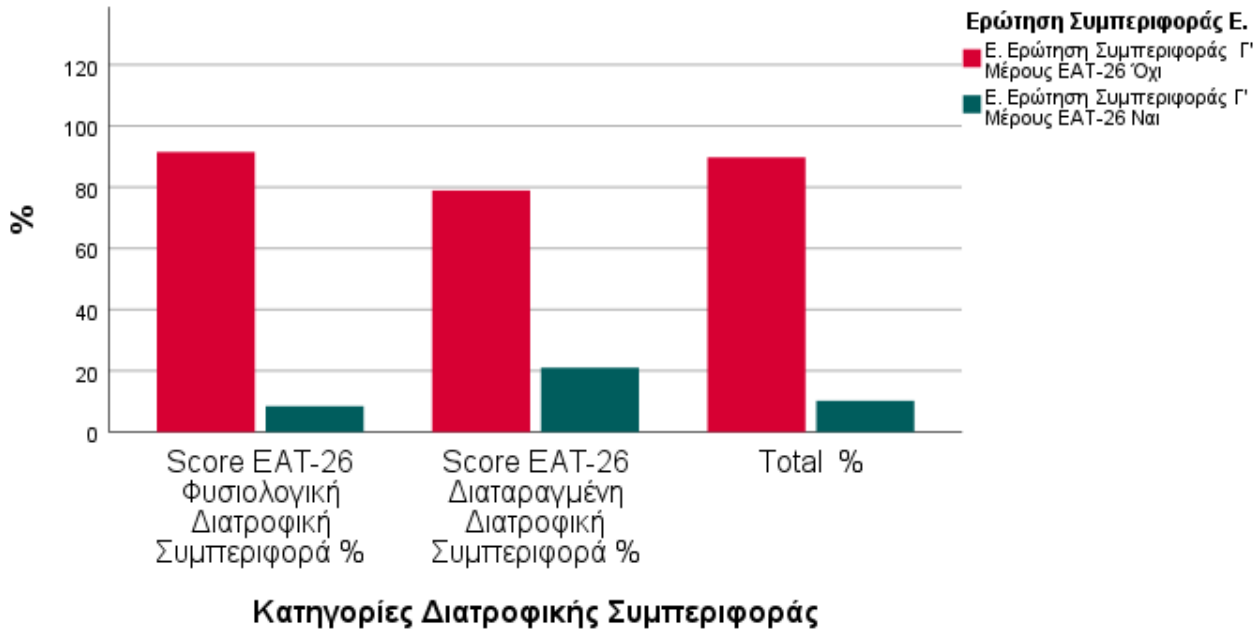
Στην πέμπτη ερώτηση του Γ' μέρους του ερωτηματολογίου EAT-23, ο τρόπος απάντησης άλλαξε και οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν ανάμεσα στις απαντήσεις «ναι» και «όχι» αναλόγως αν συμφωνούσαν με την πρόταση της ερώτησης ή όχι. Στην ερώτηση 5 «Έχασες 9 κιλά τους τελευταίους 6 μήνες;» το 89.8% ($N_{\Gamma\epsilon-\acute{o}\chi\iota}= 123/ 137$) του συνολικού δείγματος της έρευνας απάντησε αρνητικά («όχι») και το 10.2% ($N_{\Gamma\epsilon-\nu\alpha\iota}= 14/ 137$) απάντησε θετικά («ναι»). Από το ποσοστό του συνολικού δείγματος που απάντησε θετικά, το 7.3% (10/108) ανήκε στην κατηγορία «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» και το 2.9% (4/19) ανήκε στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά». Ωστόσο, εντός των ομάδων, οι θετικές απαντήσεις ερμηνεύονται σε ποσοστά 8.5% ($N_{\Gamma\epsilon-\nu\alpha\iota-\Phi\Delta\Sigma}= 10$) για την κατηγορία «ΦΔΣ» και 21.1% ($N_{\Gamma\epsilon-\nu\alpha\iota-\Delta\Delta\Sigma}= 4$) για την κατηγορία «ΔΔΣ». Ενώ οι αρνητικές απαντήσεις («όχι») εντός των ομάδων ερμηνεύονται αντίστοιχα με 91.5% ($N_{\Gamma\epsilon-\acute{o}\chi\iota-\Phi\Delta\Sigma}= 108$) για την κατηγορία «ΦΔΣ» και με 78.9% ($N_{\Gamma\epsilon-\acute{o}\chi\iota-\Delta\Delta\Sigma}= 15$) για την κατηγορία «ΔΔΣ» (Πίνακας 11, Διάγραμμα 11).

Πίνακας 11.

Ερώτηση Γ5. «Έχασες 9 κιλά τους τελευταίους 6 μήνες;»

		Score EAT-26					
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά		Total	
		N	%	N	%	N	%
Ε. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26	Όχι	108 ^a	91,5%	15 ^a	78,9%	123	89,8%
	Ναι	10 ^a	8,5%	4 ^a	21,1%	14	10,2%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

5. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς



Διάγραμμα 11.

Στην έκτη και τελευταία ερώτηση συμπεριφοράς του Γ' Μέρους του ερωτηματολογίου EAT-26, «Στ. Έχετε λάβει ποτέ θεραπεία για διατροφική διαταραχή;», οι συμμετέχοντες έπρεπε και πάλι να επιλέξουν ανάμεσα στις απαντήσεις «ναι» και «όχι» αναλόγως αν συμφωνούσαν με την πρόταση της ερώτησης. Η πλειοψηφία του δείγματος (96.4%, $N_{\Gamma\Sigma\tau-\acute{o}\chi\iota}= 132$) απάντησε αρνητικά («όχι») στην ερώτηση, και μόνο το 5.3% ($N_{\Gamma\Sigma\tau-\nu\alpha\iota}= 5$) του συνολικού δείγματος έδωσε θετική απάντηση («ναι») στην συγκεκριμένη ερώτηση. Μόνο 1 συμμετέχοντας (5.3% εντός της «ΔΔΣ», 1/19) που ανήκε στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» απάντησε θετικά στην εν λόγω ερώτηση και επιπλέον 4 συμμετέχοντες (3.4% εντός της «ΦΔΣ», 4/118) που ανήκαν στην κατηγορία «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» (Πίνακας 12, Διάγραμμα 12).

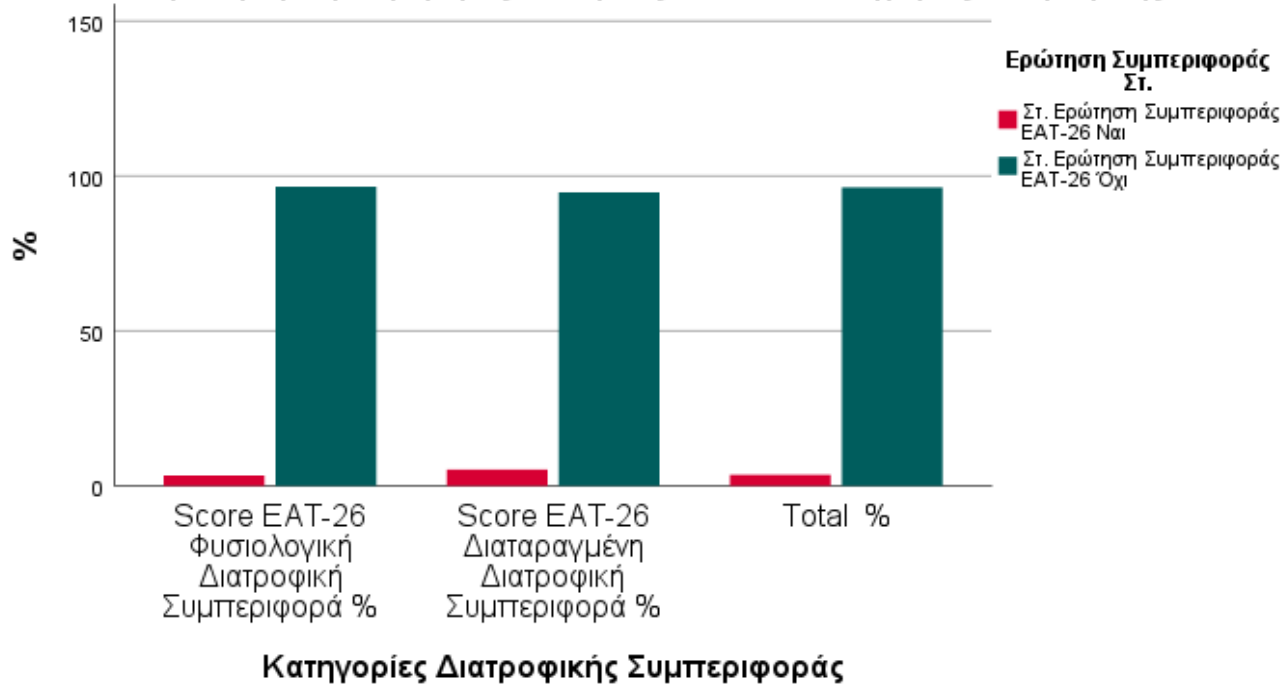
Πίνακας 12.

Ερώτηση Γ6. «Στ. Έχετε λάβει ποτέ θεραπεία για διατροφική διαταραχή;»

6. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής Συμπεριφοράς

		Score EAT-26				Total	
		Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά		Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά			
		N	%	N	%	N	%
Στ. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26	Ναι	4 _a	3,4%	1 _a	5,3%	5	3,6%
	Όχι	114 _a	96,6%	18 _a	94,7%	132	96,4%
Total		118	100,0%	19	100,0%	137	100,0%

6. Ερώτηση Συμπεριφοράς Γ' Μέρους EAT-26 * Κατηγορίες Διατροφικής ...



Διάγραμμα 12.

Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των διατροφικών στάσεων στην Ελλάδα κατά το έτος 2022 -ενόσω βρισκόταν εν εξελίξει η πανδημία του κορονοϊού- σε συνάρτηση με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI) των συμμετεχόντων. Επίσης έγινε περιγραφική σύγκριση συγκεκριμένων μοτίβων συμπεριφοράς που αφορούν διατροφικές διαταραχές με τις κατηγορίες «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» («ΦΔΣ») και «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» («ΔΔΣ») όπως προέκυψαν από το σκοράρισμα των συμμετεχόντων στο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη στα Ελληνικά έκδοση του ερωτηματολογίου διατροφικών στάσεων EAT-26, η οποία αξιολογούσε τους συμμετέχοντες αναφορικά με τις στάσεις, τη συμπεριφορά, το συναίσθημα και τις σκέψεις απέναντι στη διατροφή και το φαγητό, όπως και τον έλεγχο που ασκούν σε αυτά. Επιπλέον, το συγκεκριμένο εργαλείο ερευνά και την ύπαρξη συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής ή αλλιώς τον κίνδυνο 'Διαταραγμένης Διατροφικής Συμπεριφοράς' (Garner et al., 1982, Kalyva, 2009, Καλύβα & Παπαθανασίου, 2008).

Στα πλαίσια της ερευνητικής διαδικασίας χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση προκειμένου να ερμηνευτούν τα αποτελέσματα. Η προσοχή εστιάστηκε στη βαθμολογία που σκόραραν οι συμμετέχοντες στο ερευνητικό εργαλείο EAT-26 κυρίως σε σχέση με τον Δείκτη Μάζας Σώματός τους που ήταν το κύριο ανθρωπομετρικό χαρακτηριστικό που λήφθηκε μέσω του ερωτηματολογίου αλλά και με άλλους παράγοντες όπως η ηλικία των συμμετεχόντων. Επιπροσθέτως, τα 'μοτίβα συμπεριφοράς' που αποτελούν το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου συγκρίθηκαν περιγραφικά στο σύνολο του δείγματος αλλά και εντός των ομάδων «ΦΔΣ» και «ΔΔΣ».

Στο σύνολο του δείγματος που αποτελούνταν από 137 συμμετέχοντες. Οι 19 εξ αυτών (13.9%) παρουσίαζαν Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά (ΔΔΣ) σύμφωνα με τη βαθμολογία που έλαβαν στο ερωτηματολόγιο

διατροφικών στάσεων και με βάση τις νόρμες της ελληνικής στάθμισης του συγκεκριμένου εργαλείου. Το υπόλοιπο 86.1% (NΦυσιολογικήΔιατροφικήΣυμπεριφορά= 118) φάνηκε να παρουσιάζει Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά (ΦΔΣ) σύμφωνα με το σκοράρισμα στο ερωτηματολόγιο και λαμβάνοντας υπόψιν τις νόρμες βαθμολόγησης που ορίζουν τη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά και τη διαχωρίζουν από τη διαταραγμένη διατροφική στάση. Ωστόσο, παρατηρήθηκε πως ένα μέρος του δείγματος είχε λάβει στο ερωτηματολόγιο οριακή βαθμολογία (≥ 15 , ενώ η νόρμα ορίζει ≥ 20 = διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, κίνδυνος διατροφικής διαταραχής). Το ποσοστό αυτό αφορούσε το 11.7% του συνόλου του δείγματος, υποδηλώνοντας πιθανή τάση για «ΔΔΣ».

Τα αποτελέσματα αναφορικά με τη συσχέτιση που παρατηρήθηκε περιγραφικά μεταξύ των ομάδων «ΦΔΣ» και «ΔΔΣ» και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ήταν κατά κύριο λόγο αναμενόμενα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως παρότι στο σύνολο του δείγματος το μεγαλύτερο ποσοστό (46.7%) ανήκε στην κατηγορία με ΔΜΣ «18,5-25», στην ομάδα με «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (36.8%) ανήκε στην κατηγορία με ΔΜΣ «>30» και το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (31.6%) ανέφερε πως είχε ΔΜΣ «25-29.9». Το αντίστοιχο μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας με «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» (50%) ανήκε στην κατηγορία με ΔΜΣ «18.5-25».

Όπως γίνεται φανερό, ο Δείκτης Μάζας Σώματος ήταν αισθητά μεγαλύτερος στους συμμετέχοντες που φάνηκε να παρουσιάζουν διαταραχή στη διατροφική τους συμπεριφορά σε σχέση με τους συμμετέχοντες που παρουσίαζαν (σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο ερευνητικό εργαλείο), φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Από την έρευνα αναμενόταν πως οι συμμετέχοντες που θα βρίσκονταν στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» θα παρουσίαζαν ΔΜΣ μεγαλύτερο ή μικρότερο του 'φυσιολογικού'. Ενώ, οι συμμετέχοντες που θα βρίσκονταν στην κατηγορία «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» θα παρουσίαζαν κατά κύριο λόγο ΔΜΣ εντός των φυσιολογικών πλαισίων.

Όπως έχει αναφερθεί στο εισαγωγικό μέρος της εργασίας, τα άτομα που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές (ΔΔ) συχνά έχουν βάρος σώματος που βρίσκεται εκτός των πλαισίων του 'φυσιολογικού' όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, που έχει οριστεί και επεξηγηθεί αναλυτικότερα στο εισαγωγικό μέρος, αποτελεί ένα στατιστικό δείκτη που προσφέρει μία εκτίμηση για την ποσότητα του λίπους που βρίσκεται στο σώμα. Ο Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας ορίζει για τους ενήλικες άνω των 20 ετών πως οι τιμές ΔΜΣ μικρότερες του 18.5 δηλώνουν ελλιπές βάρος, οι τιμές μεταξύ 18.5- 24.9 υποδεικνύουν φυσιολογικό βάρος, οι τιμές 25-29.0 φανερώνουν προ- παχυσαρκία και οι τιμές άνω των 30 επισημαίνουν την ύπαρξη παχυσαρκίας (WHO, 2022).

Συγκεκριμένα, η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από το ιδιαίτερα χαμηλό βάρος που βρίσκεται κάτω από τα όρια του 'φυσιολογικού' και θεωρείται μη υγιές και επικίνδυνο για τη ζωή του ατόμου. Ιδιαίτερα για την ψυχογενή ανορεξία το DSM-5 αναφέρει πως οι πάσχοντες συνήθως έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος μικρότερο ή ίσο με 18.5kg/ m².

Εν αντιθέσει με τους πάσχοντες της ψυχογενούς ανορεξίας, οι πάσχοντες της ψυχογενούς βουλιμίας συχνά παρουσιάζουν ελαφρώς αυξημένο βάρος, ακόμη και φυσιολογικό, ή είναι υπέρβαροι, σύμφωνα με το DSM-5. Όσων αφορά τους πάσχοντες της διαταραχής της επεισοδιακής υπερφαγίας, το DSM-5 αναφέρει πως τα συγκεκριμένα άτομα είναι συνήθως υπέρβαρα και παχύσαρκα ή μπορεί να παρουσιάζουν οριακά φυσιολογικό βάρος.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπως αυτά αναφέρθηκαν παραπάνω, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που βρίσκονταν στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» (68.4%) και που σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του εργαλείου συνίσταται να επισκεφθούν κάποιον ειδικό για τις διατροφικές διαταραχές, παρουσίασαν Δείκτη Μάζας Σώματος ο οποίος υποδείκνυε είτε προ- παχυσαρκία, είτε παχυσαρκία. Πιο συγκεκριμένα, το 36.8% βρισκόταν στην κατηγορία ΔΜΣ που επισημάνα την ύπαρξη παχυσαρκίας και το 31.6% ανήκε στην κατηγορία με ΔΜΣ που υποδείκνυε προ-παχυσαρκία. Αντιθέτως, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων της ομάδας που αποτελούσε την

κατηγορία «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» (50%), ανήκε στην κατηγορία με ΔΜΣ που υποδεικνυε την ύπαρξη φυσιολογικού βάρους. Ακολουθώντας τα παραπάνω στοιχεία και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι θεμιτό να δημιουργηθεί η υπόθεση πως το μεγαλύτερο μέρος της ομάδας των συμμετεχόντων που ανήκαν στην κατηγορία «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» και είχαν ΔΜΣ μεγαλύτερο του φυσιολογικού πιθανόν να είναι πάσχοντες διατροφικών διαταραχών και πιο συγκεκριμένα πάσχοντες ψυχογενούς βουλιμίας ή επεισοδιακής υπερφαγίας, που όπως αναφέρθηκε συνήθως παρουσιάζουν αυξημένο ΔΜΣ. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ξανά πως η ύπαρξη ΔΜΣ ο οποίος βρίσκεται μέσα στα όρια του φυσιολογικού δεν συνιστά απαραίτητως μη ύπαρξη διατροφικής διαταραχής, διότι όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν πάσχοντες διατροφικών διαταραχών οι οποίοι αν και πλήττονται από τη διαταραχή παρουσιάζουν φυσιολογικό ΔΜΣ. Επίσης να σημειωθεί και πάλι πως ο ΔΜΣ δεν είναι από μόνος του ένας επαρκής δείκτης απόδειξης της κατάστασης της υγείας του ατόμου, καθότι υφίσταται και ο παράγοντας των ατομικών διαφορών. Παρά ταύτα, η μερίδα των συμμετεχόντων για τους οποίους γίνεται λόγος παρουσίαζαν, πέρα από ΔΜΣ μεγαλύτερο του φυσιολογικού, διατροφικές στάσεις που σύμφωνα με τις νόρμες του ερευνητικού εργαλείου αποτελούν πιθανόν παθολογική διατροφική συμπεριφορά και κίνδυνο διατροφικών διαταραχών.

Παρότι σύμφωνα με τις έρευνες αρκετοί παράγοντες όπως η εξιδανίκευση του αδύνατου σώματος και του χαμηλού βάρους, η δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος, η συνεχής προσπάθεια για τη μείωση του βάρους μέσω δίαιτας, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού και η κατάσταση της ψυχικής υγείας, αποτελούν πιθανούς προγνωστικούς δείκτες για την εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας και διαταραχής υπερφαγίας (Rohde, Stice, & Marti, 2014, Stice, 2016, Stice et al., 2016, Le et al., 2017), δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις πως αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Η πιο αδιάσειστη ένδειξη για την πρόγνωση εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας παραμένει η ύπαρξη ΔΜΣ μικρότερου του φυσιολογικού (Stice, 2016). Πρόσθετοι πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες σχετικοί με την ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν την σεξουαλική και την σωματική κακοποίηση, όπως και τη συμμετοχή των ατόμων σε αθλήματα και

επαγγέλματα που επιβάλλουν αυστηρούς κανόνες σχετικά με το βάρος και την εικόνα του σώματος των αθλητών και των επαγγελματιών αντίστοιχα (Mitchison & Hay, 2014, Le et al., 2017).

Ένα μεγάλο μέρος των ερευνών αναφέρει πως συχνά παρατηρούνται φυσιολογικές τιμές ΔΜΣ στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία (Hudson, et al., 2007, Probst et al., 2004) και έτσι το αυξημένο βάρος και η παχυσαρκία έχουν συνδεθεί κατά κύριο λόγο με τη διαταραχή υπερφαγίας (Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003, Vancampfort et al., 2013, Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). Παρά ταύτα, υπάρχουν έρευνες οι οποίες επισημαίνουν πως παρατηρείται αύξηση του βάρους με πιθανή παχυσαρκία σε όλες τις διατροφικές διαταραχές, εξελικτικά στη διάρκεια της ζωής (Bulik, et al., 2012, Villarejo et al., 2012). Σε αυτό το λόγο πιθανολογούν οι ερευνητές πως μπορεί να οφείλεται ο επιπολασμός του 70% των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων εντός των διαταραχών της ψυχογενούς βουλιμίας και υπερφαγίας (Hudson, et al., 2007, Kessler et al., 2013).

Παρά το γεγονός πως οι διατροφικές διαταραχές συχνά συνδέονται με αυτοκτονικές τάσεις και αυτοκτονία, οι έρευνες που συσχετίζουν τον ΔΜΣ με την αυτοκτονία είναι αντικρουόμενες. Υπάρχουν ενδείξεις πως οι ακραίες τιμές του ΔΜΣ, είτε αρκετά υψηλές, είτε αρκετά χαμηλές σχετίζονται με απόπειρες αυτοκτονίας. Εντούτοις, φαίνεται πως όταν υπάρχει συνύπαρξη υψηλού ΔΜΣ με διαταραχή υπερφαγίας, τότε φαίνεται η συσχέτιση να είναι σημαντική. Ωστόσο, καθώς όπως έχει αναφερθεί στο εισαγωγικό μέρος η διαταραχή υπερφαγίας εντάχθηκε μόνο κατά την τελευταία έκδοση του διαγνωστικού εργαλείου DSM, τα αποτελέσματα των ερευνών δεν είναι ακόμη σαφή και απόλυτα έγκυρα και αναμένεται η μελλοντική έρευνα να αποσαφηνίσει τις υπάρχουσες ενδείξεις (Brown, LaRose, & Mezuk, 2018).

Σύμφωνα με το DSM-5 αλλά και ένα μεγάλο μέρος των ερευνών, οι τρεις ευρέως γνωστές διατροφικές διαταραχές, ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία και η διαταραχή υπερφαγίας, συναντώνται συχνότερα στους έφηβους και στους νεαρούς ενήλικες και τα στοιχεία του επιπολασμού δείχνουν πως τα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν με σημαντική διαφορά αναλογίας, το γυναικείο φύλο.

Στην παρούσα έρευνα αν και έγινε κατηγοριοποίηση αναφορικά με την ηλικία και το φύλο, το δείγμα στις κατηγορίες δεν ήταν ισορροπημένο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις και τα αποτελέσματα να είναι αμφισβητήσιμα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως η ομάδα που παρουσίασε «ΔΔΣ» αποτελούνταν κατά πλειοψηφία από γυναίκες (94.7%). Ενώ η πλειοψηφία των ανδρών του δείγματος (96%) βρισκόταν στην κατηγορία «ΦΔΣ». Γεγονός που συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Παρά ταύτα, η συσχέτιση σε ένα ισορροπημένο δείγμα, είναι αυτή που θα έδινε έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα όσων αφορά την πιθανότητα του φύλου σαν προγνωστικό παράγοντα για τις διατροφικές διαταραχές.

Αναφορικά με την ηλικία, στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες και της κατηγορίας «ΦΔΣ» αλλά και της κατηγορίας «ΔΔΣ» ήταν διάσπαρτα κατανεμημένοι στα ηλικιακά γκρουπ που δημιουργήθηκαν. Επίσης, το δείγμα δεν ήταν ισορροπημένο ούτε ως προς τα ηλικιακά γκρουπ που διαχωρίστηκαν οι συμμετέχοντες με σκοπό τη διερεύνηση του παράγοντα της ηλικίας στη διατροφική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53.2%) να βρίσκεται στις ηλικιακές ομάδες «21-23» ετών και «23-25» ετών και αρκετά μικρότερο μέρος του δείγματος να ανήκει στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες «17-19» ετών (19%) και «19-21» ετών (8.8%) αλλά και στις μεγαλύτερες ηλικίες των γκρουπ «25-30» ετών (7.3%) και «άνω των 30» ετών (11.7%). Το γεγονός αυτό, περιόριζε την εγκυρότητα που θα μπορούσε να παρουσιάσει η οποιαδήποτε συσχέτιση της ηλικίας με τη διατροφική συμπεριφορά. Παρά ταύτα, επισημαίνεται πως το 26.3% των συμμετεχόντων που παρουσίασαν «ΔΔΣ», και αποτελούσε το ένα από τα δύο μεγαλύτερα ποσοστά στις ηλικιακές ομάδες, ανήκε στο ηλικιακό γκρουπ «17-19» ετών, που όπως αναφέρθηκε ήταν τρίτο σε ποσοστό συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε μοτίβα συμπεριφοράς τα οποία σχετίζονται με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και διατροφικές διαταραχές εν γένει. Τα αποτελέσματα από αυτό το κομμάτι του ερευνητικού εργαλείου ερμηνεύτηκαν επίσης με περιγραφική στατιστική και αναπαράστηκαν σε πίνακες και γραφήματα προκειμένου να γίνει σαφής η

εικόνα της πιθανής σχέσης της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς με τα συγκεκριμένα συμπεριφορικά μοτίβα.

Η πρώτη ερώτηση σχετική με τα συμπεριφορικά μοτίβα, αφορούσε την ύπαρξη υπερφαγικού επεισοδίου εντός των τελευταίων 6 μηνών. Σύμφωνα με το DSM-5 αλλά και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τα υπερφαγικά επεισόδια εντοπίζονται κατά κανόνα στην ψυχογενή βουλιμία και στην διαταραχή υπερφαγίας και αρκετά πιο σπάνια στην ψυχογενή ανορεξία. Εντούτοις, υπάρχουν έρευνες οι οποίες αναφέρουν πως κατά πλειοψηφία οι πάσχοντες της ψυχογενούς ανορεξίας εξελικτικά μεταβαίνουν σε περιόδους με υπερφαγικά επεισόδια χρησιμοποιώντας παράλληλα αντισταθμιστικές μεθόδους για τον έλεγχο του βάρους (Serra et al., 2021).

Αυτό που παρατηρήθηκε στα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης στην παρούσα έρευνα ήταν πως αν και το μεγαλύτερο ποσοστό (49.6%) επί του συνολικού δείγματος απάντησε πως «ποτέ» τους τελευταίους 6 μήνες δεν είχε κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο, τα αποτελέσματα εντός των κατηγοριών «ΦΔΣ» και «ΔΔΣ» είχαν μεταξύ τους ανισότητα. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με «ΔΔΣ» απάντησαν πως δεν είχαν κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο τους τελευταίους 6 μήνες σε ποσοστό 26.3% και οι συμμετέχοντες με «ΦΔΣ» σε ποσοστό 53.4%. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με «ΔΔΣ» οι οποίοι ανέφεραν πως είχαν κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο τους τελευταίους 6 μήνες (με συχνότητα από δύο -τρεις φορές την εβδομάδα έως μία φορά το μήνα ή λιγότερο) αποτελούσαν το 73.7% της κατηγορίας. Ενώ στην ομάδα «ΦΔΣ» οι συμμετέχοντες που απάντησαν πως είχαν κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο αποτελούσαν το 46.6% της συγκεκριμένης κατηγορίας. Παρότι το 73.7% όσων απάντησαν πως είχαν υπερφαγικό επεισόδιο, ενώ σύμφωνα με τα δεδομένα παρουσίαζαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά είναι συντριπτικό, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και αναμενόμενο. Ωστόσο, το 46.6% των ατόμων που σύμφωνα με τα δεδομένα παρουσίαζαν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά και παραδέχτηκαν πως είχαν κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο τους τελευταίους έξι μήνες, δεν ήταν κάτι που αναμενόταν να βρεθεί στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί πως η υπερφαγία και η διαταραχή υπερφαγίας δεν συνιστούν την ίδια οντότητα. Όπως αναφέρθηκε στο εισαγωγικό μέρος, στη διαταραχή υπερφαγίας θα πρέπει να πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια. Αν θέλαμε να διαχωρίσουμε εν συντομία τις δύο αυτές οντότητες, θα σημειώναμε πως και κατά τις δύο καταστάσεις υπάρχει κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα, αλλά κατά την διαταραχή υπερφαγίας συναντάται επίσης και η σωματική και ψυχική δυσαρέσκεια μετά την ολοκλήρωση του γεύματος αλλά και η αίσθηση πως το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του σε σχέση με την κατανάλωση του φαγητού. Επίσης, στη διαταραχή υπερφαγίας τα επεισόδια συμβαίνουν με μεγάλη συχνότητα (Salas-Wright, et al., 2019).

Όπως παρατηρήθηκε στην παρούσα έρευνα, οι συμμετέχοντες που παρουσίαζαν «ΦΔΣ» αλλά παρά ταύτα ανέφεραν πως είχαν υπερφαγικό επεισόδιο στη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, στην πλειοψηφία τους (61.8%) ανέφεραν πως αυτό συνέβη μία φορά το μήνα ή λιγότερο. Στην ομάδα με «ΔΔΣ» η συχνότητα των επεισοδίων φαινόταν να έχει κατά κύριο λόγο μεγαλύτερη συχνότητα.

Ωστόσο, τόσο η διαταραχή υπερφαγίας, όσο και η υπερφαγία με μικρότερη συχνότητα, είναι γνωστό πως σχετίζονται με αρκετές δυσμενείς συνέπειες, όπως το αρκετά αυξημένο βάρος και η δυσκολία διατήρησης ενός φυσιολογικού βάρους, η σοβαρή παχυσαρκία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες, η δυσκολία στον ύπνο, το αίσθημα δυσαρέσκειας, την καταθλιπτική διάθεση και τη γενικότερη δεινή κατάσταση της υγείας (Udo et al., 2016, Mustelin et al., 2017).

Τέλος, πλειάδα σύγχρονων ερευνών επισημαίνει πως υπήρξε τεράστια αύξηση της υπερφαγίας από την έναρξη της πανδημίας και ειδικότερα κατά την περίοδο της καραντίνας του Covid-19 (Scarmozzino, & Visioli, 2020, Di Renzo, et al., 2020, Sidor, & Rzymiski, 2020, Owen, et al., 2021, Cooper et al., 2022). Η παρούσα έρευνα ήταν σε εξέλιξη κατά τη διάρκεια της καραντίνας αλλά και τους πρώτους μήνες μετά την άρση αυτής, ενώ η πανδημία συνέχιζε να είναι ακόμη εν εξέλιξη.

Το επόμενο συμπεριφορικό μοτίβο που διερευνήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου EAT-26, αφορούσε τον έλεγχο του βάρους με αντισταθμιστική μέθοδο και συγκεκριμένα τον προκλητό εμετό. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γνωρίζουμε πως η συγκεκριμένη πρακτική συναντάται κατά κόρον στην ψυχογενή βουλιμία, σε μεγάλο ποσοστό στην ψυχογενή ανορεξία και σπανιότερα στην διαταραχή υπερφαγίας. Στο σύνολο του δείγματος, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (93.4%) ανέφερε πως «ποτέ» δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτή την πρακτική. Σε επίπεδο ομάδων όμως, παρατηρήθηκε πως το 26.4% στην κατηγορία συμμετεχόντων με «ΔΔΣ» παραδέχτηκε πως έχει χρησιμοποιήσει την πρακτική του προκλητού εμετού τους τελευταίους 6 μήνες για τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Ενώ, το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα των συμμετεχόντων που παρουσίαζαν «ΦΔΣ» ήταν 3.3%.

Παρά το γεγονός πως και οι πάσχοντες της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως και οι πάσχοντες της ψυχογενούς βουλιμίας, χρησιμοποιούν την πρακτική του προκλητού εμετού όπως και άλλων αντισταθμιστικών μεθόδων για να ελέγξουν το βάρος τους και για να αποφύγουν την αύξηση αυτού, οι βουλιμικοί ασθενείς συχνά έχουν φυσιολογικό βάρος, ή είναι οριακά υπέρβαροι (Rome, & Strandsjord, 2016). Σε αντίθεση με την ψυχογενή βουλιμία που τα άτομα συνήθως μετά τα υπερφαγικά επεισόδια, χρησιμοποιούν αντισταθμιστικές μεθόδους, στην διαταραχή υπερφαγίας συνήθως τα υπερφαγικά επεισόδια δεν ακολουθούνται από αντισταθμιστικές πρακτικές. Ως εκ τούτου, τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή υπερφαγίας έχουν συνήθως αυξημένο βάρος ή είναι παχύσαρκα (Hilbert, 2019).

Στην παρούσα έρευνα το 68.4% των συμμετεχόντων με «ΔΔΣ» ήταν υπέρβαροι (31.6%) ή παχύσαρκοι (36.8%), το 26.3% είχαν φυσιολογικό βάρος και μόνο το 5.3% βρισκόταν κάτω από τα όρια του φυσιολογικού βάρους. Συνδυαστικά με τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου συμπεριφορικού μοτίβου γίνεται αντιληπτό πως οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες θα ήταν πιθανότερο να πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ή διαταραχή υπερφαγίας, αν υφίσταντο η ύπαρξη κάποιας διατροφικής διαταραχής.

Το επόμενο συμπεριφορικό μοτίβο το οποίο ελέγχθηκε αφορά τις υπόλοιπες συνήθειες αντισταθμιστικές πρακτικές για τον έλεγχο του βάρους και συγκεκριμένα η ερώτηση που απάντησαν οι συμμετέχοντες ανέφερε αν έχουν χρησιμοποιήσει καθαρτικό, χάπια αδυνατίσματος ή διουρητικά χάπια για να ελέγξουν το βάρος τους. Όπως η πρακτική του προκλητού εμετού, έτσι και οι υπόλοιπες αντισταθμιστικές μέθοδοι ακολουθούνται κατά κύριο λόγο από πάσχοντες ψυχογενούς βουλιμίας και ψυχογενούς ανορεξίας, οι οποίοι φοβούμενοι πως θα αυξηθεί το βάρος τους, χρησιμοποιούν αυτές τις «καθαρτικές» («purging type») μεθόδους με στόχο να αντισταθμίσουν την κατανάλωση φαγητού και να ελέγξουν το βάρος τους.

Σε αυτή την ερώτηση το 15.9% των συμμετεχόντων που παρουσίαζαν «ΔΔΣ» έναντι του 3.4% των συμμετεχόντων με «ΦΔΣ», ανέφεραν πως έχουν χρησιμοποιήσει τη συγκεκριμένη μέθοδο. Παρόλα αυτά, το μεγαλύτερο ποσοστό και του συνόλου του δείγματος (94.9%) αλλά και της ομάδας με «ΔΔΣ» (84.2%) απάντησε πως δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτή την πρακτική τους τελευταίους 6 μήνες.

Άλλη μία πρακτική που χρησιμοποιείται από τους πάσχοντες διατροφικών διαταραχών είναι η εξαντλητική άσκηση με σκοπό τον έλεγχο του βάρους και την αντιστάθμιση της κατανάλωσης φαγητού. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν ασκούνται περισσότερο από 60 λεπτά της ημέρα για να χάσουν βάρος ή για να ελέγξουν το βάρος τους. Ένα μεγάλο ποσοστό της ομάδας με «ΔΔΣ» (36.8%) απάντησε πως ασκείται με σκοπό το χάσιμο και τον έλεγχο του βάρους, δύο έως έξι φορές την εβδομάδα, έναντι ενός μικρότερου ποσοστού (14.4%) στην ομάδα με «ΦΔΣ». Επιπλέον, ήταν μεγάλος ο αριθμός των συμμετεχόντων και στις δύο ομάδες που απάντησαν πως δεν έχουν ασκηθεί καθόλου τους τελευταίους έξι μήνες (43.2% για την ομάδα «ΦΔΣ» και 26.3% για την ομάδα με «ΔΔΣ»).

Η εξαντλητική άσκηση βρίσκεται εντός των κριτηρίων για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, αλλά όχι της ψυχογενούς ανορεξίας. Ωστόσο, σύμφωνα με τις έρευνες, αν και συναντάται συχνότερα στην ψυχογενή βουλιμία, είναι μία μέθοδος που χρησιμοποιείται και από τους πάσχοντες της ψυχογενούς ανορεξίας, ίσως σε μικρότερη συχνότητα. Στη διαταραχή

υπερφαγίας δεν φαίνεται να γίνεται χρήση αυτής της μεθόδου (Mond, & Gorrell, 2021).

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν έχουν χάσει εννέα ή περισσότερα κιλά τους τελευταίους έξι μήνες. Σε αυτή την ερώτηση το 21.1 % των συμμετεχόντων της ομάδας με «ΔΔΣ» έναντι του 8.5% της ομάδας με «ΦΔΣ» απάντησαν πως έχουν χάσει εννέα ή περισσότερα κιλά. Ωστόσο, τα συντριπτικά ποσοστά σε αυτή την ερώτηση αναφέρονταν σε αρνητική απάντηση (91.5% για την «ΦΔΣ» και 78.9% για την «ΔΔΣ».

Συγκεντρωτικά, συνδυάζοντας το ΔΜΣ και τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων που παρουσίαζαν «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» στις ερωτήσεις που αφορούσαν συμπεριφορικά μοτίβα για τις διατροφικές διαταραχές, παρατηρήθηκε πως το 68.4% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι (31.6%) ή παχύσαρκοι (36.8%), το 26.3% είχαν φυσιολογικό βάρος και το 5.3% βρισκόταν κάτω από τα όρια του φυσιολογικού βάρους, ενώ το 73.7% εξ αυτών παραδέχτηκε πως είχε τουλάχιστον ένα υπερφαγικό επεισόδιο το μήνα για τους τελευταίους 6 μήνες. Επιπλέον το 26.4% εξ αυτών ανέφερε πως έχει χρησιμοποιήσει την πρακτική του προκλητού εμετού και το 15.9% άλλες αντισταθμιστικές μεθόδους (καθαρτικά, διουρητικά, χάπια αδυνατίσματος) προκειμένου να χάσουν βάρος ή να ελέγξουν το βάρος τους. Ακολουθώντας αυτά τα στοιχεία και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κατά την οποία τα υπέρβαρα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές συνήθως πλήττονται από ψυχογενή βουλιμία, ενώ στη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας τα άτομα συνήθως είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, πιθανολογείται πως οι συμμετέχοντες που στην παρούσα έρευνα παρουσίασαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, ίσως βρίσκονται σε κίνδυνο για τις δύο παραπάνω διαταραχές, και όπως εκτιμάται από τις νόρμες του εργαλείου EAT-26 θα πρέπει να συμβουλευτούν κάποιον ειδικό διατροφικών διαταραχών.

Παρά ταύτα, μόνο το 5.3% από τους συμμετέχοντες της ομάδας που παρουσίαζαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ανέφεραν πως έχουν λάβει θεραπευτική βοήθεια για διατροφικές διαταραχές. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Ali και συνεργατών (2017) υπάρχουν αρκετοί

παράγοντες που αποστρέφουν τους πάσχοντες διατροφικών διαταραχών από το να ζητήσουν την θεραπευτική βοήθεια που χρειάζονται. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι συχνότεροι λόγοι που οι πάσχοντες δεν αναζητούν βοήθεια είναι το στίγμα και η ντροπή που νιώθουν για την κατάσταση που βρίσκονται και για τις συμπεριφορές που παρουσιάζουν, όπως και η άρνηση και η αδυναμία να αποδεχτούν τη σοβαρότητα της διαταραχής την οποία βιώνουν. Επιπλέον, οι πάσχοντες συχνά αναφέρουν και τα πρακτικά εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν με κυριότερο το κόστος της θεραπείας την οποία πρέπει να ακολουθήσουν. Επιπροσθέτως, συχνά αναφέρεται η έλλειψη κινήτρου για αλλαγή, η αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία, η έλλειψη ενθάρρυνσης για αναζήτηση θεραπείας από τον περίγυρο και η έλλειψη γνώσης σχετικά με το πως και που θα αναζητήσουν θεραπεία. Στην ίδια ανασκόπηση αναφέρεται πως τα συνήθη κίνητρα για αναζήτηση θεραπείας από τους πάσχοντες διατροφικών διαταραχών είναι τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν ή η συναισθηματική δυσμένεια που βιώνουν και οι ανησυχίες τους σχετικά με την συνολική κατάσταση της υγείας τους (Ali et al., 2017).

Όπως έχει αναφερθεί στην περιγραφή των διατροφικών διαταραχών στο εισαγωγικό μέρος της εργασίας, οι πάσχοντες αυτών βιώνουν συχνά προβλήματα υγείας αλλά και έντονη ψυχική δυσφορία. Έχουν συχνά αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό και επίσης συχνά συναντάται συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές αλλά και η χρήση ουσιών. Παρά τις διαφορές μεταξύ των διαταραχών, ο κοινός γνώμονας παραμένει η δυσλειτουργία σε επίπεδο σκέψης, αντιλήψεων και συναισθήματος. Αρκετά συχνά, η έναρξη των διατροφικών διαταραχών μπορεί να έπεται τραυματικών ή άλλων στρεσογόνων γεγονότων. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω οι παράγοντες που επηρεάζουν την αναζήτηση βοήθειας των πασχόντων είναι αρκετοί και περιλαμβάνουν κοινωνικούς, οικονομικούς και ψυχολογικούς λόγους. Παρά ταύτα, η συνεχιζόμενη έρευνα στο πεδίο των διατροφικών διαταραχών, επισημαίνει πως η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση είναι οι παράγοντες που φέρουν την καλύτερη πρόβλεψη για τους πάσχοντες των διατροφικών διαταραχών.

Περιορισμοί της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν ικανοποιητικού μεγέθους (N=137) προκειμένου να παραχθούν αποτελέσματα. Ωστόσο, το δείγμα δεν ήταν ισορροπημένο ως προς το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων, να υπάρχουν δηλαδή ισόποσες ομάδες ως προς τον αριθμό των συμμετεχόντων στην κάθε κατηγορία. Αυτό περιόρισε την έρευνα σε επίπεδο παραγωγής αποτελεσμάτων που θα ήταν έγκυρα και αξιόπιστα ως προς τον παράγοντα του φύλου και της ηλικίας.

Παρότι ο αριθμός του συνολικού δείγματος ήταν ικανοποιητικός, οι συμμετέχοντες που παρουσίασαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ήταν 19 στον αριθμό. Η σύγκριση μεταξύ των ομάδων «Φυσιολογική Διατροφική Συμπεριφορά» και «Διαταραγμένη Διατροφική Συμπεριφορά» επιτεύχθηκε, ωστόσο είναι αμφιλεγόμενο αν τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να γενικευθούν.

Μία ακόμη ανησυχία που προέκυψε, εφόσον οι ερευνητές δεν είχαν άμεση επαφή με τους συμμετέχοντες, ήταν αν οι δεύτεροι είχαν οποιαδήποτε απορία κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου τους, η οποία δεν κατάφερε να εκφραστεί. Επ' αυτού του θέματος, υπήρξε η πρόσθετη ανησυχία, αν οι συμμετέχοντες κατάφεραν να υπολογίσουν σωστά το Δείκτη Μάζας Σώματός τους, παρά του ότι τους προσφέρθηκαν οδηγίες για τη διαδικασία.

Μελλοντική έρευνα

Οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα σίγουρα περιλαμβάνουν τη χρήση περισσότερων ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών (όπως η μέτρηση των κιλών και η μέτρηση περιφερειών του σώματος) των συμμετεχόντων με σκοπό τα αποτελέσματα να έχουν μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Για τον ίδιο λόγο προτείνεται η χρήση μεγαλύτερου δείγματος συμμετεχόντων. Επίσης, πιθανόν οι επαφές των ερευνητών με τους συμμετέχοντες να

διευκόλυε την μελλοντική έρευνα και να μείωνε τους περιορισμούς που υπήρξαν στην παρούσα.

Μέσω της παρούσας εργασίας, της έρευνας και της βιβλιογραφικής επισκόπησης, έγινε σαφές πως οι άνθρωποι που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές βιώνουν έντονη σωματική και ψυχολογική δυσφορία και μεγάλες δυσκολίες στην καθημερινότητα τους. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές τους διέπονται από την παθολογία της διαταραχής και καθορίζουν τη ζωή τους, δημιουργώντας επιπλέον ζητήματα κοινωνικής και ψυχολογικής φύσεως.

Συχνά οι πάσχοντες δεν αναζητούν βοήθεια φοβούμενοι το στίγμα και νιώθοντας ντροπή για αυτό που βιώνουν, είτε διότι δεν έχουν την συμπαράσταση που χρειάζονται, είτε γιατί δεν γνωρίζουν που θα πρέπει να απευθυνθούν για να ζητήσουν βοήθεια. Ωστόσο, μέσω της βιβλιογραφίας έγινε κατανοητό πως τόσο η πρόληψη όσο και η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση είναι κρίσιμης σημασίας για την πορεία των διατροφικών διαταραχών.

Τέλος, όπως έγινε φανερό μέσω των ερευνών η πανδημία του Covid-19 και κυρίως η περίοδος της καραντίνας, αύξησαν δραματικά την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών και αυτό το γεγονός αδιαμφισβήτητα θα αποτυπωθεί στην μελλοντική έρευνα (Scarmozzino, & Visioli, 2020, Di Renzo, et al., 2020, Sidor, & Rzymiski, 2020, Owen, et al., 2021, Cooper et al., 2022).

Με βάση τα παραπάνω, θεωρείται ιδιαίτερος σημαντικό η μελλοντική έρευνα να έχει κατεύθυνση βοηθητική ως προς την πρόληψη και την έγκαιρη παρέμβαση των διατροφικών διαταραχών αλλά και την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με αυτές.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Αγγλικές:

Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2013). Eating disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.

Azzeh, M., Peachey, G., & Loney, T. (2022). Prevalence of High-Risk Disordered Eating Amongst Adolescents and Young Adults in the Middle East: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5234.

Brown, K. L., LaRose, J. G., & Mezuk, B. (2018). The relationship between body mass index, binge eating disorder and suicidality. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-9.

Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S39–S46. <https://doi.org/10.1002/eat.10204>

Bulik, C. M., Marcus, M. D., Zerwas, S., Levine, M. D., & La Via, M. (2012). The changing “weightscape” of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1031–1036. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010147>

Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 532-536.

Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E. M., & Anderson, L. M. (2022). Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating disorders*, 30(1), 54-76.

Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., ... & Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-80.

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.

Darukhanavala, A., Merjaneh, L., Mason, K., & Le, T. (2021). Eating disorders and body image in cystic fibrosis. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 26, 100280.

Di Renzo L., Gualtieri P., Pivari F. et al.(2020) Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med* 18, 229

Eddy, K. T., Lawson, E. A., Meade, C., Meenaghan, E., Horton, S. E., Misra, M., ... & Miller, K. K. (2014). Appetite regulatory hormones in women with anorexia nervosa: binge-eating/purging versus restricting type. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(1), 1225.

Eichin, K. N., Georgii, C., Arend, A. K., Van Dyck, Z., & Blechert, J. (2022). (Mouse cursor)-Tracking food decisions in binge eating disorder reveals preference for high-energy foods and a role of BMI. *Appetite*, 170, 105890.

Fond, G., de Verville, P. S., Richieri, R., Etchecopar-Etchart, D., Korchia, T., Faugere, M., ... & Boyer, L. (2021). Redefining peripheral inflammation signature in schizophrenia based on the real-world FACE-SZ cohort. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 111, 110335.

- Fraser, C. N., Möller, S. P., & Knowles, S. R. (2022). Understanding disease-specific and non-specific factors predicting disordered eating in adults with coeliac disease. *Appetite*, 168, 105744.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33-43.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Kalyva, E. (2009). Comparison of eating attitudes between adolescent girls and without Asperger syndrome. Daughters' and mothers' reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 480-486
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holland, L. A., & Bodell, L. P. (2012). Empirical classification of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 381-404.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 711-718.

Le, L. K. D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 53, 46-58.

Levinson, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., ... & Bulik, C. M. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *Journal of abnormal psychology*, 126(3), 340.

Lutz, A. P., Dierolf, A., Van Dyck, Z., Georgii, C., Schnepfer, R., Blechert, J., & Vögele, C. (2021). Mood-induced changes in the cortical processing of food images in bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 113, 106712.

MacNeil, B. A. (2022). Examining predictors of menstrual irregularity among women receiving outpatient treatment for an eating disorder: Psychiatric diagnosis, age of onset, physical, and psychological symptoms. *Psychiatry Research Communications*, 2(2), 100049.

Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders-a subjective review. *Psychiatr Pol*, 50(3), 497-507.

Mitchison, D., & Hay, P. J. (2014). *The Epidemiology of Eating Disorders: Genetic, Environmental, and Societal Factors*.

Mond, J., & Gorrell, S. (2021). "Excessive exercise" in eating disorders research: problems of definition and perspective. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1017-1020.

Mustelin, L., Bulik, C. M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2017). Prevalence and correlates of binge eating disorder related features in the community. *Appetite*, 109, 165-171.

National Institute of Mental Health, (2021) <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>

Nicula, M., Pellegrini, D., Grennan, L., Bhatnagar, N., McVey, G., & Couturier, J. (2022). Help-seeking attitudes and behaviours among youth with eating disorders: a scoping review. *Journal of eating disorders*, 10(1), 1-18.

Owen, A. J., Tran, T., Hammarberg, K., Kirkman, M., & Fisher, J. R. (2021). Poor appetite and overeating reported by adults in Australia during the coronavirus-19 disease pandemic: A population-based study. *Public health nutrition*, 24(2), 275-281.

Porrás-García, B., Ferrer-García, M., Serrano-Troncoso, E., Carulla-Roig, M., Soto-Usera, P., Miquel-Nabau, H., ... & Gutiérrez-Maldonado, J. (2021). AN-VR-BE. A randomized controlled trial for reducing fear of gaining weight and other eating disorder symptoms in anorexia nervosa through virtual reality-based body exposure. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 682.

Probst, M., Goris, M., Vandereycken, W., Pieters, G., Vanderlinden, J., & Van Coppenolle, H. (2004). Body composition in bulimia nervosa patients compared to healthy females. *European Journal of Nutrition*, 43(5), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s00394-004-0473-3>

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2014). Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors During Adolescence: Implications for Prevention Efforts. *International Journal of Eating Disorders*.

Rome, E. S., & Strandjord, S. E. (2016). Eating disorders. *Pediatrics in Review*, 37(8), 323-336.

Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 44(12), 1047-1056.

Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Miller, D. P., Hahm, H. C., Scaramutti, C., Cohen, M., ... & Schwartz, S. J. (2019). Overeating and binge eating among immigrants in the United States: new terrain for the healthy immigrant hypothesis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(8), 1007-1017.

Scarmozzino F. & Visioli F. (2020) Covid-19 and the subsequent lockdown modified dietary habits of almost half the population in an Italian sample. *Foods* 9, 675.

Serra, R., Di Nicolantonio, C., Di Febo, R., De Crescenzo, F., Vanderlinden, J., Vrieze, E., ... & Tarsitani, L. (2021). The transition from restrictive anorexia nervosa to bingeing and purging: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-9.

Sidor A. & Rzymiski P. (2020) Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *Nutrients* 12, 1657

Stice, E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annual review of clinical psychology*, 12, 359-381.

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2016). Risk Factors That Predict Future Onset of Each Dsm– 5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females

Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S19-S29.

Treasure, J. , Duarte, T. A. , & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The lancet*. Lancet Publishing Group. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3).

Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7.

Udo, T., White, M. A., Lydecker, J. L., Barnes, R. D., Genao, I., Garcia, R., ... & Grilo, C. M. (2016). Biopsychosocial correlates of binge eating disorder in Caucasian and African American women with obesity in primary care settings. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 181-186.

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515.

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., ... Probst, M. (2013). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disability and Rehabilitation*, 35(26), 2191–2196. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.771707>

Villarejo, C., Fernandez, Aranda, F., Jimenez, Murcia, S., Penas, ~ ... Menchon, J. M. (2012). Lifetime obesity in patients with eating disorders: Increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 250–254. <https://doi.org/10.1002/erv.2166>

Ward, A., Ramsay, R., Russell, G., & Treasure, J. (2015). Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 860-865.

Weigel, A., Löwe, B., & Kohlmann, S. (2019). Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 195-204.

Weir, C. B., & Jan, A. (2019). BMI Classification Percentile And Cut Off Points. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); PMID: 31082114.

WHO. 2022. A healthy lifestyle - WHO recommendations (6 May 2010). <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), <https://doi.org/10.1002/eat.10209>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Ελληνικές:

Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. (2008). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές 2008 – 2012, file:///C:/Users/stefa/Downloads/DIATROFH_TELIKO.pdf

Καλύβα, Ε., & Παπαθανασίου, Α. (2008). Διατροφικές συνήθειες, αυτοπεποίθηση και Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιών και εφήβων. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εξελικτικής Ψυχολογίας, Αθήνα.

Λάσκαρης, Κ.(2017). Ποιοι κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές.Kontasou.com, <https://kontasou.com/%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CE%B9-%CE%BA%CE%B9%CE%BD%CE%B4%CF%85%CE%BD%CE%B5%CF%8D%CE%BF%CF%85%CE%BD-%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%83%CF%8C%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%B4%CE%B9/>

Λιάββα, Ε. (2019). Διατροφικές διαταραχές, τύποι, αίτια, αντιμετώπιση.Maxmag.gr, <https://www.maxmag.gr/soma-igia/diatrofikes-diataraches-typoi-aitia-antimetopisi/>

Μουζακίτη, Ε.(2021). Διατροφικές διαταραχές: Τι είναι και πώς να τις αντιμετωπίσεις. Athensvoice.gr, <https://www.athensvoice.gr/life/health/732330-diatrofikes-diatarahesti-einai-kai-pos-na-tis-antimetopiseis>

Μπάλη , Χ , (2018), ΝΕΥΡΙΚΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ. Psychotherapeutiko.gr, <https://www.psychotherapeutiko.gr/%CE%BD%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BF%CF%81%CE%B8%CE%BF%CF%81%CE%B5%CE%BE%CE%AF%CE%B1/>

Μπέλλος, Σ., Σκαπινάκης, Π., Πετρική, Π., Μαυρέας Β. (2014). Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνομώνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ενήλικους. Πρόγραμμα ΨΥΧΟΔΙΑΒΑΣΗ: Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων ψυχικών διαταραχών, file:///C:/Users/stefa/Downloads/guidelines_eating_.pdf

Ξανθάκη, Α.(2015). Διαταραχές-Σίτισης , πως να βοηθήσω κάποιον με διατροφική διαταραχή. Klinikilyrakou.gr, <https://www.klinikilyrakou.gr/blog/diataraxes-sitisis/pws-na-voithisw-kapoiou-me-diatrofiki-diataraxi.html>

Πάσχου, Σ., Ψαλτοπούλου, Θ., Δημόπουλος, Δ. (2021). Αυξήθηκαν οι διατροφικές διαταραχές σε εφήβους κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. iatronet.gr, <https://www.iatronet.gr/article/102131/ayxhthkan-oi-diatrofikes-diataraxes-se-efhvoys-kata-th-diarkeia-ths-pandhmias-covid19>

Σιούτα, Μ.Ρ. (2020). Τι είναι οι Διατροφικές Διαταραχές. Mednutrition.gr, <https://www.mednutrition.gr/diitologos/blog/16795-ti-einai-oi-diatrofikes-diataraxes>

Χατζηδημητρίου. (2021). Μεγάλη αύξηση των διατροφικών διαταραχών εν μέσω πανδημίας. iatronet.gr, <https://www.iatronet.gr/article/101613/megalh-ayxhsh-ton-diatrofikon-diatarahon-en-meso-pandhmias>

Ψάλτη, Ε. (2019). Νευρική ανορεξία, Ygeiamou.gr. <https://www.ygeiamou.gr/blogs/nevriki-anorexia-afora-oli-tin-ikogenia/>

Ψάλτη, Ν. (2019). Οι διατροφικές διαταραχές προειδοποιούν δυο χρόνια νωρίτερα. Ποια είναι τα σημάδια , Ygeiamou.gr, <https://www.ygeiamou.gr/%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B5%CE%BE%CE%B5%CE%BB%CE%AF%CE%BE%CE%B5%CE%B9%CF%82/32816/i-diatrofikes-diataraches-proidopioun-dio-chronia-noriterapia-ine-ta-simadia/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Eating and Feeding Disorders are characterized by a persistent disturbance of eating or eating-related behavior that results in the altered consumption or absorption of food and that significantly impairs physical health or psychosocial functioning. Diagnostic criteria are provided for *pica, rumination disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder.*

The diagnostic criteria for rumination disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder result in a classification scheme that is mutually exclusive, so that during a single episode, only one of these diagnoses can be assigned. The rationale for this approach is that, despite a number of common psychological and behavioral features, the disorders differ substantially in clinical course, outcome, and treatment needs. A diagnosis of pica, however, may be assigned in the presence of any other feeding and eating disorder. Some individuals with disorders described in this chapter report eating-related symptoms resembling those typically endorsed by individuals with substance use disorders, such as craving and patterns of compulsive use. This resemblance may reflect the involvement of the same neural systems, including those implicated in regulatory self-control and reward, in both groups of disorders. However, the relative contributions of shared and distinct factors in the development and perpetuation of eating and substance use disorders remain insufficiently understood.

Finally, obesity is not included in DSM-5 as a mental disorder. Obesity (excess body fat) results from the long-term excess of energy intake relative to energy expenditure. A range of genetic, physiological, behavioral, and environmental factors that vary across individuals contributes to the development of obesity; thus, obesity is not considered a mental disorder.

However, there are robust associations between obesity and a number of mental disorders (e.g., binge-eating disorder, depressive and bipolar disorders, schizophrenia).

The side effects of some psychotropic medications contribute importantly to the development of obesity, and obesity may be a risk factor for the development of some mental disorders (e.g., depressive disorders).

Pica

Diagnostic Criteria

A. Persistent eating of nonnutritive, nonfood substances over a period of at least 1 month.

B. The eating of nonnutritive, nonfood substances is inappropriate to the developmental level of the individual.

C. The eating behavior is not part of a culturally supported or socially normative practice.

D. If the eating behavior occurs in the context of another mental disorder (e.g., intellectual disability [intellectual developmental disorder], autism spectrum disorder, schizophrenia) or medical condition (including pregnancy), it is sufficiently severe to warrant additional clinical attention.

Coding note: The ICD-9-CM code for pica is 307.52 and is used for children or adults.

The ICD-10-CM codes for pica are (F98.3) in children and (F50.8) in adults.

Specify if:

In remission: After full criteria for pica were previously met, the criteria have not been met for a sustained period of time. _____

Diagnostic Features

The essential feature of pica is the eating of one or more nonnutritive, nonfood substances on a persistent basis over a period of at least 1 month (Criterion A) that is severe enough to warrant clinical attention. Typical substances ingested tend to vary with age and availability and might include paper, soap, cloth, hair, string, wool, soil, chalk, talcum powder, paint, gum, metal, pebbles, charcoal or coal, ash, clay, starch, or ice. The term nonfood is included because the diagnosis of pica does not apply to ingestion of diet products that have minimal nutritional content. There is typically no aversion to food in general. The eating of nonnutritive, nonfood substances must be developmentally inappropriate (Criterion B) and not part of a culturally supported or socially normative practice (Criterion C). A minimum age of 2 years is suggested for a pica diagnosis to exclude developmentally normal mouthing of objects by infants that results in ingestion. The eating of nonnutritive, nonfood substances can be an associated feature of other mental disorders (e.g., intellectual disability [intellectual developmental disorder], autism spectrum disorder, schizophrenia). If the eating behavior occurs exclusively in the context of another mental disorder, a separate diagnosis of pica should be made only if the eating behavior is sufficiently severe to warrant additional clinical attention (Criterion D).

Associated Features Supporting Diagnosis

Although deficiencies in vitamins or minerals (e.g., zinc, iron) have been reported in some instances, often no specific biological abnormalities are found. In some cases, pica comes to clinical attention only following general medical complications (e.g., mechanical bowel problems; intestinal obstruction, such as that resulting from a bezoar; intestinal perforation; infections such as toxoplasmosis and toxocariasis as a result of ingesting feces or dirt; poisoning, such as by ingestion of lead-based paint).

Rumination Disorder

Diagnostic Criteria 307.53 (F98.21)

A. Repeated regurgitation of food over a period of at least 1 month. Regurgitated food may be re-chewed, re-swallowed, or spit out.

B. The repeated regurgitation is not attributable to an associated gastrointestinal or other medical condition (e.g., gastroesophageal reflux, pyloric stenosis).

C. The eating disturbance does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, or avoidant/restrictive food intake disorder.

D. If the symptoms occur in the context of another mental disorder (e.g., intellectual disability [Intellectual developmental disorder] or another neurodevelopmental disorder), they are sufficiently severe to warrant additional clinical attention.

Specify if:

In remission: After full criteria for rumination disorder were previously met, the criteria have not been met for a sustained period of time.

Diagnostic Features

The essential feature of rumination disorder is the repeated regurgitation of food occurring after feeding or eating over a period of at least 1 month (Criterion A). Previously swallowed food that may be partially digested is brought up into the mouth without apparent nausea, involuntary retching, or disgust. The food may be re-chewed and then ejected from the mouth or re-swallowed. Regurgitation in rumination disorder should be frequent, occurring at least several times per week, typically daily. The behavior is not better explained by an associated gastrointestinal or other medical condition (e.g., gastroesophageal reflux, pyloric stenosis) (Criterion B) and does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, or avoidant/restrictive food intake disorder (Criterion C). If the symptoms occur in the context of another mental disorder (e.g., intellectual disability [intellectual developmental disorder], neurodevelopmental disorder), they must be sufficiently severe to warrant additional clinical attention (Criterion D) and should represent a primary aspect of the individual's presentation requiring intervention. The disorder may be diagnosed across the life span, particularly in individuals who also have intellectual disability.

Many individuals with rumination disorder can be directly observed engaging in the behavior by the clinician. In other instances diagnosis can be made on the basis of self-report or corroborative information from parents or caregivers. Individuals may describe the behavior as habitual or outside of their control.

Associated Features Supporting Diagnosis

Infants with rumination disorder display a characteristic position of straining and arching the back with the head held back, making sucking movements with their tongue. They may give the impression of gaining satisfaction from the activity. They may be irritable and hungry between episodes of regurgitation. Weight loss and failure to make expected weight gains are common features in infants with rumination disorder. Malnutrition may occur despite the infant's apparent hunger and the ingestion of relatively large amounts of food, particularly in severe cases, when regurgitation immediately follows each feeding episode and regurgitated food is expelled. Malnutrition might also occur in older children and adults, particularly when the regurgitation is accompanied by restriction of intake. Adolescents and adults may attempt to disguise the regurgitation behavior by placing a hand over the mouth or coughing. Some will avoid eating with others because of the acknowledged social undesirability of the behavior. This may extend to an avoidance of eating prior to social situations, such as work or school (e.g., avoiding breakfast because it may be followed by regurgitation).

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

Diagnostic Criteria 307.59 (F50.8)

A. An eating or feeding disturbance (e.g., apparent lack of interest in eating or food; avoidance based on the sensory characteristics of food; concern about aversive consequences of eating) as manifested by persistent failure to meet appropriate nutritional and/or energy needs associated with one (or more) of the following:

1. Significant weight loss (or failure to achieve expected weight gain or faltering

growth in children).

2. Significant nutritional deficiency.

3. Dependence on enteral feeding or oral nutritional supplements.

4. Marked interference with psychosocial functioning.

B. The disturbance is not better explained by lack of available food or by an associated culturally sanctioned practice.

C. The eating disturbance does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa or bulimia nervosa, and there is no evidence of a disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced.

D. The eating disturbance is not attributable to a concurrent medical condition or not better explained by another mental disorder. When the eating disturbance occurs in the context of another condition or disorder, the severity of the eating disturbance exceeds that routinely associated with the condition or disorder and warrants additional clinical attention.

Specify if:

In remission: After full criteria for avoidant/restrictive food intake disorder were previously met, the criteria have not been met for a sustained period of time.

Diagnostic Features

Avoidant/restrictive food intake disorder replaces and extends the DSM-IV diagnosis of feeding disorder of infancy or early childhood. The main diagnostic feature of avoidant/ restrictive food intake disorder is avoidance or restriction of food intake (Criterion A) manifested by clinically significant failure to meet requirements for nutrition or insufficient energy intake through oral intake of food. One or more of the following key features must be present: significant weight loss, significant nutritional deficiency (or related health impact), dependence on enteral feeding or oral nutritional supplements, or marked interference with psychosocial functioning. The determination of whether weight loss is significant (Criterion A1) is a clinical judgment; instead of losing weight, children and adolescents who have not completed growth

may not maintain weight or height increases along their developmental trajectory.

Determination of significant nutritional deficiency (Criterion A2) is also based on clinical assessment (e.g., assessment of dietary intake, physical examination, and laboratory testing), and related impact on physical health can be of a similar severity to that seen in anorexia nervosa (e.g., hypothermia, bradycardia, anemia). In severe cases, particularly in infants, malnutrition can be life threatening. "Dependence" on enteral feeding or oral nutritional supplements (Criterion A3) means that supplementary feeding is required to sustain adequate intake. Examples of individuals requiring supplementary feeding include infants with failure to thrive who require nasogastric tube feeding, children with neurodevelopmental disorders who are dependent on nutritionally complete supplements, and individuals who rely on gastrostomy tube feeding or complete oral nutrition supplements in the absence of an underlying medical condition. Inability to participate in normal social activities, such as eating with others, or to sustain relationships as a result of the disturbance would inculcate marked interference with psychosocial functioning (Criterion A4).

Avoidant/restrictive food intake disorder does not include avoidance or restriction of food intake related to lack of availability of food or to cultural practices (e.g., religious fasting or normal dieting) (Criterion B), nor does it include developmentally normal behaviors (e.g., picky eating in toddlers, reduced intake in older adults). The disturbance is not better explained by excessive concern about body weight or shape (Criterion C) or by concurrent medical factors or mental disorders (Criterion D).

In some individuals, food avoidance or restriction may be based on the sensory characteristics of qualities of food, such as extreme sensitivity to appearance, color, smell, texture, temperature, or taste. Such behavior has been described as "restrictive eating," "selective eating," "choosy eating," "perseverant eating," "chronic food refusal," and "food neophobia" and may manifest as refusal to eat particular brands of foods or to tolerate the smell of

food being eaten by others. Individuals with heightened sensory sensitivities associated with autism may show similar behaviors.

Food avoidance or restriction may also represent a conditioned negative response associated with food intake following, or in anticipation of, an aversive experience, such as choking; a traumatic investigation, usually involving the gastrointestinal tract (e.g., esophagoscopy); or repeated vomiting. The terms functional dysphagia and globus hystericus have also been used for such conditions.

Associated Features Supporting Diagnosis

Several features may be associated with food avoidance or reduced food intake, including a lack of interest in eating or food, leading to weight loss or faltering growth. Very young infants may present as being too sleepy, distressed, or agitated to feed. Infants and young children may not engage with the primary caregiver during feeding or communicate hunger in favor of other activities. In older children and adolescents, food avoidance or restriction may be associated with more generalized emotional difficulties that do not meet diagnostic criteria for an anxiety, depressive, or bipolar disorder, sometimes called "food avoidance emotional disorder."

Anorexia Nervosa

Diagnostic Criteria

A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected.

B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or

persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Coding note: The ICD-9-CM code for anorexia nervosa is 307.1, which is assigned regardless of the subtype. The ICD-10-CM code depends on the subtype (see below).

Specify whether:

(F50.01) Restricting type: During the last 3 months, the individual has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas). This subtype describes presentations in which weight loss is accomplished primarily through dieting, fasting, and/or excessive exercise.

(F50.02) Binge-eating/purging type: During the last 3 months, the individual has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Specify if:

In partial remission: After full criteria for anorexia nervosa were previously met. Criterion A (low body weight) has not been met for a sustained period, but either Criterion B (intense fear of gaining weight or becoming fat or behavior that interferes with weight gain) or Criterion C (disturbances in self-perception of weight and shape) is still met. In full remission: After full criteria for anorexia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity:

The minimum level of severity is based, for adults, on current body mass index (BMI) (see below) or, for children and adolescents, on BMI percentile. The ranges below are derived from World Health Organization categories for thinness in adults; for children and adolescents, corresponding BMI percentiles should be used. The level of severity may be increased to reflect clinical symptoms, the degree of functional disability, and the need for supervision.

Mild: BMI > 17 kg/m²

Moderate: BMI 16-16.99 kg/m²

Severe: BMI 15-15.99 kg/m²

Extreme: BMI < 15 kg/m²

Subtypes

Most individuals with the binge-eating/purging type of anorexia nervosa who binge eat also purge through self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas. Some individuals with this subtype of anorexia nervosa do not binge eat but do regularly purge after the consumption of small amounts of food. Crossover between the subtypes over the course of the disorder is not uncommon; therefore, subtype description should be used to describe current symptoms rather than longitudinal course.

Diagnostic Features

There are three essential features of anorexia nervosa: persistent energy intake restriction; intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes

with weight gain; and a disturbance in self-perceived weight or shape. The individual maintains a body weight that is below a minimally normal level for age, sex, developmental trajectory, and physical health (Criterion A). Individuals' body weights frequently meet this criterion following a significant weight loss, but among children and adolescents, there may alternatively be failure to make expected weight gain or to maintain a normal developmental trajectory (i.e., while growing in height) instead of weight loss.

Criterion A requires that the individual's weight be significantly low (i.e., less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected).

Weight assessment can be challenging because normal weight range differs among individuals, and different thresholds have been published defining thinness or underweight status. Body mass index (BMI; calculated as weight in kilograms/height in meters²) is a useful measure to assess body weight for

height. For adults, a BMI of 18.5 kg/m² has been employed by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the World Health Organization (WHO) as the lower limit of normal body weight. Therefore, most adults with a BMI greater than or equal to 18.5 kg/m² would not be considered to have a significantly low body weight. On the other hand, a BMI of lower than 17.0 kg/m² has been considered by the WHO to indicate moderate or severe thinness; therefore, an individual with a BMI less than 17.0 kg/m² would likely be considered to have a significantly low weight. An adult with a BMI between 17.0 and 18.5 kg/m², or even above 18.5 kg/m², might be considered to have a significantly low weight if clinical history or other physiological information supports this judgment.

For children and adolescents, determining a BMI-for-age percentile is useful (see, e.g., the CDC BMI percentile calculator for children and teenagers). As for adults, it is not possible to provide definitive standards for judging whether a child's or an adolescent's weight is significantly low, and variations in developmental trajectories among youth limit the utility of simple numerical guidelines. The CDC has used a BMI-for-age below the 5th percentile as suggesting underweight; however, children and adolescents with a BMI above this benchmark may be judged to be significantly underweight in light of failure to maintain their expected growth trajectory. In summary, in determining whether Criterion A is met, the clinician should consider available numerical guidelines, as well as the individual's body build, weight history, and any physiological disturbances.

Individuals with this disorder typically display an intense fear of gaining weight or of becoming fat (Criterion B). This intense fear of becoming fat is usually not alleviated by weight loss. In fact, concern about weight gain may increase even as weight falls. Younger individuals with anorexia nervosa, as well as some adults, may not recognize or acknowledge a fear of weight gain. In the absence of another explanation for the significantly low weight, clinician inference drawn from collateral history, observational data, physical and laboratory findings, or longitudinal course either indicating a fear of weight

gain or supporting persistent behaviors that prevent it may be used to establish Criterion B.

The experience and significance of body weight and shape are distorted in these individuals (Criterion C). Some individuals feel globally overweight. Others realize that they are thin but are still concerned that certain body parts, particularly the abdomen, buttocks, and thighs, are "too fat." They may employ a variety of techniques to evaluate their body size or weight, including frequent weighing, obsessive measuring of body parts, and persistent use of a mirror to check for perceived areas of "fat." The self-esteem of individuals with anorexia nervosa is highly dependent on their perceptions of body shape and weight.

Weight loss is often viewed as an impressive achievement and a sign of extraordinary self-discipline, whereas weight gain is perceived as an unacceptable failure of self-control. Although some individuals with this disorder may acknowledge being thin, they often do not recognize the serious medical implications of their malnourished state.

Often, the individual is brought to professional attention by family members after marked weight loss (or failure to make expected weight gains) has occurred. If individuals seek help on their own, it is usually because of distress over the somatic and psychological sequelae of starvation. It is rare for an individual with anorexia nervosa to complain of weight loss per se. In fact, individuals with anorexia nervosa frequently either lack insight into or deny the problem. It is therefore often important to obtain information from family members or other sources to evaluate the history of weight loss and other features of the illness.

Bulimia Nervosa

Diagnostic Criteria 307.51 (F50.2)

A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances.

2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).

B. Recurrent inappropriate compensatory behaviors in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting; or excessive exercise.

C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least once a week for 3 months.

D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.

E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Specify if:

In partial remission: After full criteria for bulimia nervosa were previously met, some, but not all, of the criteria have been met for a sustained period of time.

In full remission: After full criteria for bulimia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity:

The minimum level of severity is based on the frequency of inappropriate compensatory behaviors (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild: An average of 1-3 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Moderate: An average of 4-7 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Severe: An average of 8-13 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Extreme: An average of 14 or more episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Diagnostic Features

There are three essential features of bulimia nervosa: recurrent episodes of binge eating (Criterion A), recurrent inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain (Criterion B), and self-evaluation that is unduly influenced by body shape and weight (Criterion D). To qualify for the diagnosis, the binge eating and inappropriate compensatory behaviors must occur, on average, at least once per week for 3 months (Criterion C).

An "episode of binge eating" is defined as eating, in a discrete period of time, an amount of food that is definitely larger than most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances (Criterion A1). The context in which the eating occurs may affect the clinician's estimation of whether the intake is excessive. For example, a quantity of food that might be regarded as excessive for a typical meal might be considered normal during a celebration or holiday meal. A "discrete period of time" refers to a limited period, usually less than 2 hours. A single episode of binge eating need not be restricted to one setting. For example, an individual may begin a binge in a restaurant and then continue to eat on returning home. Continual snacking on small amounts of food throughout the day would not be considered an eating binge.

An occurrence of excessive food consumption must be accompanied by a sense of lack of control (Criterion A2) to be considered an episode of binge eating. An indicator of loss of control is the inability to refrain from eating or to stop eating once started. Some individuals describe a dissociative quality during, or following, the binge-eating episodes. The impairment in control associated with binge eating may not be absolute; for example, an individual may continue binge eating while the telephone is ringing but will cease if a roommate or spouse unexpectedly enters the room. Some individuals report that their binge-eating episodes are no longer characterized by an acute feeling of loss of control but rather by a more generalized pattern of uncontrolled eating. If individuals report that they have abandoned efforts to

control their eating, loss of control should be considered as present. Binge eating can also be planned in some instances.

The type of food consumed during binges varies both across individuals and for a given individual. Binge eating appears to be characterized more by an abnormality in the amount of food consumed than by a craving for a specific nutrient. However, during binges, individuals tend to eat foods they would otherwise avoid.

Individuals with bulimia nervosa are typically ashamed of their eating problems and attempt to conceal their symptoms. Binge eating usually occurs in secrecy or as inconspicuously as possible. The binge eating often continues until the individual is uncomfortably, or even painfully, full. The most common antecedent of binge eating is negative affect.

Other triggers include interpersonal stressors; dietary restraint; negative feelings related to body weight, body shape, and food; and boredom. Binge eating may minimize or mitigate factors that precipitated the episode in the short-term, but negative self-evaluation and dysphoria often are the delayed consequences.

Another essential feature of bulimia nervosa is the recurrent use of inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain, collectively referred to as purge behaviors or purging (Criterion B). Many individuals with bulimia nervosa employ several methods to compensate for binge eating. Vomiting is the most common inappropriate compensatory behavior. The immediate effects of vomiting include relief from physical discomfort and reduction of fear of gaining weight. In some cases, vomiting becomes a goal in itself, and the individual will binge eat in order to vomit or will vomit after eating a small amount of food.

Individuals with bulimia nervosa may use a variety of methods to induce vomiting, including the use of fingers or instruments to stimulate the gag reflex. Individuals generally become adept at inducing vomiting and are eventually able to vomit at will. Rarely, individuals consume syrup of ipecac to induce vomiting. Other purging behaviors include the misuse of laxatives and diuretics. A number of other compensatory methods may also be used in rare

cases. Individuals with bulimia nervosa may misuse enemas following episodes of binge eating, but this is seldom the sole compensatory method employed. Individuals with this disorder may take thyroid hormone in an attempt to avoid weight gain.

Individuals with diabetes mellitus and bulimia nervosa may omit or reduce insulin doses in order to reduce the metabolism of food consumed during eating binges. Individuals with bulimia nervosa may fast for a day or more or exercise excessively in an attempt to prevent weight gain. Exercise may be considered excessive when it significantly interferes with important activities, when it occurs at inappropriate times or in inappropriate settings, or when the individual continues to exercise despite injury or other medical complications.

Individuals with bulimia nervosa place an excessive emphasis on body shape or weight in their self-evaluation, and these factors are typically extremely important in determining self-esteem (Criterion D). Individuals with this disorder may closely resemble those with anorexia nervosa in their fear of gaining weight, in their desire to lose weight, and in the level of dissatisfaction with their bodies. However, a diagnosis of bulimia nervosa should not be given when the disturbance occurs only during episodes of anorexia nervosa (Criterion E).

Binge-Eating Disorder

Diagnostic Criteria 307.51 (F50.8)

A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.
2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).

B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following:

1. Eating much more rapidly than normal.
2. Eating until feeling uncomfortably full.
3. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry.
4. Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating.
5. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterward.

C. Marked distress regarding binge eating is present.

D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for 3 months.

E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.

Specify if:

In partial remission: After full criteria for binge-eating disorder were previously met, binge eating occurs at an average frequency of less than one episode per week for a sustained period of time.

In full remission: After full criteria for binge-eating disorder were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity:

The minimum level of severity is based on the frequency of episodes of binge eating (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild: 1-3 binge-eating episodes per week.

Moderate: 4-7 binge-eating episodes per week.

Severe: 8-13 binge-eating episodes per week.

Extreme: 14 or more binge-eating episodes per week.

Diagnostic Features

The essential feature of binge-eating disorder is recurrent episodes binge eating that must occur, on average, at least once per week for 3 months (Criterion D). An "episode of binge eating" is defined as eating, in a discrete period of time, an amount of food that is definitely larger than most people would eat in a similar period of time under similar circumstances (Criterion A1). The context in which the eating occurs may affect the clinician's estimation of whether the intake is excessive. For example, a quantity of food that might be regarded as excessive for a typical meal might be considered normal during a celebration or holiday meal. A "discrete period of time" refers to a limited period, usually less than 2 hours. A single episode of binge eating need not be restricted to one setting. For example, an individual may begin a binge in a restaurant and then continue to eat on returning home. Continual snacking on small amounts of food throughout the day would not be considered an eating binge.

An occurrence of excessive food consumption must be accompanied by a sense of lack of control (Criterion A2) to be considered an episode of binge eating. An indicator of loss of control is the inability to refrain from eating or to stop eating once started. Some individuals describe a dissociative quality during, or following, the binge-eating episodes. The impairment in control associated with binge eating may not be absolute; for example, an individual may continue binge eating while the telephone is ringing but will cease if a roommate or spouse unexpectedly enters the room. Some individuals report that their binge-eating episodes are no longer characterized by an acute feeling of loss of control but rather by a more generalized pattern of uncontrolled eating. If individuals report that they have abandoned efforts to control their eating, loss of control may still be considered as present. Binge eating can also be planned in some instances. The type of food consumed during binges varies both across individuals and for a given individual. Binge eating appears to be characterized more by an abnormality in the amount of food consumed than by a craving for a specific nutrient.

Binge eating must be characterized by marked distress (Criterion C) and at least three of the following features: eating much more rapidly than normal; eating until feeling uncomfortably full; eating large amounts of food when not

feeling physically hungry; eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating; and feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterward (Criterion B).

Individuals with binge-eating disorder are typically ashamed of their eating problems and attempt to conceal their symptoms. Binge eating usually occurs in secrecy or as inconspicuously as possible. The most common antecedent of binge eating is negative affect.

Other triggers include interpersonal stressors; dietary restraint; negative feelings related to body weight, body shape, and food; and boredom. Binge eating may minimize or mitigate factors that precipitated the episode in the short-term, but negative self-evaluation and dysphoria often are the delayed consequences.

Other Specified Feeding or Eating Disorder

307.59 (F50.8)

This category applies to presentations in which symptoms characteristic of a feeding and eating disorder that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for any of the disorders in the feeding and eating disorders diagnostic class. The other specified feeding or eating disorder category is used in situations in which the clinician chooses to communicate the specific reason that the presentation does not meet the criteria for any specific feeding and eating disorder. This is done by recording “other specified feeding or eating disorder” followed by the specific reason (e.g., “bulimia nervosa of low frequency”).

Examples of presentations that can be specified using the “other specified” designation include the following:

1. Atypical anorexia nervosa: All of the criteria for anorexia nervosa are met, except that despite significant weight loss, the individual’s weight is within or above the normal range.

2. Bulimia nervosa (of low frequency and/or limited duration): All of the criteria for bulimia nervosa are met, except that the binge eating and inappropriate compensatory behaviors occur, on average, less than once a week and/or for less than 3 months.

3. Binge-eating disorder (of low frequency and/or limited duration): All of the criteria

for binge-eating disorder are met, except that the binge eating occurs, on average, less than once a week and/or for less than 3 months.

4. Purging disorder: Recurrent purging behavior to influence weight or shape (e.g., self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications) in the absence of binge eating.

5. Night eating syndrome: Recurrent episodes of night eating, as manifested by eating after awakening from sleep or by excessive food consumption after the evening meal.

There is awareness and recall of the eating. The night eating is not better explained by external influences such as changes in the individual's sleep-wake cycle or by local social norms. The night eating causes significant distress and/or impairment in functioning. The disordered pattern of eating is not better explained by binge-eating disorder or another mental disorder, including substance use, and is not attributable to another medical disorder or to an effect of medication.

Unspecified Feeding or Eating Disorder

307.50 (F50.9)

This category applies to presentations in which symptoms characteristic of a feeding and eating disorder that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for any of the disorders in the feeding and eating disorders diagnostic class. The unspecified feeding and eating disorder category is used in situations in which the clinician chooses

not to specify the reason that the criteria are not met for a specific feeding and eating disorder, and includes presentations in which there is insufficient information to make a more specific diagnosis (e.g., in emergency room settings).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ερωτηματολόγιο Έρευνας και Έντυπο Συγκατάθεσης

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΤΕΣΤ Διατροφικών Διαταραχών (EAT-26)©

Αυτό το ερωτηματολόγιο διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα τις Διατροφικές Διαταραχές του Τμήματος Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης σε προσωπικά δεδομένα.

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ethics@uniwa.gr). Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά

με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη (agiop@uniwa.gr).

Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpa.gr). Ευχαριστούμε εκ των προτέρων

*** Απαιτείται**

Μέρος Α: Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις

1. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	17-19	19-21	21-23	23-25	25-30	>30
1. Ηλικία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Θηλυκό	Αρσενικό	Άλλο
2. Φύλο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1.50- 1.55	1.55- 1.60	1.60- 1.65	1.65- 1.70	1.70- 1.75	1.75- 1.80	1.80- 1.85
3. Ύψος (cm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. 4. Ποιό το BMI σου; π.χ βάρος/ύψος/ύψος -->62/1.7/1.7=21.45 *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	18.5-25	25-29.9	>30	18.4-17	16.9-15	<15
Το BMI σου ανήκει:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Μέρος Β: Επιλέξτε μια απάντηση για κάθε μια από τις ακόλουθες δηλώσεις

5. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Με τρομοκρατεί η ιδέα του να παχύνω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
3. Είμαι προκατειλημμένη με ορισμένες τροφές.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
4. Συνεχίζω να τρώω υπερφαγικά, νιώθοντας ότι δεν μπορώ να σταματήσω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
5. Κόβω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
6. Γνωρίζω την περιεκτικότητα σε θερμίδες των τροφών που τρώω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
7. Αποφεύγω τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες κτλ.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
8. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
9. Κάνω εμετό αφού έχω φάει.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
10. Αισθάνομαι ενοχές μετά το φαγητό.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
11. Έχω εμμονή με την ιδέα του να αδυνατήσω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
12. Σκέφτομαι να καίω θερμίδες όταν ασκώμαι.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
13. Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατος/ατη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
14. Με ανησυχεί η σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
15. Χρειάζομαι περισσότερο χρόνο από τους άλλους για να φάω τα γεύματά μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
16. Αποφεύγω τροφές που περιέχουν ζάχαρη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
17. Τρώω φαγητά διαίτης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
18. Αισθάνομαι ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
19. Έχω αυτοέλεγχο γύρω από το φαγητό.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
20. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
21. Αφιερώνω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
22. Αισθάνομαι άβολα όταν φάω γλυκό.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. Ακολουθώ δίαιτες.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
24. Μου αρέσει να αισθάνομαι το στομάχι μου άδειο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
25. Έχω την παρόρμηση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
26. Απολαμβάνω να δοκιμάζω καινούρια "πλούσια" φαγητά.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Μέρος Γ: Ερωτήσεις Συμπεριφοράς

Τους τελευταίους 6 μήνες είχες:

31. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλαψη ανά σειρά.

	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	2-6 φορές την εβδομάδα	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο
A. Είχες κάποιο υπερφαγικό επεισόδιο όπου ένιωθες ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλαψη ανά σειρά.

	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	2-6 φορές την εβδομάδα	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο
B. Έχας κάνει ποτέ εμετό για να ελέγξεις το βάρος σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	2-6 φορές την εβδομάδα	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο
Γ. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ καθαρτικό, χάπια αδυνατίσματος ή διουρητικά (χάπια νερού) για να ελέγξετε το βάρος σας ή το σχήμα σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-3 φορές το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	2-6 φορές την εβδομάδα	1 φορά την ημέρα ή περισσότερο
Δ. Ασκήστε περισσότερο από 60 λεπτά την ημέρα για να χάσετε ή για να ελέγξετε το βάρος σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. *

Να επσημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι
Ε. Έχασες 9 κιλά τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. *

Να εψημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	Ναι	Όχι
Στ. Έχετε λάβει ποτέ θεραπεία για διατροφική διαταραχή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google.

Google