



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ- ΣΧΟΛΙΚΗ  
ΥΓΙΕΙΝΗ  
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-2021**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η Ψυχογενής Ορθορεξία στον Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Πληθυσμό: Ανασκόπηση»**

**ΥΠΟ**

**ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ (Α.Μ. ΜΔΥ19033)**

**ΑΘΗΝΑ, 2024**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICIES**

**MSc in PUBLIC HEALTH  
HEALTH PROMOTION OF CHILDREN & ADOLESCENTS – SCHOOL HYGIENE  
2019-2021**

**Diploma Thesis**

**“Orthorexia Nervosa in European and Greek Population: Review”**

**Anagnostopoulou Elisavet- Athanasia**

**Registration Number: MDY 19033**

**Supervisor: Nair – Tonia Vassilakou**

**Athens, March 2024**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ- ΣΧΟΛΙΚΗ  
ΥΓΙΕΙΝΗ  
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-2021**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η Ψυχογενής Ορθορεξία στον Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Πληθυσμό: Ανασκόπηση»**

**ΥΠΟ**

**ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ (Α.Μ. ΜΔΥ19033)**

**Επιβλέπουσα: Βασιλάκου Ναϊρ-Τώνια, Καθηγήτρια**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

- 1. Βασιλάκου Ναϊρ-Τώνια, Καθηγήτρια**
- 2. Μεράκου Κυριακούλα, Καθηγήτρια**
- 3. Κορνάρου Ελένη, Αναπλ. Καθηγήτρια**

**ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2024**



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ- ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-2021

### ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η Ψυχογενής Ορθορεξία στον Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Πληθυσμό: Ανασκόπηση»

#### Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Βασιλάκου Ναΐρ-Τόνια	Καθηγήτρια	
2	Μεράκου Κυριακούλα	Καθηγήτρια	
3	Κορνάρου Ελένη	Αναπλ. Καθηγήτρια	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αναγνωστοπούλου Ελισάβετ- Αθανασία του Ιωάννη-Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 19033 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα  
Αναγνωστοπούλου Ελισάβετ- Αθανασία



(Υπογραφή)

Copyright © Ελισάβετ- Αθ. Αναγνωστοπούλου, 2024  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα Διπλωματική Εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή

A handwritten signature in blue ink, appearing to be the name 'Kostas', written in a cursive style.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, λόγω του αντίκτυπου που παρουσιάζουν στη Δημόσια Υγεία. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την Ψυχογενή Ορθορεξία, μια μη αναγνωρισμένη διαταραχή.

**Σκοπός:** Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει ως σκοπό να περιγράψει την Ψυχογενή Ορθορεξία, ως μια ανερχόμενη οντότητα στο πλαίσιο των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής και παράλληλα να αναδείξει το ερευνητικό κενό που υπάρχει στην Ελληνική Έρευνα σχετικά με την ψυχογενή ορθορεξία.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed / Medline, Cochrane Database for SR, Scopus και Google Scholar. Συμπεριλήφθηκαν πηγές που εντοπίστηκαν στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα χωρίς κάποιο περιορισμό αναφορικά με το έτος δημοσίευσης. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε κατά το έτος 2023.

**Αποτελέσματα:** Η έρευνα για την ψυχογενή ορθορεξία έχει επικεντρωθεί στην εύρεση κοινού και καθολικά αποδεκτού ορισμού, στην περιγραφή της νόσου και στον καθορισμό κριτηρίων με απώτερο σκοπό την ένταξή της στην επόμενη έκδοση του DSM της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας. Επιπλέον, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την ανάπτυξη κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων που θα εκτιμούν έγκυρα τον επιπολασμό, αλλά και προσπάθειες διερεύνησης παραγόντων κινδύνου που συσχετίζονται με την εκδήλωση ορθορεξίας. Επίσης, η ελληνική έρευνα βρέθηκε περιορισμένη, πιο συγκεκριμένα εντοπίστηκαν 10 μελέτες που έχουν διεξαχθεί στον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, εντοπίστηκαν 4 διαγνωστικά εργαλεία για την εκτίμηση της ορθορεξίας στα ελληνικά, τα εργαλεία: ORTO 7, ORTO-15, ORTO-15-GR και το ORTO-R.

**Συμπεράσματα:** Χρειάζονται περαιτέρω ελληνικές μελέτες που θα αποτυπώνουν την ορθορεξία του ελληνικού πληθυσμού. Επίσης χρειάζεται να αναπτυχθούν νέα διαγνωστικά εργαλεία ή να αναθεωρηθούν και να επικυρωθούν τα ήδη υπάρχοντα στον ελληνικό πληθυσμό λαμβάνοντας υπόψη την κοινή έκθεση συναίνεσης.

**Λέξεις – κλειδιά:** Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής, DSM, Ψυχογενής Ορθορεξία, Ορθορεξία, Ελληνικός Πληθυσμός, Ορισμός, Διαγνωστικά Κριτήρια, Διαγνωστικά Εργαλεία, Ελληνικές Μελέτες, ORTO 7, ORTO-15, ORTO-15-GR, ORTO-R.



## ABSTRACT

**Introduction:** Feeding and Eating Disorders are attracting the interest of the international scientific community because of their impact on public health. In recent years there has been a growing interest in Orthorexia Nervosa, an unrecognized disorder.

**Aim:** The present review aims to describe Orthorexia Nervosa as an emerging entity in the context of Feeding and Eating Disorders and at the same time to highlight the research gap in Greek Research regarding Orthorexia Nervosa.

**Material and Method:** A review has been performed in the Pubmed/Medline, Cochrane Database for SR, Scopus and Google Scholar databases. Sources identified in English and Greek were included without any restriction regarding the year of publication. The review was conducted in the year 2023.

**Results:** Research on orthorexia nervosa has focused on finding a common and universally accepted definition, describing the disease and defining criteria with the ultimate goal of including it in the next edition of the DSM of the American Psychiatric Association. In addition, several efforts have been made to develop appropriate diagnostic tools that will reliably assess prevalence, as well as efforts to investigate risk factors associated with the onset of orthorexia. Also, Greek research was found to be limited, more specifically 10 studies were identified that have been conducted in the Greek population. However, 4 diagnostic tools for the assessment of orthorexia in Greek population were identified, the ORTO 7, ORTO-15, ORTO-15-GR and the ORTO-R.

**Conclusions:** Further Greek studies are needed to capture the orthorexia of the Greek population. Also new diagnostic tools need to be developed or existing ones need to be revised and validated in the Greek population taking into account the consensus report.

**Key-words:** Feeding and Eating Disorders, DSM, Orthorexia Nervosa, Orthorexia, Greek Population, Definition, Diagnostic Criteria, Diagnostic Tools, Greek Studies, ORTO 7, ORTO-15, ORTO-15-GR, ORTO-R.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	I
ABSTRACT .....	II
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	
Κατάλογος Πινάκων .....	VI
Κατάλογος Γραφημάτων .....	VII
Κατάλογος Εικόνων .....	VIII
Συντομογραφίες .....	IX
ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	3
<b>A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Κεφάλαιο 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .....	7
1.1 Ορισμός και Ταξινόμηση κατά DSM-5-TR .....	7
1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5-TR .....	10
1.2.1 Διαταραχή Πίκα .....	10
1.2.2 Διαταραχή Μηρυκασμού .....	11
1.2.3 Διαταραχή Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής .....	12
1.2.4 Ψυχογενής Ανορεξία .....	13
1.2.5 Ψυχογενής Βουλμία .....	15
1.2.6 Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας .....	16
1.2.7 Άλλες Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής .....	19
1.2.8 Μη Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής .....	20
1.3 Χαρακτηριστικά Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής .....	20
1.4 Επιδημιολογία .....	23
1.5 Ο Κίνδυνος για τη Δημόσια Υγεία .....	25
1.6 Στρατηγικές Αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και στο ευρύτερο πλαίσιο .....	27
1.7 Τρόποι διαχείρισης και θεραπεία πασχόντων .....	29
<b>B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Κεφάλαιο 2: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	32
Κεφάλαιο 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	33
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	34
Κεφάλαιο 4: ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ .....	34

4.1	Ιστορική Αναδρομή .....	34
4.2	Προέλευση του όρου .....	34
4.3	Ορισμός και χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ορθορεξίας .....	35
4.4	Αποτελεί η Ψυχογενής Ορθορεξία ξεχωριστή κλινική οντότητα; .....	39
4.5	Διαγνωστικά κριτήρια .....	42
4.6	Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της Ψυχογενούς Ορθορεξίας .....	48
4.7	Επιπολασμός της Ψυχογενούς Ορθορεξίας .....	50
4.8	Πιθανές επιπτώσεις στην υγεία των πασχόντων .....	51
4.9	Μελέτες Περίπτωσης (Case Reports) .....	52
4.9.1	Steven Bratman: ο δημιουργός του όρου και «ασθενής μηδέν» .....	52
4.9.2	Μελέτες Περίπτωσης (Case Reports) ανθρώπων που εμφάνισαν Ψυχογενή Ορθορεξία .....	53
4.10	Τρόποι διαχείρισης και θεραπεία πασχόντων .....	59
Κεφάλαιο 5: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ .....		61
5.1	Bratman Orthorexia Test- BOT .....	62
5.2	ORTO-15/ ORTHO-15 .....	63
5.3	ORTO 7 .....	64
5.4	Eating Habits Questionnaire- EHQ .....	64
5.5	Düsseldorf Orthorexia Scale- DOS .....	65
5.6	Barcelona Orthorexia Scale- BOS .....	66
5.7	Teruel Orthorexia Scale- TOS .....	67
5.8	ORTO-R .....	68
5.9	Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) .....	69
5.10	Test of Orthorexia Nervosa (TON-17) .....	69
Κεφάλαιο 6: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ .....		73
6.1	Ελληνικές Μελέτες .....	73
6.1.1	Αξιολόγηση διατροφικών συνηθειών και παραμέτρων σωματικής αυτοαντίληψης για την ανάπτυξη πρότυπου ερωτηματολογίου «ορθορεξικής» συμπεριφοράς: ORTO 7 .....	73
6.1.2	Διατροφικές Συνήθειες Νεαρών Ατόμων με Ορθορεξία .....	74
6.1.3	Αξιολόγηση της Ορθορεξίας μεταξύ φοιτητών Διαιτολογίας .....	74
6.1.4	Εθισμός στα τρόφιμα, ορθορεξία και άγχος που σχετίζεται με τα τρόφιμα μεταξύ φοιτητών διαιτολογίας .....	76
6.1.5	Επικύρωση του ελληνικού ερωτηματολογίου ORTO-15 για την	

αξιολόγηση της ψυχογενούς ορθορεξίας και της σχέσης της με την συμπτωματολογία διατροφικών διαταραχών .....	77
6.1.6 Ψυχογενής Ορθορεξία: αναπαραγωγή και επικύρωση των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων ORTO στα ελληνικά σε μια έρευνα 848 Ελλήνων .....	78
6.1.7 Εξάρτηση από την άσκηση και ψυχογενής ορθορεξία στο Crossfit: διερεύνηση του ρόλου της τελειομανίας .....	79
6.1.8 Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Ορθορεξίας μεταξύ Ελλήνων επαγγελματιών χορευτών .....	80
6.1.9 Ψυχογενής Ορθορεξία Πρακτικές στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: η μελέτη DORA .....	81
6.1.10 Ο μητρικός δεσμός ως προστατευτικός παράγοντας στον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχογενούς ορθορεξίας σε φοιτητές διαιτολογίας .....	84
Κεφάλαιο 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	92
Κεφάλαιο 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	103

## Κατάλογος Πινάκων

<b>Πίνακας 1.1</b> Κατηγορίες Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής, με Ελληνική, Αγγλική Ορολογία και κωδικούς κατά DSM-5-TR.....	9
<b>Πίνακας 1.2</b> Επιπολασμός Περιόδου και Δια Βίου Επιπολασμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Διαταραχής Επεισοδιακής Υπερφαγίας, συνολικός και κατά φύλο.....	24
<b>Πίνακας 1.3</b> Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις με τη Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα.....	30
<b>Πίνακας 4.1</b> Ορισμός, Κλινικές Πτυχές και Διάρκεια (Κριτήριο Α) και Ποσοστά (%) Συμφωνίας.....	36
<b>Πίνακας 4.2</b> Διαγνωστικά κριτήρια για τη ψυχογενή ορθορεξία, όπως έχουν προταθεί ανά συγγραφέα και έτος.....	42
<b>Πίνακας 4.3</b> Συνέπειες, Εκδήλωση Ψυχογενούς Ορθορεξίας και Κριτήρια Αποκλεισμού (Κριτήρια Β, Γ και Δ) και Ποσοστά (%) Συμφωνίας.....	46
<b>Πίνακας 4.4</b> Βασικότερα Χαρακτηριστικά μελετών περίπτωσης.....	55
<b>Πίνακας 5.1</b> Βασικά Χαρακτηριστικά Διαγνωστικών Εργαλείων και κυριότερα Πλεονεκτήματα/ Μειονεκτήματα.....	70
<b>Πίνακας 6.1</b> Βασικότερες πληροφορίες ελληνικών μελετών.....	85

## **Κατάλογος Γραφημάτων**

<b>Γράφημα 5.1</b> Χρονολογική σειρά εμφάνισης διαγνωστικών εργαλείων για τη Ψυχογενή Ορθορεξία.....	62
--	----

## **Κατάλογος Εικόνων**

<b>Εικόνα 1.1:</b> Μεταλλικά αντικείμενα που απομακρύνθηκαν από το στομάχι ασθενούς με Διαταραχή Πίκα, 1929. Glore Psychiatric Museum.....	11
<b>Εικόνα 1.2:</b> Παθοφυσιολογικός μηχανισμός της Διαταραχής Μηρυκασμού.....	12
<b>Εικόνα 1.3:</b> Διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος ασθενούς με Ψυχογενή Ανορεξία.....	15
<b>Εικόνα 1.4</b> Κύρια συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Διαταραχής Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....	18

## Συντομογραφίες

<b>AN</b>	Anorexia Nervosa
<b>ASD</b>	Autism Spectrum Disorder
<b>ARFID</b>	Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder
<b>BED</b>	Binge-Eating Disorder
<b>BN</b>	Bulimia Nervosa
<b>BOS</b>	Barcelona Orthorexia Scale
<b>BOT</b>	Bratman Orthorexia Test
<b>CBT</b>	Cognitive Behavioral Therapy
<b>CFA</b>	Confirmatory Factor Analyses
<b>COVID-19</b>	Coronavirus Disease-19
<b>DALYs</b>	Disability-Adjusted Life Years
<b>DBT</b>	Dialectical Behaviour Therapy
<b>ΔΕ</b>	Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>ΔΜΣ</b>	Δείκτης Μάζας Σώματος
<b>DORA</b>	Diet and Orthorexia in Rheumatoid Arthritis
<b>DOS</b>	Düsseldorf Orthorexia Scale
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 <sup>th</sup> Edition
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 <sup>th</sup> Edition
<b>DSM-5-TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 <sup>th</sup> Edition, Text Revision
<b>EAT-26</b>	Eating Attitudes Test-26
<b>ED</b>	Eating Disorder
<b>EDs</b>	Eating Disorders



<b>EHQ</b>	Eating Habits Questionnaire
<b>ΕΛΕΑΝΑ</b>	Ελληνική Εταιρεία Αντιρευματικού Αγώνα
<b>FED</b>	Feeding and/ or Eating Disorder
<b>GBD</b>	Global Burden of Disease
<b>ΗΠΑ</b>	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
<b>ICD-11</b>	International Classification of Diseases, 11 <sup>th</sup> Revision
<b>IQR</b>	Interquartile Range
<b>ΜΔ</b>	Μεσογειακή Διατροφή
<b>ΜΙ</b>	Motivational Interview
<b>MNT</b>	Medical Nutrition Therapy
<b>OCD</b>	Obsessive-Compulsive Disorder
<b>OCPD</b>	Obsessive–Compulsive Personality Disorder
<b>ON</b>	Orthorexia Nervosa
<b>ONI</b>	Orthorexia Nervosa Inventory
<b>OSFED</b>	Other Specified Feeding or Eating Disorders
<b>PDM-2</b>	Psychodynamic Diagnostic Manual 2 <sup>nd</sup> Edition
<b>PTSD</b>	Post-Traumatic Stress Disorder
<b>ΠΦΥ</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
<b>ΡΑ</b>	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
<b>ΣΜΑ</b>	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις
<b>SMR</b>	Standardized Mortality Ratio
<b>SR</b>	Systematic Review
<b>SSD</b>	Somatic Symptom Disorder

<b>SSRIs</b>	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
<b>TON-17</b>	Test of Orthorexia Nervosa-17
<b>TOS</b>	Teruel Orthorexia Scale
<b>UFED</b>	Unspecified Feeding or Eating Disorders

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών της Κατεύθυνσης «Προαγωγή της υγείας παιδιών και εφήβων-Σχολική Υγιεινή» του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επέλεξα να μελετήσω και να αναλύσω την ανερχόμενη οντότητα της Ψυχογενούς Ορθορεξίας και το κατά πόσο έχει ερευνηθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Αφορμή για αυτή την απόφαση στάθηκε μια εργασία του Δ' εξαμήνου για τις Διατροφικές Διαταραχές στους εφήβους, στο πλαίσιο του μαθήματος «Διατροφή και Σωματική Δραστηριότητα» με την επιβλέπουσά μου, Καθηγήτρια Κα Βασιλάκου.

Κατά τη διάρκεια αυτού του μαθήματος και για την προετοιμασία της τελικής εργασίας, ήρθα για πρώτη φορά σε επαφή με την έννοια της ψυχογενούς ορθορεξίας, μια έννοια άγνωστη σε εμένα, αλλά που παράλληλα μου κίνησε κατευθείαν το ενδιαφέρον ως κάτι που δεν είχα ξανασυναντήσει.

Όσο περισσότερο προσπαθούσα να εμβαθύνω στο συγκεκριμένο θέμα, τόσο εντονότερα διέκρινα τα κενά που υπάρχουν ιδίως στην ελληνική έρευνα. Ταυτόχρονα, στη διεθνή βιβλιογραφία παρατήρησα πως υπάρχει μια μεγάλη συζήτηση γύρω από την ψυχογενή ορθορεξία, με αρκετά σημεία που την αφορούν να μην έχουν αποσαφηνιστεί ακόμα και σήμερα.

Η ψυχογενής ορθορεξία αποτελεί ένα πρωτότυπο, μη κορεσμένο και ως εκ τούτου δυνητικά δημοσιεύσιμο θέμα. Πρωτίστως όμως, έχει σημασία η ψυχογενής ορθορεξία να επικοινωνηθεί τόσο στον διεθνή όσο και στον ελλαδικό χώρο ως μια ανερχόμενη οντότητα που όπως και οι αναγνωρισμένες διαταραχές σίτισης και διατροφής, μπορεί να προκαλέσει μείζον θέμα για τη Δημόσια Υγεία, θέτοντας επιτακτική την ανάγκη για την επιστημονική κοινότητα να εγκύψει στην ανερχόμενη αυτή απειλή.

Τελειώνοντας αυτό το ταξίδι, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένεια μου, που με στήριξε από την πρώτη στιγμή, στους φίλους μου για τη στήριξη και την ενθάρρυνσή τους και σε άλλους που δεν είναι φίλοι, αλλά είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για εμένα.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την καθηγήτριά μου, Κα Ναΐρ Τώνια Βασιλάκου, για την άμεση ανταπόκρισή της σε κάθε απορία που προέκυψε, τις επισημάνσεις, τις οδηγίες και κυρίως για την στήριξή της και την κατανόησή της στις δυσκολίες που αντιμετώπισα. Επίσης, ευχαριστώ θερμά και όλους τους καθηγητές μου σε όλα αυτά τα χρόνια σπουδών, για τα ερεθίσματα που μου έδωσαν, το ενδιαφέρον που μου προκάλεσαν και για το ότι με έμαθαν «πως να μαθαίνω» και να αναζητώ τη γνώση!

Σας εκτιμώ και σας ευχαριστώ πολύ όλους!

Ελισάβετ Αναγνωστοπούλου

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Διαταραχές Διατροφής και Σίτισης συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, λόγω του αντίκτυπου που παρουσιάζουν στη Δημόσια Υγεία. Ο αυξανόμενος επιπολασμός, η υψηλή νοσηρότητα και η υψηλή θνησιμότητα που απαντώνται ιδίως στις διαταραχές της ψυχογενούς ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας και της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας είναι ορισμένοι από τους λόγους (Bergner et al., 2021). Σύμφωνα με τους Ayton και συνεργάτες, είναι επιτακτική η ανάγκη η πολιτεία να λάβει δραστικά μέτρα όσον αφορά την πρόληψη και αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών (Ayton et al., 2024).

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση με τίτλο «Η Ψυχογενής Ορθορεξία στον Ευρωπαϊκό και Ελληνικό Πληθυσμό: Ανασκόπηση», έχει ως σκοπό να προσφέρει στον αναγνώστη έγκυρες και έγκαιρες πληροφορίες αναφορικά με την οντότητα της Ψυχογενούς Ορθορεξίας, καθώς και να αναδείξει το ερευνητικό κενό που υπάρχει στον ελλαδικό χώρο για τη συγκεκριμένη οντότητα.

Το παρόν πόνημα αποτελείται από 8 κεφάλαια που διακρίνονται σε δύο μέρη, το Α' μέρος αποτελεί το Γενικό μέρος και το Β' μέρος το Ειδικό μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Στο Α' μέρος, το Γενικό, ο αναγνώστης στο Κεφάλαιο 1, έχει την ευκαιρία να ενημερωθεί έγκυρα για τις Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής. Παρατίθενται, ο ορισμός, η ταξινόμηση, καθώς και τα Διαγνωστικά Κριτήρια των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής σύμφωνα με την τελευταία αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές, DSM-5-TR (2022). Έπειτα, ακολουθούν τα χαρακτηριστικά των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής, όπως απαντώνται στην τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού Εγχειριδίου Ψυχοδυναμικής PDM-2 (2017) για μια πιο ολιστική προσέγγιση. Στο τέλος του 1<sup>ου</sup> Κεφαλαίου, ο αναγνώστης έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί για τα Επιδημιολογικά στοιχεία των διατροφικών διαταραχών, τον κίνδυνο που αποτελούν οι Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής για τη Δημόσια Υγεία, τη θεραπεία και τον τρόπο διαχείρισης των πασχόντων, καθώς και για τις προτεινόμενες Στρατηγικές Αντιμετώπισης στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αλλά και στο ευρύτερο πλαίσιο. Έτσι, ολοκληρώνεται το Α' Γενικό Μέρος της ανασκόπησης που προετοιμάζει τον αναγνώστη για το Β' Ειδικό Μέρος που αναπτύσσεται και το θέμα της εργασίας.

Το Β' μέρος, το Ειδικό, αποτελείται συνολικά από 7 κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο 2, περιγράφονται ο Σκοπός και οι επιμέρους Στόχοι της ανασκόπησης, ακολουθούν στο Κεφάλαιο 3 το Υλικό και η Μεθοδολογία της μελέτης, και τα Αποτελέσματα της εργασίας που περιγράφονται εκτενώς στα Κεφάλαια 4, 5, και 6. Πιο συγκεκριμένα, στο Κεφάλαιο 4, περιγράφεται η Ψυχογενής Ορθορεξία. Αρχικά, γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή στην Ψυχογενή Ορθορεξία, καθώς και στην προέλευση του όρου. Ακολουθούν στοιχεία που έχουν σχέση με τον ορισμό και τα χαρακτηριστικά της ορθορεξίας. Επειδή, υπάρχει μια μεγάλη συζήτηση στη διεθνή επιστημονική κοινότητα για το αν η Ψυχογενής Ορθορεξία αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα, θεωρήθηκε ιδιαίτερα χρήσιμο να συμπεριληφθεί μια σχετική ενότητα. Έπειτα, καταγράφονται τα Διαγνωστικά Κριτήρια που έχουν προταθεί διαχρονικά από τους ερευνητές και συμπεριλαμβάνονται τα πλέον πρόσφατα Διαγνωστικά Κριτήρια για την ορθορεξία με βάση την κοινή έκθεση συναίνεσης του 2022. Επιπροσθέτως, ο αναγνώστης ενημερώνεται για τους παράγοντες κινδύνου, τον επιπολασμό και τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία των πασχόντων. Τέλος, περιγράφονται οι σημαντικότερες μελέτες περίπτωσης ασθενών που καταγράφηκαν με ψυχογενή ορθορεξία, συμπεριλαμβανομένου του Steven Bratman, δημιουργού του όρου και οι τρόποι διαχείρισης και η θεραπεία των ασθενών.

Το Κεφάλαιο 5 είναι αφιερωμένο στα Διαγνωστικά Εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Ορθορεξίας. Δίνονται πληροφορίες, σχετικά με την εσωτερική συνοχή των ερωτηματολογίων ή και άλλων σημαντικών χαρακτηριστικών τους, οι γλώσσες στις οποίες ορισμένα από αυτά έχουν επικυρωθεί πέρα της αρχικής τους έκδοσης, καθώς και τα βασικότερα πλεονεκτήματα ή μειονεκτήματα αυτών σύμφωνα με μελέτες που τα έχουν χρησιμοποιήσει.

Στο Κεφάλαιο 6, που είναι αφιερωμένο στις Ελληνικές Μελέτες, περιγράφονται όλες οι πρωτογενείς έρευνες που βρέθηκαν και έχουν πραγματοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό. Δίνονται πληροφορίες για τον επιπολασμό που καταγράφηκε, το μέγεθος και τη σύσταση του δείγματος, τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και για τα αποτελέσματα ή τους περιορισμούς που προέκυψαν σύμφωνα με τους συγγραφείς.

Τέλος, ο αναγνώστης στο Κεφάλαιο 7 έχει τη δυνατότητα να διαβάσει τη Συζήτηση σχετικά με τα όσα αναφέρθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση, ενώ στο τελευταίο Κεφάλαιο, στο Κεφάλαιο 8, καταγράφονται τα Συμπεράσματα αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και γίνονται Προτάσεις για τις μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις, με σκοπό να αποτυπώνεται καλύτερα η ορθορεξία στον ελληνικό πληθυσμό στο διεθνές πλαίσιο.

Στις τελευταίες σελίδες, ο αναγνώστης μπορεί να βρει στη Βιβλιογραφία κάθε πηγή που χρησιμοποιήθηκε για αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για την παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών στο κείμενο χρησιμοποιήθηκε το Σύστημα Harvard και όλες οι πηγές και η διαχείριση της βιβλιογραφίας έγιναν με τη χρήση του λογισμικού Mendeley.

## **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η περιγραφή των διατροφικών διαταραχών (Eating Disorders-EDs) ως διακριτών διαγνωστικών οντοτήτων αποτελεί ένα πεδίο της Ψυχιατρικής επιστήμης που έχει αναπτυχθεί τα τελευταία 150 χρόνια. Τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών αποτελούν έναν σημαντικό τομέα της ψυχιατρικής (Bergner et al., 2021).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, στο τελευταίο αναθεωρημένο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5-TR) αφιερώνει ένα ξεχωριστό κεφάλαιο στις διαγνώσεις διατροφικών διαταραχών υπό τον τίτλο Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής (Feeding and Eating Disorders) (American Psychiatric Association, 2022).

Ο όρος «Ψυχογενής Ανορεξία» (Anorexia Nervosa- AN) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1873 από τον Γάλλο γιατρό Ernest-Charles Lasègue και τον Άγγλο γιατρό και νευρολόγο William Gull (Bergner et al., 2021), ωστόσο η πρώτη ιατρική περιγραφή της Ψυχογενούς Ανορεξίας πιστώνεται, σύμφωνα με την αγγλόφωνη βιβλιογραφία, στον Richard Morton σχεδόν δύο αιώνες νωρίτερα, το 1689 (Pearce, 2004).

Το 1959 ο Αμερικανός Ψυχίατρος Albert Stunkard περιγράφει πρώτος τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge- Eating Disorder-BED) (Stunkard, 1959) και το 1972 γίνεται η πρώτη αναφορά στην Ψυχογενή Βουλιμία (Bulimia Nervosa- BN) στο Revista Chilena de NeuroPsiquiatria από τον Otto Dörr-Zegers, που όμως ξεπεράστηκε σε αναγνώριση και επιρροή από την περιγραφή του Βρετανού ψυχιάτρου Gerald Russell στο Psychological Medicine το 1979 (Bergner et al., 2021).

## 1.1 Ορισμός και Ταξινόμηση κατά DSM-5-TR

Σύμφωνα με το DSM-5-TR, οι Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής *«χαρακτηρίζονται από μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη διατροφή, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την τροποποιημένη κατανάλωση ή απορρόφηση τροφής και που επηρεάζει σημαντικά τη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα»* (American Psychiatric Association, 2022).

Στο DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) παρέχονται τα διαγνωστικά κριτήρια για τις αναγνωρισμένες Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής που είναι:

- η Διαταραχή Πίκα (Pica)
- η Διαταραχή Μηρυκασμού (Rumination Disorder)

- η Διαταραχή Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder)
- η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa)
- η Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa)
- η Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας (Binge- Eating Disorder)

Παράλληλα, υπάρχουν δύο ακόμα γενικές κατηγορίες στο εγχειρίδιο που είναι:

- Άλλως Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής (Other Specified Feeding or Eating Disorders- OSFED)
- Μη προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής (Unspecified Feeding or Eating Disorders- UFED) (American Psychiatric Association, 2022).

Από τις αναφερόμενες διαταραχές σίτισης και διατροφής, οι σοβαρότερες λόγω υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας, αλλά και οι πιο συχνές με αυξανόμενο επιπολασμό είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Bergner et al., 2021). Ταυτόχρονα, στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία δεν συμπεριλαμβάνεται στο DSM-5-TR ως ψυχική διατροφική διαταραχή (Treasure et al., 2010), αλλά χαρακτηρίζεται ως «*το αποτέλεσμα της μακροπρόθεσμης υπέρβασης της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή δαπάνη (που οδηγεί σε περίσσεια σωματικού λίπους). Μια σειρά από γενετικούς, φυσιολογικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που διαφέρουν μεταξύ των ατόμων συμβάλλει στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας*» (American Psychiatric Association, 2022).

Επίσης, «*οι παρενέργειες ορισμένων ψυχοτρόπων φαρμάκων συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας και η παχυσαρκία μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ορισμένων ψυχικών διαταραχών (π.χ. καταθλιπτικές διαταραχές). Ωστόσο, αν και υπάρχουν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της παχυσαρκίας και ενός αριθμού ψυχικών διαταραχών (π.χ. διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας, καταθλιπτικές, διπολικές διαταραχές, σχιζοφρένεια), η παχυσαρκία δεν εντάσσεται στις Ψυχικές Διαταραχές*» (American Psychiatric Association, 2022).

Στον πίνακα 1.1 που ακολουθεί παρατίθενται οι κατηγορίες των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής, όπως αναγράφονται στο DSM-5-TR με την αγγλική ορολογία και τον κωδικό<sup>1</sup> τους κατά DSM-5-TR.

**Πίνακας 1.1** Κατηγορίες Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής, με Ελληνική, Αγγλική Ορολογία και κωδικούς κατά DSM-5-TR.

Ελληνική Ορολογία	Αγγλική Ορολογία	Κωδικός
Διαταραχή Πίκα	Pica Disorder	F98.3 (παιδιά) F50.89 (ενήλικες)
Διαταραχή Μηρυκασμού	Rumination Disorder	F98.21
Διαταραχή Αποφεικτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής	Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder	F50.82
Ψυχογενής Ανορεξία	Anorexia Nervosa	F50.01 (Υπότυπος: Περιοριστικός Τύπος- Restricting type) F50.02 (Υπότυπος: Επεισοδιακής Υπερφαγίας/ Καθαρκτικός Τύπος- Binge-eating/ Purging type)
Ψυχογενής Βουλμία	Bulimia Nervosa	F50.2
Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας	Binge-Eating Disorder	F50.81
Άλλες Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής	Other Specified Feeding or Eating Disorders (OSFED)	F50.89
Μη προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής	Unspecified Feeding or Eating Disorders (UFED)	F50.9

Πηγή: American Psychiatric Association, 2022

<sup>1</sup> Στο σημείο αυτό να διευκρινιστεί πως «η ταξινόμηση των διαταραχών είναι εναρμονισμένη με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD), το επίσημο σύστημα κωδικοποίησης που χρησιμοποιείται στις Ηνωμένες Πολιτείες, έτσι ώστε τα κριτήρια του DSM να ορίζουν διαταραχές που προσδιορίζονται από τις διαγνωστικές ονομασίες και τους κωδικούς αριθμούς του ICD» (American Psychiatric Association, 2022).

## 1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-5-TR

Ακολουθούν τα Διαγνωστικά Κριτήρια όπως παραθέτονται στο εγχειρίδιο DSM-5-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2022) για τις κατηγορίες που αναφέρθηκαν (American Psychiatric Association, 2022) .

### 1.2.1 Διαταραχή Πίκα

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Πίκα ή αλλιώς Διαταραχή Αλλοτριοφαγίας ορίζονται ως εξής:

- A. Επίμονη κατανάλωση μη θρεπτικών και μη βρώσιμων ουσιών για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα.
- B. Η κατανάλωση μη θρεπτικών και μη βρώσιμων ουσιών δε συνάδει με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου.
- C. Η διατροφική συμπεριφορά δε συνδέεται με κάποια καθιερωμένη πολιτισμική ή κοινωνική πρακτική.
- D. Αν η διατροφική συμπεριφορά εμφανίζεται στο πλαίσιο άλλης ψυχικής διαταραχής [νοητική αναπτυξιακή διαταραχή (διανοητική αναπηρία), διαταραχή του φάσματος του Αυτισμού, σχιζοφρένεια] ή ιατρικής κατάστασης (συμπεριλαμβανομένης της εγκυμοσύνης), η σοβαρότητα της διαταραχής εντείνεται και απαιτείται επιπρόσθετη κλινική προσοχή.

Οι ασθενείς βρίσκονται σε ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Διαταραχή Πίκα και τα κριτήρια δεν πληρούνται πλέον για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association, 2022).

Στην Εικόνα 1.1 φαίνονται 1.440 αντικείμενα που απομακρύνθηκαν από το στομάχι γυναίκας που έπασχε από τη διαταραχή Πίκα το 1929. Η ασθενής είχε καταπιεί μεταλλικά αντικείμενα, συμπεριλαμβανομένων καρφιών, βιδών, καρφίτσών, καπακιών μπουκαλιών, μπουλονιών και κουμπιών. Το παρόν εκτίθεται στο Ψυχιατρικό Μουσείο Gloré, Saint Joseph, Missouri, ΗΠΑ.

**Εικόνα 1.1:** Μεταλλικά αντικείμενα που απομακρύνθηκαν από το στομάχι ασθενούς με Διαταραχή Πίκα, 1929. Glore Psychiatric Museum.



Πηγή: Glore Psychiatric Museum

### 1.2.2 Διαταραχή Μηρυκασμού

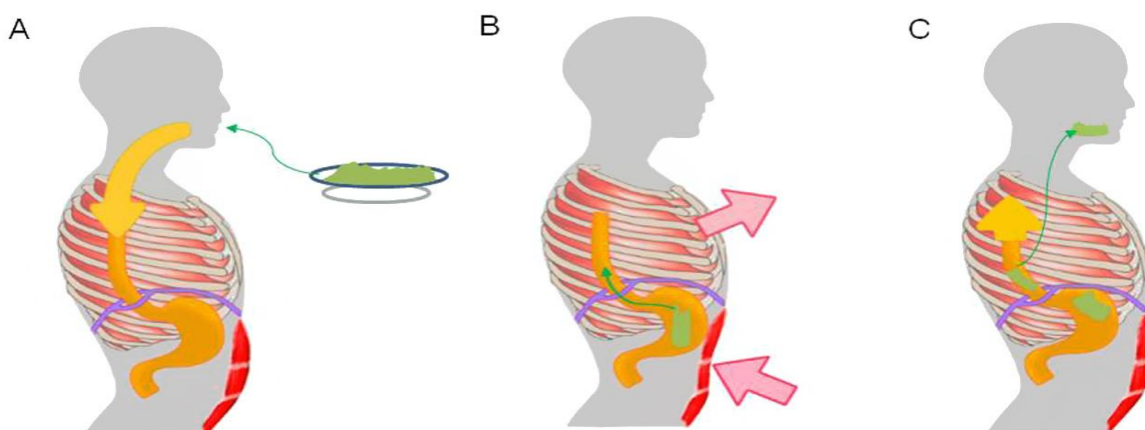
Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Μηρυκασμού ορίζονται ως εξής:

- A. Επαναλαμβανόμενη παλινδρόμηση της τροφής για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα. Η τροφή που παλινδρομείται ενδέχεται να αναμασηθεί, να ανακαταποθεί ή να τη φτύσει το πάσχον άτομο.
- B. Η επαναλαμβανόμενη παλινδρόμηση της τροφής δε συνδέεται με κάποια γαστρεντερική ή άλλη ιατρική πάθηση (π.χ. γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πυλωρική στένωση).
- C. Η διαταραχή της διατροφής δεν εκδηλώνεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας, Ψυχογενούς Βουλμίας, Επεισοδιακής Υπερφαγίας ή Διαταραχής Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής.
- D. Εάν η διατροφική συμπεριφορά εκδηλώνεται παράλληλα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή [νοητική αναπτυξιακή διαταραχή (διανοητική αναπηρία) ή άλλη νευροαναπτυξιακή διαταραχή], είναι επαρκώς σοβαρή ώστε να δικαιολογείται επιπρόσθετη κλινική προσοχή.

Οι ασθενείς βρίσκονται σε ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Διαταραχή Μηρυκασμού και τα κριτήρια δεν πληρούνται πλέον για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association, 2022).

Στην Εικόνα 1.2 διακρίνεται ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της Διαταραχής Μηρυκασμού. Η πρόσληψη τροφής πυροδοτεί μια εξαρτημένη αντίδραση, η οποία συνίσταται σε ακούσια σύσπαση των μυών του κοιλιακού τοιχώματος (Α), αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και σύσπαση των μεσοπλευρίων μυών (θωρακική αναρρόφηση) (Β), που συνδέεται με χαλάρωση του διαφράγματος, η οποία επιτρέπει την παλινδρόμηση των πρόσφατα προσλαμβανόμενων τροφών από το στομάχι προς το στόμα (Γ) (Alcala-Gonzalez et al., 2022).

**Εικόνα 1.2:** Παθοφυσιολογικός μηχανισμός της Διαταραχής Μηρυκασμού.



Πηγή: Alcala-Gonzalez et al., 2022

### 1.2.3 Διαταραχή Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής ορίζονται ως ακολούθως:

A. Διαταραχή στο φαγητό ή στη σίτιση (π.χ., εμφανής έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό, αποφυγή φαγητού βασισμένη στην εμφάνιση της τροφής, ανησυχία για τις αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης τροφής) που σχετίζεται με ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Σημαντική απώλεια βάρους (ή αδυναμία επίτευξης αναμενόμενης αύξησης βάρους ή καθυστέρηση ανάπτυξης στα παιδιά).
2. Σημαντική διατροφική ανεπάρκεια.
3. Εξάρτηση από την εντερική σίτιση ή τα από τους στόματος χορηγούμενα συμπληρώματα διατροφής.
4. Σημαντική επιβάρυνση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας.

B. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από την έλλειψη διαθέσιμης τροφής ή από το πολιτισμικό υπόβαθρο.

- C. Η διαταραχή της διατροφής δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας ή ψυχογενούς βουλιμίας και δεν υπάρχει καμία ένδειξη διαταραχής στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματός του.
- D. Η διαταραχή της διατροφής δεν οφείλεται σε ταυτόχρονη ιατρική πάθηση ή δεν εξηγείται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Όταν η διατροφική διαταραχή εμφανίζεται στο πλαίσιο άλλης κατάστασης ή διαταραχής, η σοβαρότητα της διαταραχής εντείνεται και απαιτείται επιπρόσθετη κλινική προσοχή.

Οι ασθενείς βρίσκονται σε ύφεση αφού έχουν εξαιρεθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Διαταραχή Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής και τα κριτήρια δεν πληρούνται πλέον για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association, 2022).

#### **1.2.4 Ψυχογενής Ανορεξία**

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association, 2022), τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Ψυχογενή Ανορεξία ορίζονται ως εξής:

- A. Περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με τις ανάγκες, που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος, σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή πορεία και τη σωματική υγεία. Ως σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος ορίζεται το βάρος που είναι μικρότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό ή, για τα παιδιά και τους εφήβους, μικρότερο από το ελάχιστο αναμενόμενο.
- B. Έντονος φόβος να πάρει βάρος ή να γίνει παχύς, ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμποδίζει την αύξηση του σωματικού βάρους, ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει ήδη σημαντικά χαμηλό βάρος.
- C. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σωματικό του βάρος ή το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί πως για τη ψυχογενή ανορεξία υπάρχουν δύο υπότυποι (American Psychiatric Association, 2022) με ξεχωριστούς κωδικούς, όπως αναφέρθηκε παραπάνω:

- Περιοριστικός Τύπος (F50.01): Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο δεν έχει εμπλακεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικής συμπεριφοράς (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς, κατάχρηση καθαρτικών,

διουρητικών ή κλύσματος). Η συγκεκριμένη υποκατηγορία της Ψυχογενούς Ανορεξίας περιγράφει περιπτώσεις όπου η απώλεια σωματικού βάρους επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της δίαιτας, της νηστείας ή/ και της υπερβολικής σωματικής άσκησης.

- Τύπος Επεισοδιακής Υπερφαγίας/ Καθαρτικός (F50.02): Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο έχει εμπλακεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια Υπερφαγίας ή καθαρτικής συμπεριφοράς (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών ή κλύσματος).

Οι ασθενείς βρίσκονται σε:

- Μερική ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Ψυχογενή Ανορεξία και το κριτήριο A (χαμηλό σωματικό βάρος) δεν πληρούται για μια παρατεταμένη περίοδο, αλλά ούτε το κριτήριο B (έντονος φόβος για την αύξηση του βάρους ή το πάχος ή συμπεριφορά που παρεμποδίζει την αύξηση του σωματικού βάρους) ή το Κριτήριο C (διαταραχές στην αυτοαντίληψη του βάρους και του σχήματος) εξακολουθεί να πληρούται.
- Πλήρη ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Ψυχογενή Ανορεξία και τα κριτήρια δεν πληρούνται πλέον για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association, 2022).

Ταυτόχρονα, η ψυχογενής ανορεξία (American Psychiatric Association, 2022) ταξινομείται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης, χρησιμοποιώντας το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) του ασθενή ως:

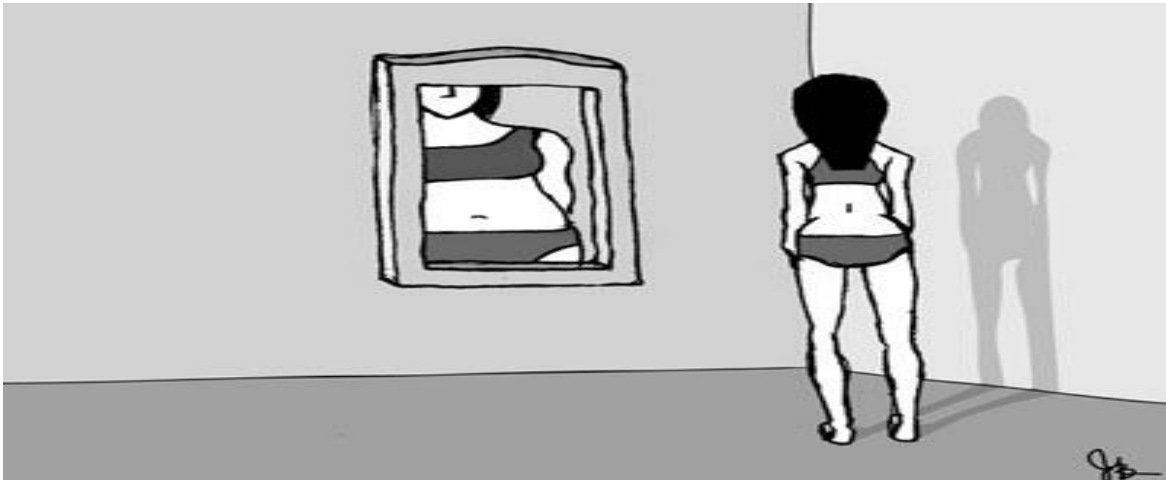
- Ήπια:  $\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Μέτρια:  $\Delta\text{Μ}\Sigma 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Σοβαρή:  $\Delta\text{Μ}\Sigma 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Ακραία:  $\Delta\text{Μ}\Sigma < 15 \text{ kg/m}^2$

Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί για να αντικατοπτρίζει τα κλινικά συμπτώματα, το βαθμό λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για παρακολούθηση (American Psychiatric Association, 2022).

Στην Εικόνα 1.3 φαίνεται η χαρακτηριστική διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία, όπου το άτομο βλέπει άλλη εικόνα από την πραγματική.



**Εικόνα 1.3:** Διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος ασθενούς με Ψυχογενή Ανορεξία.



Πηγή: Greek Society of Adolescent Medicine

### 1.2.5 Ψυχογενής Βουλιμία

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Ψυχογενή Βουλιμία ορίζονται ως εξής (American Psychiatric Association, 2022):

- A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα τέτοιο επεισόδιο χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα:
  - 1. Κατανάλωση σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ., μέσα σε διάστημα 2 ωρών) μία ποσότητα τροφής που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα καταναλώναν τα περισσότερα άτομα σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα κάτω από παρόμοιες συνθήκες.
  - 2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου της κατανάλωσης τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ., αίσθημα πως το άτομο αδυνατεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).
- B. Επαναλαμβανόμενες ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές για την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους, όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.
- C. Η Υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν και οι δύο κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.
- D. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- E. Η διαταραχή δεν εκδηλώνεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Οι ασθενείς βρίσκονται σε:

- Μερική ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Ψυχογενή Βουλιμία και μερικά, αλλά όχι όλα τα κριτήρια πληρούνται για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.
- Πλήρη ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Ψυχογενή Βουλιμία και πλέον κανένα από τα κριτήρια δεν πληρούται για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association, 2022).

Παράλληλα, η ψυχογενής βουλιμία ταξινομείται ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης, με βάση τη συχνότητα εκδήλωσης των ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών ως εξής:

- Ήπια: Κατά μέσο όρο 1-3 επεισόδια ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών ανά εβδομάδα.
- Μέτρια: Κατά μέσο όρο 4-7 επεισόδια ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών ανά εβδομάδα.
- Σοβαρή: Κατά μέσο όρο 8-13 επεισόδια ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών ανά εβδομάδα.
- Εξαιρετικά σοβαρή: Κατά μέσο όρο 14 ή και περισσότερα επεισόδια ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών ανά εβδομάδα.

Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί ώστε να αντικατοπτρίζει άλλα συμπτώματα και το βαθμό λειτουργικής αναπηρίας (American Psychiatric Association, 2022).

### **1.2.6 Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας**

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας ορίζονται ως εξής (American Psychiatric Association, 2022):

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα κριτήρια:

1. Κατανάλωση σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ., μέσα σε διάστημα 2 ωρών) μία ποσότητα τροφής που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα κατανάλωναν τα περισσότερα άτομα σε ένα παρόμοιο χρονικό διάστημα κάτω από παρόμοιες συνθήκες.
2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου της κατανάλωσης τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ., αίσθημα πως το άτομο αδυνατεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

B. Η Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας σχετίζεται με τρεις (ή περισσότερες) από τα παρακάτω:

1. Τα άτομα τρώνε πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό.
2. Τρώνε μέχρι να αισθανθούν υπερβολικό κορεσμό.
3. Τρώνε μεγάλες ποσότητες τροφής ενώ δεν αισθάνονται πεινασμένοι.
4. Τρώνε μόνοι επειδή αισθάνονται ντροπή για το πόσο πολύ τρώνε.
5. Αίσθημα αποστροφής για τον εαυτό τους, κατάθλιψη ή ενοχές μετά το επεισόδιο.

C. Υπάρχει έντονη δυσφορία σχετικά με την Υπερφαγία.

D. Τα επεισόδια υπερφαγίας λαμβάνουν χώρα, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

E. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν σχετίζονται με την επαναλαμβανόμενη εκδήλωση ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών όπως στη Ψυχογενή Βουλιμία και δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την εκδήλωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας ή της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Οι ασθενείς βρίσκονται σε:

- Μερική ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας και τα επεισόδια εκδηλώνονται με μέση συχνότητα λιγότερο από ένα επεισόδιο την εβδομάδα για ένα σταθερό χρονικό διάστημα.
- Πλήρη ύφεση αφού έχουν εξαλειφθεί προηγουμένως τα πλήρη κριτήρια για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας και πλέον κανένα από τα κριτήρια δεν πληρούται για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association, 2022).

Η σοβαρότητα της διαταραχής βασίζεται στη συχνότητα εμφάνισης των Επεισοδίων Υπερφαγίας ως εξής:

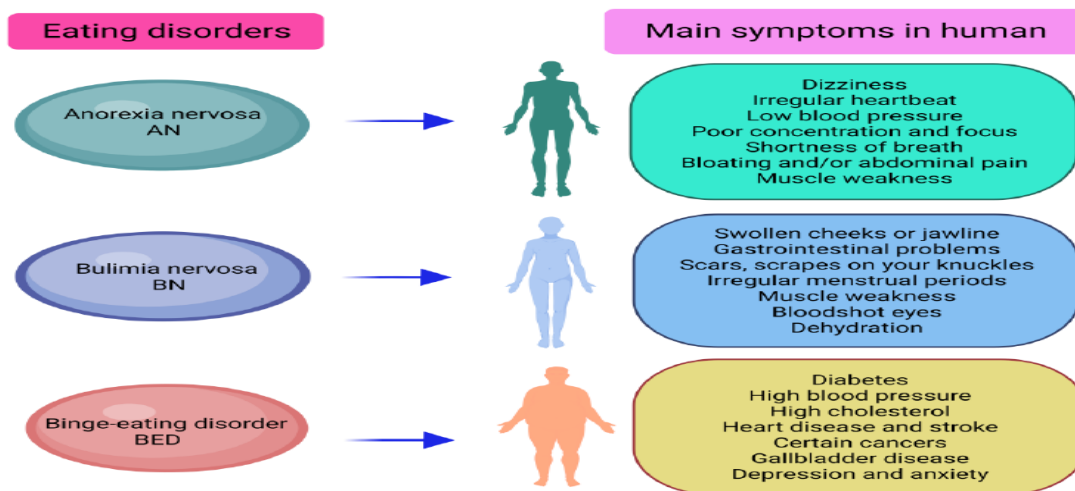
- Ήπια: 1-3 επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα.

- Μέτρια: 4-7 επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα.
- Σοβαρή: 8-13 επεισόδια υπερφαγίας ανά εβδομάδα.
- Εξαιρετικά σοβαρή: 14 επεισόδια υπερφαγίας ή και παραπάνω ανά εβδομάδα.

Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί ώστε να αντικατοπτρίζει άλλα συμπτώματα και το βαθμό λειτουργικής αναπηρίας (American Psychiatric Association, 2022).

Στην Εικόνα 1.4 αποτυπώνονται τα βασικά συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Διαταραχής Επεισοδιακής Υπερφαγίας.

**Εικόνα 1.4** Κύρια συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Διαταραχής Επεισοδιακής Υπερφαγίας.



AN: Ψυχογενής Ανορεξία, BN: Ψυχογενής Βουλιμία, BED: Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Πηγή: Feng et al., 2023

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι παρόλο που η παχυσαρκία δεν υπάγεται στις διατροφικές διαταραχές, είναι συχνά συνυπάρχουσα σε άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία ή διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Το 30-45% ασθενών με βουλιμία/επεισοδιακή υπερφαγία εκδηλώνουν παχυσαρκία και σχετικές μεταβολικές διαταραχές (Treasure et al., 2010).

### 1.2.7 Άλλως Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής

Σύμφωνα με το DSM-5-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας η κατηγορία «Άλλες Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής» αφορά περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες διαγνωστικές κατηγορίες. Ωστόσο, οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτωματολογία Διατροφικής ή Σιτιστικής Διαταραχής που επιφέρει σημαντική αγωνία ή έκπτωση στην κοινωνική ζωή, στην επαγγελματική ή σε άλλους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου (American Psychiatric Association, 2022).

Ο κλινικός ιατρός, με την εν λόγω κατηγορία, διαθέτει τη δυνατότητα να αναφέρει το λόγο που δεν πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση (π.χ. Ψυχογενής Βουλιμία χαμηλής συχνότητας». Άλλα παραδείγματα περιπτώσεων που μπορούν να καταχωρηθούν με αυτή την κατηγορία είναι (American Psychiatric Association, 2022):

- **Άτυπη Ψυχογενής Ανορεξία (Atypical Anorexia Nervosa):** Πληρούνται όλα τα κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία, αλλά παρά τη σημαντική απώλεια βάρους το βάρος του ασθενή παραμένει εντός ή άνω των φυσιολογικών ορίων. Τα άτομα με άτυπη Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί να εμφανίζουν πολλές από τις σωματικές επιπλοκές που σχετίζονται με την ανορεξία.
- **Ψυχογενής Βουλιμία (χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας) (Bulimia Nervosa of Low Frequency and/or Limited Duration):** Όλα τα κριτήρια της διαταραχής πληρούνται, εκτός από τη συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας και των ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών, που συμβαίνουν κατά μέσο όρο λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα ή/και για λιγότερο από 3 μήνες.
- **Επεισοδιακή Υπερφαγία (χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας) (Binge-Eating Disorder of Low Frequency and/or Limited Duration):** Όλα τα κριτήρια της διαταραχής πληρούνται, εκτός από τη συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας, τα οποία συμβαίνουν κατά μέσο όρο λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα ή/και για λιγότερο από 3 μήνες.
- **Διαταραχή Καθαρτικής Συμπεριφοράς (Purging Disorder):** Επαναλαμβανόμενη καθαρτική συμπεριφορά με σκοπό τη μεταβολή του βάρους ή του σχήματος του σώματος (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων) απουσίας επεισοδίων υπερφαγίας.
- **Σύνδρομο Νυχτερινής Υπερφαγίας (Night Eating Syndrome):** Επαναλαμβανόμενα επεισόδια νυχτερινής υπερφαγίας, που εκδηλώνονται με

αφύπνιση από τον νυχτερινό ύπνο ή με υπερβολική κατανάλωση τροφής μετά το βραδινό γεύμα. Υπάρχει επίγνωση και ανάκληση της συμπεριφοράς. Η Νυχτερινή Υπερφαγία δεν εξηγείται καλύτερα από εξωτερικές επιρροές όπως η αλλαγή των συνηθειών ύπνου- αφύπνισης του ατόμου ή τοπικές κοινωνικές νόρμες και επιφέρει σημαντική επιβάρυνση ή/και έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Το διαταραγμένο πρότυπο διατροφής δε σχετίζεται με τη διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας ή άλλη ψυχική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών, και δεν αποδίδεται σε άλλη ιατρική κατάσταση ή σε επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής.

### **1.2.8 Μη Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής**

Αυτή η κατηγορία αφορά περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για οποιαδήποτε από τις προαναφερθείσες διαγνωστικές κατηγορίες. Ωστόσο, οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτωματολογία Διατροφικής ή Σιτιστικής Διαταραχής που επιφέρει σημαντική αγωνία ή έκπτωση στην κοινωνική ζωή, στην επαγγελματική ή σε άλλους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Η συγκεκριμένη κατηγορία χρησιμοποιείται όταν ο κλινικός ιατρός επιλέγει να μην διευκρινίσει τον λόγο που δεν πληρούνται τα κριτήρια για συγκεκριμένη Διαταραχή Σίτισης ή Διατροφής, λόγω της έλλειψης επαρκών πληροφοριών για να τεθεί μια πιο συγκεκριμένη διάγνωση (π.χ. σε περιβάλλοντα επειγόντων περιστατικών) (American Psychiatric Association, 2022).

### **1.3 Χαρακτηριστικά Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής**

Ως σύνθετα ψυχολογικά φαινόμενα, οι διαταραχές σίτισης και διατροφής διαθέτουν πτυχές που συχνά δεν είναι διακριτές στον εξωτερικό παρατηρητή. Συχνά η έναρξη παρατηρείται ως ένα πρόβλημα με τη τροφή (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017) (κατά τη διάρκεια ή μετά από δίαιτα (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017; Skella et al., 2022)), που στη συνέχεια επεκτείνεται σε σωματική δυσφορία, ενώ σε σοβαρότερες καταστάσεις, εντοπίζεται μια διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Οι διαταραχές σίτισης και διατροφής καλύπτουν το φάσμα από τη νεύρωση έως την ψύχωση, αν και οι περισσότερες διατροφικές διαταραχές σχετίζονται περισσότερο με τις διαταραχές της προσωπικότητας, ενώ διαταραχές διάθεσης είναι συχνά συνυπάρχουσες. Στους ασθενείς με διαταραχές σίτισης και διατροφής συχνά εντοπίζονται διαταραγμένη

ρύθμιση των συναισθημάτων, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολίες στη νοηματοδότηση και μειωμένη αυτοανάπτυξη (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Συνήθως, παρατηρείται ένα αυξημένο οικογενειακό ιστορικό στους συγγενείς Α' βαθμού για την ψυχογενή ανορεξία ή την ψυχογενή βουλιμία μαζί με διαταραχές της διάθεσης, που ίσως υποδηλώνει μια κοινή γενετική προδιάθεση. Ενώ, η επεισοδιακή υπερφαγία συνήθως συνοδεύεται από αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές στον έλεγχο των παρορμήσεων, διαταραχές διάθεσης αλλά και από παχυσαρκία (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Όπως αναφέρεται στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχοδυναμικής (Psychodynamic Diagnostic Manual) PDM-2: *«Ορισμένες διατροφικές διαταραχές μπορεί να προκύψουν από το φάσμα του αναπτυξιακού τραύματος, ξεκινώντας με συγκρουσιακές οικογενειακές δυναμικές και προχωρώντας μέσω διαταραγμένης προσκόλλησης σε μια πιο εμφανή συναισθηματική και σωματική παραμέληση και σε συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Αυτή η σοβαρότητα εξηγεί γενικά τη συννοσηρότητα που συχνά περιπλέκει τη διάγνωση και τη θεραπεία»* (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Στα γνωστικά μοτίβα που παρατηρούνται συνήθως στους πάσχοντες περιλαμβάνονται η άκαμπτη σκέψη και αντιληπτικές διαστρεβλώσεις του σώματος του ασθενούς ή της εικόνας του σώματος. Σε πιο σοβαρές καταστάσεις, η εικόνα του σώματος μπορεί να είναι διαστρεβλωμένη σε σημείο που να διακυβεύεται ο έλεγχος της πραγματικότητας (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς εκδηλώνουν συχνά ναρκισσιστικά ζητήματα, τελειομανία, αυτοκριτική και ασκητισμό. Η παντοδυναμία και η εξιδανίκευση είναι κοινοί μηχανισμοί άμυνας στους ασθενείς με ανορεξία, ενώ στους ασθενείς με βουλιμία συχνότερα χρησιμοποιούνται οι άμυνες της υποτίμησης και της εξιδανίκευσης. Οι βουλιμικοί ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο συναισθηματικά απορυθμισμένοι (με οριακή λειτουργικότητα). Στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως η παρουσία μιας συναισθηματικά απορυθμισμένης (οριακής) προσωπικότητας επιδεινώνει οποιαδήποτε διατροφική διαταραχή (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Οι Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής επηρεάζουν τόσο τη σωματική κατάσταση των ατόμων όσο και τη συναισθηματική κατάσταση και τα μοτίβα των σχέσεων (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Οι σωματικές καταστάσεις αφορούν την επίδραση της ψυχικής σύγκρουσης στο πραγματικό σώμα. Συχνά μπορεί να υπάρχει δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ ψυχικών και σωματικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, η πείνα μπορεί να εκφράζει τα υποκειμενικά συναισθήματα του κενού ή της επιθυμίας για συναισθηματικούς δεσμούς. Μπορεί να

παρατηρηθεί σύγχυση σχετικά με τις αισθήσεις που κανονικά συνοδεύουν το φαγητό, όπως είναι η αδυναμία να αισθανθεί κανείς αν έχει χορτάσει (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017). Οι συναισθηματικές καταστάσεις (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017) μπορεί να περιλαμβάνουν συμπτώματα:

- κατάθλιψης (καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, χαμηλή αυτοεκτίμηση)
- ντροπής
- άγχους (κοινωνική φοβία και ιδεοψυχαναγκασμούς- που μόνο μερικές φορές σχετίζονται με το φαγητό)
- αλεξιθυμίας
- παρορμητικότητας.

Παρατηρείται πως οι ασθενείς με ανορεξία έχουν χαμηλότερη λίμπιντο και νιώθουν ντροπή για το σχήμα του σώματός τους, ενώ οι βουλιμικοί ασθενείς νιώθουν ντροπή για την έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς τους, η οποία συχνά επεκτείνεται πέρα από το φαγητό και στον αυτοτραυματισμό και τον εθισμό. Επιπλέον, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής η αυτοκτονικότητα που μπορεί να προκύψει από την καταθλιπτική διάθεση όσο και από την αποτυχία επίτευξης του ιδανικού σωματικού προτύπου (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

Οι ακόλουθες συναισθηματικές ανησυχίες (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017) είναι κοινές τόσο στην ανορεξία όσο και στη βουλιμία:

- Αισθήματα έλλειψης φροντίδας και στοργής και λαχτάρα για προστασία και αγάπη
- Αισθήματα αποτυχίας, αδυναμίας, ενοχής και ντροπής
- Αισθήματα αναξιότητας και αναποτελεσματικότητας
- Φόβος ότι οι άλλοι θα τους εγκαταλείψουν ή πως θα αποσύρουν την αγάπη τους
- Θυμός και επιθετικότητα, που όμως, επειδή είναι τρομακτικά, επικίνδυνα και ανυπόφορα, συνήθως αρνούνται, αποσιωπώνται ή μισούνται
- Φόβος ότι η συναισθηματική έκφραση θα οδηγήσει σε απώλεια του ελέγχου
- Αισθήματα κενού ή απώλειας του ελέγχου

Τέλος όσον αφορά τα μοτίβα των σχέσεων έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία συχνά καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια να μην αποκαλυφθεί η ασθένειά τους (συνήθως τρώνε μόνοι τους) κάνοντας τη γνήσια συναισθηματική οικειότητα αδύνατη και επιφανειακή. Στις στενές σχέσεις οι ανορεκτικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από έλεγχο και τελειομανία, τείνουν γενικά να είναι πιο ψυχαναγκαστικοί και ναρκισσιστές, ενώ δυσκολεύονται να αποδεχτούν θετικές χειρονομίες από τους άλλους. Οι βουλιμικοί ασθενείς διψούν για αγάπη, αλλά οι σχέσεις τους τείνουν να είναι ασταθείς και μπορεί να υποφέρουν



από συχνή εγκατάλειψη ή να αισθάνονται ανάξιοι ή άχρηστοι όταν βιώνουν απώλειες με αποτέλεσμα να εξοργίζονται ή να δρουν εναντίον του εαυτού τους (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017).

#### **1.4 Επιδημιολογία**

*«Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν άτομα όλων των ηλικιών, των φύλων, των σεξουαλικών προσανατολισμών, εθνικοτήτων και γεωγραφικών περιοχών»* (Treasure et al., 2010). Οι Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής είναι από τις σημαντικότερες ψυχιατρικές οντότητες, με τις διαταραχές της ψυχογενούς ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας και της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας να έχουν μελετηθεί διεξοδικότερα από όλες και σε αυτές να εντοπίζεται αυξημένος επιπολασμός και υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα (Bergner et al., 2021). Ωστόσο να σημειωθεί ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι σχετικά σπάνιες στο γενικό πληθυσμό (Smink et al., 2012).

Η διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας φαίνεται να είναι συχνότερη μεταξύ νέων γυναικών και έχει παρατηρηθεί μια αύξηση στα κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί αν αυτή η αύξηση οφείλεται στην πρόωμη ανίχνευση ή σε μια προωμότερη ηλικία εκδήλωσης της ανορεξίας (Smink et al., 2012). Οι νέοι, έφηβοι και νεαροί ενήλικες, φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση στα ποσοστά αυτών των διαταραχών (Sergentanidis et al., 2020). Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας φαίνεται να είναι πιο συχνή μεταξύ του ανδρικού φύλου και μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων. Όλες οι διατροφικές διαταραχές έχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, με την ψυχογενή ανορεξία να ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους (Smink et al., 2012).

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό της διαταραχής Πίκα είναι περιορισμένα. Στα παιδιά σχολικής ηλικίας υπολογίζεται περί το 5%, ενώ περίπου το 28% των εγκύων γυναικών ή την περίοδο μετά τον τοκετό μπορεί να εκδηλώσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι έγκυες γυναίκες με διαταραχή Πίκα μπορεί επίσης να αντιμετωπίζουν επισιτιστική ανασφάλεια, δηλαδή να μην διαθέτουν επαρκή πρόσβαση σε προσιτά και θρεπτικά τρόφιμα (American Psychiatric Association, 2022).

Επίσης, περιορισμένα είναι και τα ευρωπαϊκά δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με τον επιπολασμό της διαταραχής Μηρυκασμού και φαίνεται να παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 1%-2% των παιδιών σχολικής ηλικίας. Επιπλέον, στην Αυστραλία φαίνεται ο επιπολασμός να είναι στο 0,3% μεταξύ ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω για τη διαταραχή

Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής (American Psychiatric Association, 2022).

Στον Πίνακα 1.2 φαίνονται ο Ετήσιος Επιπολασμός (One Year Prevalence Rate) και ο Δια Βίου Επιπολασμός (Lifetime Prevalence) για τις διαταραχές της ψυχογενούς ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας και της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας.

**Πίνακας 1.2** Ετήσιος Επιπολασμός και Δια Βίου Επιπολασμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας και της Διαταραχής Επεισοδιακής Υπερφαγίας συνολικός και κατά φύλο

<b>Διαταραχή Σίτισης και Διατροφής</b>	<b>Ετήσιος Επιπολασμός</b>	<b>Δια Βίου Επιπολασμός</b>
Ψυχογενής Ανορεξία	0,0%-0,05% Γυναίκες: 0%-0,08% Ανδρες: 0%-0,01%	0,60%-0,80% Γυναίκες: 0,9%-1,42% Ανδρες: 0,12%-0,3%
Ψυχογενής Βουλιμία	0,14%-0,3% Γυναίκες: 0,22%-0,5% Ανδρες: 0,05%-0,1%	0,28%-1,0% Γυναίκες: 0,46%-1,5% Ανδρες: 0,05%-0,08%
Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας	0,44%-1,2% Γυναίκες: 0,6%-1,6% Ανδρες: 0,26%-0,8%	0,85%-2,8% Γυναίκες: 1,25%-3,5% Ανδρες: 0,42%-2,0%

Πηγή: American Psychiatric Association, 2022

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των Qian και συνεργατών τα ποσοστά επιπολασμού της Ανορεξίας κατά τη διάρκεια της ζωής στη δεκαετία του 1980, του 1990, του 2000 και 2010 ήταν 0,01%, 0,06%, 0,13% και 0,42% αντίστοιχα και παρουσιάζουν μια ανοδική τάση. Επίσης, τα ποσοστά επιπολασμού κατά τη διάρκεια της ζωής της Βουλιμίας στις δεκαετίες του 1990, 2000 και 2010 ήταν 0,53%, 0,41% και 1,08%, αντίστοιχα. Τέλος, ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας στις δεκαετίες του 2000 και του 2010 ήταν 1,58% και 1,48%, αντίστοιχα (Qian et al., 2022).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών μπορεί να υποεκτιμάται εξαιτίας μη συμπερίληψης όλων των τύπων διατροφικών διαταραχών στην πλειονότητα των επιδημιολογικών ερευνών (Qian et al., 2022), καθώς η άρνηση που παρατηρείται κυρίως στα άτομα με ανορεξία ή το στίγμα και η ντροπή για τα άτομα με βουλιμία, έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση ή αποφυγή της αναζήτησης

βοήθειας και ως εκ τούτου υποεκτιμάται η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών στην κοινότητα (Van Eeden et al., 2021). Επιπλέον, πιθανώς παρατηρούνται διαφορές στον επιπολασμό μεταξύ των διατροφικών διαταραχών με την πάροδο του χρόνου, εξαιτίας της υιοθέτησης των ευρύτερων διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-5 έναντι του DSM-IV (Hay et al., 2023).

Η επίπτωση φαίνεται να είναι σταθερή τις τελευταίες δεκαετίες για την ανορεξία, σταθερή ή πτωτική για τη βουλιμία, ενώ φαίνεται να αυξάνεται για τη διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας και τις άλλες μη καθορισμένες διατροφικές διαταραχές (Treasure et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, με βάση τα κριτήρια του DSM-5 η συχνότητα εμφάνισης ανορεξίας εξετάστηκε σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία στις ηλικίες 8 έως 17 ετών και η συνολική επίπτωση βρέθηκε στο 13,7 (95% ΔΕ 12,9-14,5) ανά 100.000 ανθρωπο-έτη. Στα κορίτσια ήταν 25,7 (95% ΔΕ 24,1-27,3) με υψηλότερη επίπτωση της ανορεξίας στην ηλικία των 15 ετών και στα αγόρια η επίπτωση βρέθηκε στο 2,3 (95% ΔΕ 1,8-2,8). Στη βουλιμία η επίπτωση στις ηλικίες 10 και 20 ετών βρέθηκε 100 (95% ΔΕ 60-190) ανά 100.000 ανθρωπο-έτη συνολικά, και 180 (95% ΔΕ 110-340) ανά 100.000 ανθρωπο-έτη στις γυναίκες (Van Eeden et al., 2021).

Η θνησιμότητα της ψυχογενούς ανορεξίας, υπολογιζόμενη με το Προτυποποιημένο Πηλίκιο Θνησιμότητας (Standardized Mortality Ratio- SMR) εκτιμάται με SMR στο 5.9 (95% ΔΕ 4.2–8.3), ενώ για νοσηλευόμενους ασθενείς με ανορεξία που παρουσίαζαν σοβαρό υποσιτισμό και επιπλοκές, το SMR εκτιμάται στο 15,9 (95% ΔΕ 11,6-21,4). Για τη ψυχογενή βουλιμία το SMR υπολογίζεται στο 1,9 (95% ΔΕ 1,4-2,6) (Van Eeden et al., 2021), ενώ για τη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας το SMR είναι 2,3 (95% ΔΕ 0,0-5.5) (Van Hoeken and Hoek, 2020).

## **1.5 Οι Κίνδυνοι για τη Δημόσια Υγεία**

*«Οι διατροφικές διαταραχές προκαλούν αναπηρία, είναι θανατηφόρες και δαπανηρές ψυχικές διαταραχές που επηρεάζουν σημαντικά τη σωματική υγεία και διαταράσσουν την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα»* (Treasure et al., 2010).

Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο χάνονται πάνω από 3,3 εκατομμύρια υγιή έτη ζωής παγκοσμίως λόγω διατροφικών διαταραχών (Van Hoeken and Hoek, 2020). Το Παγκόσμιο Φορτίο Ασθένειας (Global Burden of Disease- GBD) για κάθε Διατροφική Διαταραχή είναι 43,4 ηλικιακά-τυποποιημένα (age-standardised) έτη ζωής προσαρμοσμένα ως προς την αναπηρία (DALYs) ανά 100.000 άτομα. Κατά τη δεκαετία 2007-2017, το Παγκόσμιο Φορτίο

Ασθένειας που οφείλεται σε Διατροφικές Διαταραχές αυξήθηκε κατά 9,4% (Hay et al., 2023).

Οι άνθρωποι που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής και το ετήσιο κόστος υγείας φαίνεται να είναι 48% υψηλότερο από ότι στον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η συννοσηρότητα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή συσχετίζεται με 48% χαμηλότερες ετήσιες αποδοχές, ενώ μείωση παρουσιάζεται και στον αριθμό των απογόνων, όπου ο κίνδυνος για δυσμενείς εκβάσεις της εγκυμοσύνης και της νεογνικής ζωής είναι αυξημένος. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά γονιμότητας για τις γυναίκες με ανορεξία ήταν 18% και για τις γυναίκες με βουλιμία ήταν 23,3% σε σύγκριση με ποσοστό 48,3% στον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό (Van Hoeken and Hoek, 2020).

Ένα ακόμη μείζον πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία αποτελεί το γεγονός ότι σύμφωνα με μελέτες φαίνεται πως τα άτομα με διαταραχές σίτισης και διατροφής διατρέχουν 18 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Ayton et al., 2024). Στην συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Solmi και συνεργατών (2024) φαίνεται πως στις διαταραχές σίτισης και διατροφής όπου παρατηρούνται επεισόδια αυτοτραυματισμού, σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά ανάκαμψης, ενώ παράλληλα ένας υψηλότερος κοινωνικο-δημογραφικός δείκτης (socio-demographic index) φαίνεται να μετριάξει τη χαμηλότερη ανάκαμψη και τη μεγαλύτερη χρονιότητα της ψυχογενούς ανορεξίας σε όλες τις χώρες (Solmi et al., 2024).

Η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να κυμαίνονται από ήσσονος σημασίας έως απειλητικές για τη ζωή, ανάλογα με την εγγενή σοβαρότητα και τη συννοσηρότητα. Η παρορμητική σεξουαλική συμπεριφορά που συναντάται σε ασθενείς με βουλιμία, αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Λοιμώξεων (ΣΜΛ) και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017). Οι συχνότερες αιτίες θανάτου στη ψυχογενή ανορεξία σχετίζονται με τον υποσιτισμό ή γαστρεντερικές, μεταβολικές, καρδιαγγειακές ή λοιμώδεις επιπλοκές (Ayton et al., 2024; Zipfel et al., 2015). Επίσης, οι ασθενείς με συννοσηρότητα σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας. Στο σημείο αυτό θα αποτελούσε μείζονα παράλειψη να μην επισημανθεί πως καθεμία από τις αιτίες θανάτου που αναφέρθηκαν είναι θεραπεύσιμες, γεγονός που δείχνει ότι η πλειοψηφία των θανάτων είναι αποτρέψιμη (Ayton et al., 2024).

Στην ψυχογενή βουλιμία και στη διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας κυρίαρχη αιτία θανάτου αποτελεί η αυτοκτονία (Ayton et al., 2024). Στην ανορεξία παρόλο που οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε επιπλοκές από τον υποσιτισμό, 1 στους 5 θανάτους των

ασθενών με ανορεξία, προέρχεται από αυτοκτονία (Zipfel et al., 2015). Οι ασθενείς με ανορεξία διατρέχουν 18 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με αντίστοιχες ομάδες κατά ηλικία και φύλο χωρίς ανορεξία. Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου στη ψυχογενή ανορεξία, καθώς το ένα τέταρτο έως το ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό και περίπου 9%-25% των ατόμων με ανορεξία έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν (American Psychiatric Association, 2022).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο μέσος όρος ηλικίας θανάτου ατόμων που πάσχουν από κάποια διαταραχή σίτισης ή διατροφής είναι τα 30 έτη. Σε σύγκριση με το προσδόκιμο ζωής στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυτό ισοδυναμεί με απώλεια άνω των 50 χρόνων ζωής και καθιστά επιτακτική την ανάγκη για ανάπτυξη και υλοποίηση στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης (Ayton et al., 2024).

Συνοψίζοντας, οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή, αλλά οι περισσότεροι θάνατοι μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη θεραπεία, ακόμη και στις πιο σοβαρές περιπτώσεις (Ayton et al., 2024). Η «Ψυχογενής Ορθορεξία», όρος που περιγράφει μια άτυπη διατροφική διαταραχή, δεν αναφέρεται σε κανένα από τα διαγνωστικά εγχειρίδια (DSM-5-TR, ICD-11, PDM-2) και αποτελεί μια ανερχόμενη νοσολογική οντότητα που θα αναλυθεί εκτενώς στο Ειδικό Μέρος της εργασίας στα επόμενα κεφάλαια.

## **1.6 Στρατηγικές Αντιμετώπισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και στο ευρύτερο πλαίσιο**

Η άμεση και αποτελεσματική διαχείριση των διαταραχών σίτισης και διατροφής θα οδηγήσει στην ελάττωση των υψηλών ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας που παρατηρούνται (Ayton et al., 2024).

Η πολιτεία θα πρέπει να λάβει προληπτικά μέτρα (Ayton et al., 2024) με σκοπό:

- Την έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία
- Τη μείωση του στίγματος
- Την ασφαλή διαχείριση επειγόντων περιστατικών (συμπεριλαμβανομένης της ασφαλούς επανασίτισης σε περιπτώσεις υποσιτισμού) και των συννοσηροτήτων
- Την πρόληψη της αυτοκτονικότητας
- Την απρόσκοπτη συνέχεια της φροντίδας για τους ασθενείς σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και τα θεραπευτικά περιβάλλοντα.

Σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για την ευαισθητοποίηση, την έγκαιρη αναγνώριση και την έγκαιρη πρόσβαση στη θεραπεία (Ayton et al., 2024) συστήνεται:

- Αύξηση των εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού για τη μείωση του στίγματος και την ενθάρρυνση των ατόμων και των οικογενειών τους να αναζητούν βοήθεια όταν παρατηρούν σημάδια διατροφικής διαταραχής
- Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ της ΠΦΥ και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τη διευκόλυνση της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας
- Προσυμπτωματικός Έλεγχος (Screening) ατόμων που κινδυνεύουν από διαταραχές σίτισης και διατροφής στην Υγειονομική περίθαλψη, στο σχολείο, στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση και σε περιβάλλοντα παροχής κοινωνικής φροντίδας

Σε επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ayton et al., 2024) συστήνεται:

- Οι επαγγελματίες υγείας, γιατροί, νοσηλευτές, διατροφολόγοι / διαιτολόγοι, ψυχολόγοι, ψυχοθεραπευτές θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση για την έγκαιρη αναγνώριση όλων των διαταραχών σίτισης και διατροφής
- Αύξηση της ευαισθητοποίησης και της κατανόησης των διαταραχών σίτισης και διατροφής στα σχολεία, στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση και σε περιβάλλοντα παροχής κοινωνικής φροντίδας

Για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των επειγόντων ιατρικών περιστατικών με διαταραχές σίτισης και διατροφής (Ayton et al., 2024) συστήνεται:

- Παροχή εξειδικευμένης κατάρτισης στους επαγγελματίες υγείας για τη διαχείριση των ιατρικών επιπλοκών όλων των διατροφικών διαταραχών, όπως είναι ο σοβαρός υποσιτισμός και η επανασίτιση, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και ο διαβήτης τύπου I
- Διασφάλιση ότι τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων διαθέτουν πρωτόκολλα για την ταχεία αξιολόγηση και σταθεροποίηση των ασθενών με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές, σύμφωνα με κατευθυντήριες γραμμές

Για την πρόληψη της αυτοκτονικότητας (Ayton et al., 2024) συστήνεται:

- Αξιολόγηση κινδύνου αυτοκτονίας στα άτομα με διατροφικές διαταραχές σε επίπεδο ρουτίνας
- Συμπερίληψη των διαταραχών σίτισης και διατροφής στα προγράμματα πρόληψης αυτοκτονιών

Για την ολοκληρωμένη φροντίδα σχετικά με τις συννοσηρότητες (Ayton et al., 2024) συστήνονται:

- Η εφαρμογή ενός μοντέλου ολοκληρωμένης φροντίδας που να αντιμετωπίζει συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις (όπως κατάχρηση ουσιών, αυτοτραυματισμούς) ή ιατρικές καταστάσεις (όπως σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι) που αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου

Για την εφαρμογή των παραπάνω στρατηγικών πρόληψης και αντιμετώπισης των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής ή των επιπλοκών τους είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται από την πολιτεία η επαρκής χρηματοδότηση των υπηρεσιών που θα κληθούν να εφαρμόσουν τις οδηγίες ορθής πρακτικής, όπως επίσης να ενισχυθεί και η χρηματοδότηση στην έρευνα που είναι αναπόσπαστο κομμάτι στο σχεδιασμό κατάλληλων στρατηγικών (Ayton et al., 2024).

Συμπερασματικά, οι σημαντικές επενδύσεις στην κατάρτιση, την πρόληψη, τη θεραπεία και την έρευνα για τις Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής θα αποφέρουν σημαντικά οφέλη για τα άτομα και θα μειώσουν το κοινωνικό κόστος (Ayton et al., 2024).

## **1.7 Τρόποι διαχείρισης και θεραπείας των πασχόντων**

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Solmi και συνεργατών (2024), οι πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (υψηλότερα ποσοστά ανάκαμψης) για τις Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής αναδείχθηκαν:

A. Για την Ψυχογενή Ανορεξία:

- Οικογενειακή Θεραπεία
- Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία (CBT)
- Ψυχοδυναμική θεραπεία
- Διατροφική παρέμβαση

B. Για την Ψυχογενή Βουλιμία:

- Αυτοβοήθεια
- Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία (CBT)
- Διαλεκτική Συμπεριφορική θεραπεία (DBT)
- Ψυχοδυναμική θεραπεία
- Διατροφική παρέμβαση
- Φαρμακευτική θεραπεία

Γ. Για τη Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας:

- Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία (CBT)

- Διαλεκτική Συμπεριφορική θεραπεία (DBT)
- Διατροφική παρέμβαση
- Φαρμακευτική θεραπεία

Δ. Για τις Άλλες Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής:

- Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία (CBT)
- Ψυχοδυναμική θεραπεία

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία η φαρμακευτική θεραπεία συσχετίστηκε με χαμηλότερη αποκατάσταση και η λίστα αναμονής με υψηλότερη θνησιμότητα (Solmi et al., 2024).

Στον Πίνακα 1.3 που ακολουθεί φαίνονται οι αποτελεσματικότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις κατηγορίες των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής όπως αναφέρθηκαν.

**Πίνακας 1.3** Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις με τη Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα

Θεραπευτικές Παρεμβάσεις	Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής			
	Ψυχογενής Ανορεξία	Ψυχογενής Βουλμία	Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας	Άλλες Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής
Οικογενειακή Θεραπεία	✓			
CBT	✓	✓	✓	✓
DBT		✓	✓	
Ψυχοδυναμική Θεραπεία	✓	✓		✓
Αυτοβοήθεια		✓		
Διατροφική Παρέμβαση	✓	✓	✓	
Φαρμακευτική Θεραπεία		✓	✓	

✓ : Μεγαλύτερη Αποτελεσματικότητα, CBT: Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία, DBT: Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία.

Πηγή: Solmi et al., 2024



## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να εντοπίσει και να αποτυπώσει την υφιστάμενη ερευνητική κατάσταση αναφορικά με την ψυχογενή ορθορεξία, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο και να αναδείξει το σημαντικό κενό που υπάρχει στην ελληνική βιβλιογραφία, ώστε μελλοντικές έρευνες να στραφούν προς αυτή την κατεύθυνση. Επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

- η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για την ψυχογενή ορθορεξία και πιο συγκεκριμένα σχετικά με:
  - \* την εξεύρεση κοινώς αποδεκτού ορισμού,
  - \* τη διατύπωση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων,
  - \* την ταξινόμησή της,
  - \* την ανάπτυξη βελτιωμένων διαγνωστικών εργαλείων,
  - \* τον επιπολασμό της,
  - \* τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της,
  - \* τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία των πασχόντων,
  - \* τον τρόπο διαχείρισης και τη θεραπεία των πασχόντων,
- καθώς και η ανασκόπηση και ο εντοπισμός ελληνικών μελετών που έχουν δημοσιευθεί για την ανάδειξη της αναγκαιότητας για τη διερεύνηση της Ψυχογενούς Ορθορεξίας στον Ελληνικό πληθυσμό.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση διεξήχθη στις βάσεις δεδομένων Pubmed / Medline, Cochrane Database for SR, Scopus και Google Scholar. Ως λέξεις-κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι όροι “Orthorexia”, “Orthorexia Nervosa”, “Obsessive Eating”, “Eating Disorders”, “Feeding and Eating Disorders”, “Greek Population”.

Ο αλγόριθμος που πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση των λέξεων κλειδιών είναι ο εξής: “orthorexia OR orthorexia nervosa OR obsessive eating OR eating disorders OR (feeding and eating disorders) OR (orthorexia OR orthorexia nervosa AND Greek population)”.

Επίσης, μέσω των βιβλιογραφικών αναφορών που προέκυψαν στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εξετάστηκαν επιπρόσθετες πηγές από τη βιβλιογραφία των πηγών αυτών. Τα διαγνωστικά εργαλεία (DSM-5-TR, PDM-2) και το βιβλίο “Health Food Junkies” των Bratman και Knight που χρησιμοποιήθηκαν, εντοπίστηκαν μέσω της μηχανής αναζήτησης Google. Παράλληλα, στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν και επιπρόσθετες πηγές από την ελληνική και ευρωπαϊκή βιβλιογραφία, για την πληρέστερη αποτύπωση της ψυχογενούς ορθορεξίας στους αντίστοιχους πληθυσμούς.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί πως δεν υπήρχε κάποιος περιορισμός σχετικά με το έτος δημοσίευσης στα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν και συμπεριλήφθηκαν όσες πηγές βρέθηκαν στην αγγλική και στην ελληνική γλώσσα. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε κατά το έτος 2023.

Η παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών στο κείμενο πραγματοποιήθηκε με το Σύστημα Harvard και όλες οι πηγές και η διαχείριση της βιβλιογραφίας έγιναν με τη χρήση του λογισμικού Mendeley.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ

#### 4.1 Ιστορική Αναδρομή

Το 1997 ο Αμερικανός γιατρός Steven Bratman εισάγει για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία τον όρο «Ψυχογενή Ορθορεξία» (Orthorexia Nervosa-ON) μέσω ενός δοκιμίου του σε ένα μη επιστημονικό περιοδικό, το *Yoga Journal* (Bratman, 2017), θέλοντας να περιγράψει μια άτυπη διατροφική διαταραχή που αναφέρεται στην παθολογική εμμονή της κατανάλωσης υγιεινής τροφής (Grammatikopoulou et al., 2018).

#### 4.2 Προέλευση του όρου

Ο Bratman έζησε ο ίδιος μια περίοδο, όπου είχε εμμονή με την υγιεινή διατροφή, και παρατήρησε ότι αρκετοί ασθενείς του υπέφεραν από τα ίδια συμπτώματα (Łucka et al., 2019b).

Ήδη από τις αρχές του 1990 παρατήρησε αυτήν την «εμμονή με το σωστό φαγητό» και το χρονικό διάστημα 1994-1997 προσπαθούσε να βρει έναν όρο για να περιγράψει αυτό το νέο φαινόμενο. Η πρώτη απόπειρα προήλθε από την Λατινική γλώσσα χρησιμοποιώντας τον όρο *“Cupiditas Cibi Salubrum”* που σημαίνει «*Λαχτάρα για υγιεινό φαγητό (Craving for Healthy Food)*», που όμως δεν του θύμιζε τη συνήθη ορολογία που χρησιμοποιείται ευρέως στην ιατρική επιστήμη. Όπως δηλώνει ο ίδιος στο βιβλίο του *“Health Food Junkies”*, το πρώτο βιβλίο που γράφτηκε για την Ψυχογενή Ορθορεξία, είχε την εσφαλμένη αντίληψη ότι η ιατρική ορολογία προέρχεται κατά βάση από τη Λατινική γλώσσα και όχι από την αρχαία Ελληνική (Bratman & Knight, 2000).

Έπειτα, με τη βοήθεια ενός Έλληνα μελετητή (Bratman, 2017), δανείστηκε από την ελληνική γλώσσα το επίθετο «ορθός» που σημαίνει σωστός και το ουσιαστικό «όρεξη» που περιγράφει την επιθυμία για φαγητό, για να δημιουργήσει τον όρο «Ορθορεξία» (Bratman & Knight, 2000; Dunn and Bratman, 2016; Łucka et al., 2019a) κατά αναλογία με τον όρο «Ψυχογενή Ανορεξία» που υπήρχε ήδη (Bratman, 2017).

Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο ίδιος ο Steven Bratman στο άρθρο του «Ορθορεξία εναντίον θεωριών υγιεινής διατροφής», το 1997 που επινόησε τον όρο «Ορθορεξία» δεν είχε την πρόθεση να προτείνει μια νέα διατροφική διαταραχή (Bratman, 2017).

### 4.3 Ορισμός και χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ορθορεξίας

Ένα εύλογο ερώτημα που δημιουργείται είναι το κατά πόσον το ενδιαφέρον που δείχνει ένα άτομο για τη διατροφή του και η ενασχόλησή του με την υγιεινή διατροφή θα μπορούσε να αποτελεί είτε μια ευαισθητοποιημένη συμπεριφορά είτε ορθορεκτική διατροφική διαταραχή.

Συνήθως, η ορθορεξία «διανύει» δύο στάδια πριν την εγκατάσταση της διαταραχής. Στο αρχικό στάδιο δεν υφίσταται παθολογία, πρόκειται πράγματι για μια ευαισθητοποίηση σχετικά με την υγιεινή διατροφή (Bratman, 2017), κατά την οποία το άτομο που ενδιαφέρεται για αυτή μπορεί να έχει ως κίνητρα το να ξεπεράσει κάποια χρόνια νόσο, να διορθώσει επιβλαβείς διατροφικές συνήθειες, την απώλεια του επιπρόσθετου σωματικού βάρους του και εν γένει την βελτίωση της υγείας του (Bratman & Knight, 2000). Άλλωστε, η υγιεινή διατροφή μεταξύ άλλων συμβάλλει στη μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας και δρα ως προστατευτικός παράγοντας στην πρόληψη εμφάνισης και ανάπτυξης του σακχαρώδη διαβήτη, αλλά και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Gkiouleka et al., 2022). Ωστόσο, η μετάβαση από μια υγιή, ωφέλιμη και ευαισθητοποιημένη συμπεριφορά στην εντατικοποίηση αυτής της επιδίωξης, οδηγεί σε μια ανθυγιεινή εμμονή με παθολογικά στοιχεία και αποτελεί το δεύτερο στάδιο, αυτό της Ψυχογενούς Ορθορεξίας (Bratman, 2017).

Διαχρονικά έχουν γίνει ποικίλες προσπάθειες από τους ερευνητές στη διατύπωση ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού της ψυχογενούς ορθορεξίας (Cena et al., 2019; Donini et al., 2022). Ο όρος κατά Bratman, αναφέρεται στην εμμονή με την κατανάλωση των σωστών τροφών (Bratman, 2017). Οι ορθορεκτικοί ασθενείς αποφεύγουν τρόφιμα που περιέχουν πρόσθετα, συντηρητικά, φυτοφάρμακα, ζάχαρη, αλάτι, λιπαρά. Επίσης, αποφεύγουν τα γενετικά τροποποιημένα τρόφιμα και γενικότερα όποια τρόφιμα θεωρούν «ανθυγιεινά» (Δούβρης, 2023).

Στην ανασκόπηση των Cena και συνεργατών (2019) σχετικά με την εξεύρεση ορισμού και τον καθορισμό των διαγνωστικών κριτηρίων για την ψυχογενή ορθορεξία, προκύπτει ότι η ορθορεξία προσδιορίζεται κυρίως με τη χρήση τριών ή τεσσάρων όρων, αυτών της εμμονής (obsession) συχνότερα, της προσκόλλησης (fixation) και της ανησυχίας/ ενασχόλησης (concern / preoccupation), έννοιες συμπληρωματικές αφού εξετάζουν διαφορετικές πτυχές του ίδιου προβλήματος. Πιο συγκεκριμένα, η ανησυχία για την υγιεινή διατροφή οδηγεί στη διαρκή ενασχόληση με την κατάλληλη διατροφή (preoccupation), η οποία εξελίσσεται σε

επίμονη και ενοχλητική σκέψη (obsession) που εκδηλώνεται με στερεοτυπική συμπεριφορά (fixation) (Cena et al., 2019).

Έτσι, παρατηρείται, η προσοχή του ατόμου για υγιεινή διατροφή να μετατρέπεται σε εμμονή με την υγιεινή διατροφή, η αυτοπειθαρχία να γίνεται αυτοτιμωρία και κάθε καλοπροαίρετη προσπάθεια για κατανάλωση υγιεινής τροφής να μετατρέπεται σταδιακά και να αντικαθίσταται με εθισμό (Bratman & Knight, 2000).

Το 2022 δημοσιεύθηκε από τους Donini και συνεργάτες το συλλογικότερο και ίσως σημαντικότερο έργο για την Ψυχογενή Ορθορεξία και αφορά στην έκθεση σχετικά με τον ορισμό και τα κριτήρια για τη διάγνωση της ορθορεξίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη, συμμετείχαν 47 ειδικοί στις διαταραχές σίτισης και διατροφής, εκπροσωπώντας 14 χώρες στις 4 από τις 5 Ηπείρους. Οι 47 ερευνητές με τη μέθοδο Delphi (Delphi Method) έπρεπε να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν με 67 θέσεις για την ορθορεξία, σε μια σειρά τριών διαδοχικών φάσεων, με όριο το 75% συμφωνίας επί των δηλώσεων που θα προάγονταν στην επόμενη φάση. Από αυτή τη διαδικασία για την εξεύρεση κοινού ορισμού (Κριτήριο Α) προέκυψαν 8 δηλώσεις με ποσοστά συμφωνίας από 78,6% έως 96,7% (Donini et al., 2022). Στον Πίνακα 4.1 που ακολουθεί φαίνονται οι δηλώσεις και τα ποσοστά συμφωνίας σχετικά με τον Ορισμό, τις Κλινικές Πτυχές και τη Διάρκεια της Ψυχογενούς Ορθορεξίας, όπως αναγράφονται στη μελέτη των Donini και συνεργατών (Donini et al., 2022).

**Πίνακας 4.1** Ορισμός, Κλινικές Πτυχές και Διάρκεια (Κριτήριο Α) και Ποσοστά (%) Συμφωνίας

Κριτήριο Α: Ορισμός, Κλινικές Πτυχές και Διάρκεια		
A1. Ορισμός	Δηλώσεις	Ποσοστό (%) Συμφωνίας
1	Η ψυχογενής ορθορεξία είναι μια ψυχική διαταραχή που σχετίζεται με με μειωμένη ευημερία και εμπίπτει στην κατηγορία του DSM-5 «Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής».	93,3
2	Ο ορισμός της «υγιεινής διατροφής» ή της «αγνής διατροφής» περιλαμβάνει μια διατροφική θεωρία ή ένα σύνολο πεποιθήσεων των οποίων οι συγκεκριμένες λεπτομέρειες μπορεί να ποικίλλουν. Τα άτομα με ορθορεξία συχνά αναφέρονται στο «υγιεινό» φαγητό ως αγνό, καθαρό, βιολογικό, σωστό, ορθό, φυσικό, ασφαλές- το «ανθυγιεινό» φαγητό αναφέρεται συχνά ως επεξεργασμένο, με πρόσθετα συστατικά, έτοιμο, επεξεργασμένο, τοξικό, μολυσμένο, που μπορεί να προκαλέσει επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία του ατόμου. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει οποιονδήποτε άλλον ορισμό του υγιεινού ή ανθυγιεινού σύμφωνα με το επηρεαζόμενο άτομο (το υπόβαθρο/ κουλτούρα/ γνώση/ στιγμή του/της) ή τις διατροφικές τάσεις και κουλτούρες.	96,7
3	Η ορθορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με τη διατροφική συμπεριφορά του ατόμου και με αυτοεπιβαλλόμενους αυστηρούς και άκαμπτους κανόνες, οι οποίοι ελέγχονται αυστηρά και περιλαμβάνουν τη δαπάνη υπερβολικού χρόνου για το σχεδιασμό, την απόκτηση, την προετοιμασία ή/ και την κατανάλωση του φαγητού.	93,3

4	Η συμπεριφορά που σχετίζεται με την ορθορεξία περιλαμβάνει διαταραχές των διατροφικών συνηθειών που οδηγούν σε μια μη ισορροπημένη διατροφή, η οποία επηρεάζει αρνητικά την κατάσταση της υγείας (τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία) και την ποιότητα ζωής.	93,3
A2. Κλινικές Πτυχές		
5	Η ορθορεξία περιλαμβάνει συναισθηματικές (π.χ. αίσθημα ενοχής μετά την κατανάλωση τροφίμων που θεωρούνται ανθυγιεινά), γνωστικές (π.χ. προβλήματα προσοχής και συγκέντρωσης) ή/και κοινωνικές (π.χ. κοινωνικός αποκλεισμός) συνέπειες, οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στην εκπαιδευτική, εργασιακή ή κοινωνική ζωή των ατόμων.	96,6
6	Ειδικότερα τα άτομα με ορθορεξία βιώνουν συναισθηματική δυσφορία, άγχος (αν βρεθούν αντιμέτωποι με τρόφιμα που πιστεύουν ότι είναι ανθυγιεινά και φοβούνται ότι μπορεί να υποστούν βλάβη από την κατανάλωσή τους), εκδηλώνουν προβλήματα σχετικά με την προσοχή και τη συγκέντρωση (εάν ένα άτομο σκέφτεται την υγιεινή διατροφή όλη την ημέρα) και αισθήματα ενοχής ως συνέπεια του γεγονότος ότι δεν είναι σε θέση να τρώνε υγιεινά.	96,6
7	Στην ορθορεξία η τήρηση των αυτοεπιβαλλόμενων διατροφικών κανόνων έχει αδικαιολόγητη επίδραση στην αυτοεκτίμηση.	90
A3 Διάρκεια		
8	Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Ωστόσο, εάν υπάρχει σοβαρή βλάβη της υγείας (π.χ. σοβαρός υποσιτισμός), η διάγνωση μπορεί να τεθεί ακόμη και μετά από 3 μήνες.	78,6

%: επί τοις εκατό

Πηγή: Donini et al., 2022

Σύμφωνα με τα παραπάνω η υιοθέτηση της «υγιεινής ή αγνής διατροφής» (όπως ορίζεται στη δήλωση 2 του κριτηρίου A1) είναι απαραίτητη, αλλά δεν επαρκεί για τη διάγνωση της ορθορεξίας, δεδομένου ότι οι ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση είναι εξαιρετικά μεταβλητές και δεν είναι πάντα επιβλαβείς για το άτομο. Επίσης, τα άτομα που εκδηλώνουν ορθορεξία, όπως και τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές έχουν συχνά μια αμφίσημη στάση απέναντι στην ίδια τους τη διαταραχή. Ορισμένες φορές συμφωνούν ότι η συμπεριφορά τους συνοδεύεται από δυσφορία, αλλά μερικές φορές δεν έχουν πλήρη επίγνωση της διαταραχής και της αγωνίας που συνεπάγονται οι συμπεριφορές και οι στάσεις τους (Donini et al., 2022).

Στο κριτήριο A1 η δήλωση 4, εκφράζει τον σοβαρό αντίκτυπο της ορθορεξίας στην κατάσταση της υγείας των ατόμων και δεν αποτελεί απλώς μια από τις πολλές πιθανές συνέπειες, όπως σε άλλες ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, ειδική φοβία και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD)) που δεν περιλαμβάνουν τη σωματική βλάβη ως κριτήριο. Τέλος, όσον αφορά τη χρονική διάρκεια για να τεθεί η διάγνωση για την ορθορεξία

(κριτήριο A3, δήλωση 8) η ομάδα των εμπειρογνομόνων συμφωνεί ότι αυτό το κριτήριο διάρκειας, αν και αυθαίρετο προς το παρόν, είναι απαραίτητο και συνήθως υπάρχει στον ορισμό των περισσότερων ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, περισσότερες έρευνες είναι απαραίτητες για τον καθορισμό μιας πιο ουσιαστικής χρονικής αναφοράς (Donini et al., 2022).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά το βασικό σύμπτωμα (core symptom) της ψυχογενούς ορθορεξίας είναι ο υπερβολικός φόβος ότι η ανθυγιεινή διατροφή θα προκαλέσει κάποια ασθένεια (Barthels et al., 2015) και ο ασθενής για να αντιρροπήσει τον υπέρμετρο αυτό φόβο του επικεντρώνεται και αναλώνεται εμμονικά πλέον στο υγιεινό και «αγνό» φαγητό (quality of food), σε αντίθεση με έναν ασθενή με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία, που ασχολείται με την ποσότητα του φαγητού (quantity of food) (Bratman & Knight, 2000; Łucka et al., 2019b; Moroze et al., 2015). Αυτό το χαρακτηριστικό που συναντάται στην ορθορεξία είναι και η ειδοποιός διαφορά μεταξύ ορθορεξίας και ανορεξίας/ βουλιμίας (Moroze et al., 2015). Ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς αμφισβητούν αυτό το χαρακτηριστικό και υποστηρίζουν ότι τα άτομα με συμπτώματα ορθορεξίας επιλέγουν τις συγκεκριμένες τροφές για τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Bartel et al., 2020; Hessler-Kaufmann et al., 2021) που υπερτερεί έναντι των λόγων υγείας, καθώς επίσης και ότι υπάρχουν ανησυχίες για την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής, ενώ παρατηρούνται και διαταραχές που έχουν σχέση με την εικόνα του σώματος (Bartel et al., 2020). Ταυτόχρονα, είναι αξιοσημείωτο ότι στη Σουηδία, ο όρος «Ορθορεξία» χρησιμοποιείται για να δηλώσει και τον εθισμό στην υπερβολική άσκηση (Haman et al., 2015). Ωστόσο, φαίνεται πως και οι τρεις διατροφικές διαταραχές προσδίδουν στο φαγητό μια υπερβολική έως και εμμονική διάσταση στη ζωή του ατόμου (Bratman & Knight, 2000).

Το άτομο που πάσχει από ψυχογενή ορθορεξία αναπτύσσει ιδεοψυχαναγκαστική σκέψη και καταναγκαστική συμπεριφορά (Bratman, 2017; Donini et al., 2022), όπου παρατηρείται παρουσία υπερτιμημένων ιδεών (overvalued ideas) αναφορικά με τα οφέλη των τροφίμων για την υγεία και τελετουργικές πράξεις σχετιζόμενες με την αγορά, την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφίμων (Barthels et al., 2015; Donini et al., 2022; Zagaria et al., 2022). Επιπρόσθετα, από ψυχοδυναμική άποψη, τα άτομα με συμπτώματα ορθορεξίας φαίνεται να παρουσιάζουν συχνά και προβλήματα προσωπικότητας. Αυτό φαίνεται να επηρεάζει την κοινωνική λειτουργικότητα και να υποστηρίζει την απομόνωση, καθώς πίσω από την υπερβολική εστίαση στην υγιεινή διατροφή, εντοπίζονται χαρακτηριστικά όπως η τελειομανία, η ακαμψία, δυσκολίες στην αυτορρύθμιση, την ταυτότητα, την αυτοεκτίμηση, τη συναισθηματική διαμόρφωση και τον έλεγχο των παρορμήσεων (Cena et al., 2019).



Επίσης, το άτομο γίνεται αυτοτιμωρικό (Bratman, 2017) αν «σπάσει» κάποιον από τους αυστηρούς αυτοεπιβαλλόμενους διατροφικούς κανόνες του, ενώ αισθάνεται ιδιαίτερο και «ανώτερο» σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους (που δεν τρέφονται όπως αυτό) όταν επιτυγχάνει την ευλαβική τήρηση των κανόνων του. Η αυτοτιμωρία περιλαμβάνει ακόμη αυστηρότερες δίαιτες (Bratman & Knight, 2000), όπως την αυστηρή αποφυγή τροφίμων που θεωρούνται ανθυγιεινά (Barthels et al., 2015) ή/ και πολυήμερη νηστεία με στόχο την «κάθαρση» από τα «ακάθαρτα» τρόφιμα, καθιστώντας τη ζωή του ατόμου δύσκολη και θέτοντάς το σε κίνδυνο (Bratman & Knight, 2000).

#### **4.4 Αποτελεί η Ψυχογενής Ορθορεξία ξεχωριστή κλινική οντότητα;**

Το παραπάνω ερευνητικό ερώτημα αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ερωτήματα που έχουν τεθεί σχετικά με την ψυχογενή ορθορεξία και η διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει καταβάλει ποικίλες προσπάθειες μέσω μελετών και ανασκοπήσεων (συστηματικών και μη) να απαντήσει στην εν λόγω ερώτηση (Barnes and Caltabiano, 2017; Barthels et al., 2015; Brytek-Matera et al., 2017; Cena et al., 2019; Donini et al., 2022; Dunn and Bratman, 2016; Hessler-Kaufmann et al., 2021; Łucka et al., 2019b; McComb and Mills, 2019; Moroze et al., 2015; Roncero et al., 2017; Strahler and Stark, 2020; Zagaria et al., 2022).

Προς το παρόν η ορθορεξία δεν υφίσταται ως ξεχωριστή κλινική οντότητα ή ως όρος σε κανένα από τα διαθέσιμα Διαγνωστικά Εγχειρίδια. Δεν συμπεριλαμβάνεται στην πιο πρόσφατη έκδοση (2022) του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5-TR) (Donini et al., 2022; Gkiouleka et al., 2022) ούτε γίνεται ξεχωριστή αναφορά σε αυτή στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-11), εκδοθείσα το 2019 (Donini et al., 2022; Oberle et al., 2021; Strahler and Stark, 2020) ή στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχοδυναμικής (PDM-2) (Lingiardi, V., & McWilliams, 2017) αν και έχουν προταθεί σχετικά διαγνωστικά κριτήρια (Donini et al., 2022; McComb and Mills, 2019; Oberle et al., 2021).

Έχει παρατηρηθεί έντονη συζήτηση για το που πρέπει να ενταχθεί η ψυχογενής ορθορεξία. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι εντάσσεται στις Άλλες μη προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής (UFED), ενώ στην Ολλανδία οι ειδικοί (σε ποσοστό 78%) φαίνεται να υποστηρίζουν πως η ορθορεξία πρέπει να αποτελεί ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία από τις άλλες διατροφικές διαταραχές (Grammatikopoulou et al., 2021).

Αντίθετα, σύμφωνα με ορισμένους άλλους συγγραφείς φαίνεται ότι η ψυχογενής ορθορεξία μπορεί να ενταχθεί στις διαταραχές πρόσληψης τροφής αποφευκτικού / περιοριστικού τύπου (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder- ARFID) (Hessler-Kaufmann et al., 2021; McComb and Mills, 2019; Moroze et al., 2015; Volpe et al., 2015) και δεν αποτελεί ξεχωριστή διατροφική διαταραχή (Hessler-Kaufmann et al., 2021). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν αντιθέτως ότι η ορθορεξία δεν μπορεί να ενταχθεί ως Διαταραχή Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής (ARFID), διότι τα άτομα με ορθορεξία προτιμούν να περιορίζουν την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων με γνώμονα το να τρέφονται όσο το δυνατόν περισσότερο υγιεινά και δεν περιορίζουν τα τρόφιμα με το κριτήριο για παράδειγμα μιας προηγούμενης αποτρεπτικής εμπειρίας σχετικά με τα τρόφιμα ή με βάση τις αισθητηριακές ιδιότητες και την εμφάνιση της τροφής όπως συμβαίνει στην Διαταραχή Αποφευκτικής/ Περιοριστικής Πρόσληψης Τροφής (ARFID) (Gkiouleka et al., 2022; Skella et al., 2022).

Επίσης, άλλοι συγγραφείς έχουν αναρωτηθεί αν θα μπορούσε να αποτελέσει υπο-τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας, λόγω των αρκετών κοινών χαρακτηριστικών που παρατηρούνται στη ψυχογενή ανορεξία και στη ψυχογενή ορθορεξία (Barthels et al., 2015; Skella et al., 2022). Τόσο στην ψυχογενή ορθορεξία όσο και στην ψυχογενή ανορεξία, παρατηρείται μια γνωστική προσκόλληση, καθήλωση στο θέμα της τροφής (cognitive fixation), οι ασθενείς πλέον δεν τρέφονται με βάση το αίσθημα της πείνας και της απόλαυσης που αποκομίζει κάποιος από τη τροφή, αλλά με βάση τη θερμιδική αξία (ψυχογενής ανορεξία) ή την ποιότητα της τροφής και τα οφέλη των τροφίμων για την υγεία -που θα πρέπει να έχουν, προκειμένου να καταναλωθούν- στην περίπτωση της ψυχογενούς ορθορεξίας (Barthels et al., 2015; Bratman & Knight, 2000).

Επιπλέον, έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα εξαιτίας ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών μεταξύ της ψυχογενούς ορθορεξίας, της ψυχογενούς ανορεξίας, της ψυχογενούς βουλιμίας, το ενδεχόμενο να ανήκουν στο ίδιο φάσμα, όπου οι ασθενείς μεταπηδούν από μια εμμονή με την ποσότητα (ανορεξία/ βουλιμία) σε μια εμμονή με την ποιότητα του φαγητού (ορθορεξία). Επίσης, έχει θεωρηθεί πιθανό μια εμμονή με την υγιεινή διατροφή (ψυχογενής ορθορεξία) να συγκαλύπτει περισσότερο κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους ελέγχου βάρους για τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία (Barnes and Caltabiano, 2017).

Άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ομοιότητες μεταξύ της ορθορεξίας και του υποχονδρίασης, των ψυχωσικών συνδρομών (Roncero et al., 2017), της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD) (Dell'Osso et al., 2016; Roncero et al., 2017), της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής

προσωπικότητας (OCPD) (Dell'Osso et al., 2016; Volpe et al., 2015), της διαταραχής αυτιστικού φάσματος (ASD) (Dell'Osso et al., 2016; Łucka et al., 2019b; McComb and Mills, 2019) και της διαταραχής σωματοποίησης (Somatic Symptom Disorder-SSD) (Barthels et al., 2015).

Ειδικότερα, σχετικά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) και την ψυχογενή ορθορεξία έχει εξετασθεί αν η ορθορεξία αποτελεί ξεχωριστή διαταραχή ή αν αποτελεί κομμάτι της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD) (Łucka et al., 2019b), αν και στην ορθορεξία παρατηρούνται εγωσυντονικές (ego-syntonic) σκέψεις, ενώ στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή οι σκέψεις είναι εγωδυστονικές (ego-dystonic) (Barthels et al., 2015; Donini et al., 2022; McComb and Mills, 2019).

Με άλλα λόγια έχει υπάρξει μια μεγάλη συζήτηση για το αν η ορθορεξία πρέπει να ταξινομηθεί στις αγχώδεις διαταραχές, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή αν αποτελεί διατροφική διαταραχή (ED) (Pruneti et al., 2023; Zagaria et al., 2022) είτε αυτόνομη (Barnes and Caltabiano, 2017; Barthels et al., 2015; Plichta and Jezewska-Zychowicz, 2019; Strahler and Stark, 2020) είτε ως υποτύπος της ψυχογενούς ανορεξίας (subtype) (Barnes and Caltabiano, 2017; Barthels et al., 2015; Hessler-Kaufmann et al., 2021; Strahler and Stark, 2020) ή ακόμα να είναι μια διαφορετική/ εναλλακτική διατροφική συμπεριφορά στο συνεχές (continuum) της υγιεινής διατροφής (Bratman, 2017; Haman et al., 2015; McComb and Mills, 2019).

Επιπλέον, σύμφωνα με την έκθεση κοινής συναίνεσης για τον ορισμό και τα κριτήρια διάγνωσης της ορθορεξίας, η ψυχογενής ορθορεξία φαίνεται να εμπίπτει στην κατηγορία των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής, καθώς οι ειδικοί φαίνεται να συμφωνούν με την άποψη πως η συνύπαρξη ορθορεξίας με κάποια άλλη διαταραχή σίτισης και διατροφής είναι πιθανή. Αυτό μπορεί να δείχνει ασύμβατο με την υπόθεση κατάταξης των διαταραχών σίτισης και διατροφής ως αμοιβαία αποκλειόμενες στο DSM, ωστόσο αυτή η συνύπαρξη μπορεί να αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα (όπως για τη διαταραχή Πίκα) ή η δήλωση των ειδικών θα πρέπει να αλλάξει στο μέλλον αν προκύψουν νέα ερευνητικά ευρήματα (Donini et al., 2022).

Συμπερασματικά, η ταξινόμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας είτε ως αυτόνομης διατροφικής διαταραχής είτε ως υποτύπος κάποιας άλλης κατηγορίας, είναι από τα καίρια θέματα που απασχολούν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα (Barnes and Caltabiano, 2017; Donini et al., 2022; Haman et al., 2015; Hessler-Kaufmann et al., 2021). Ωστόσο, η συζήτηση που έχει δημιουργηθεί γύρω από το εν λόγω θέμα, ενδέχεται να οδηγήσει σε ένα αναθεωρημένο, νέο DSM-6, που θα συμπεριλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την ψυχογενή ορθορεξία στις διατροφικές

διαταραχές είτε ως ξεχωριστή κλινική οντότητα (το πλέον πιθανό) είτε ως υποτύπος της ψυχογενούς ανορεξίας.

#### 4.5 Διαγνωστικά κριτήρια

Η επιστημονική κοινότητα φαίνεται τα τελευταία χρόνια να δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ψυχογενή ορθορεξία. Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες εξεύρεσης ορισμών και καθορισμού διαγνωστικών κριτηρίων για την ορθορεκτική διαταραχή, ενώ δημοσιεύονται σε ποικίλα διεθνή επιστημονικά περιοδικά ολοένα και περισσότερες μελέτες (Cena et al., 2019; Donini et al., 2022; McComb and Mills, 2019; Yoshimura et al., 2023).

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4.2) παρατίθενται αναλυτικά τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ορθορεξία, όπως έχουν προταθεί ανά συγγραφέα και έτος στην ανασκόπηση των Cena και συνεργατών (Cena et al., 2019).

**Πίνακας 4.2** Διαγνωστικά κριτήρια για τη ψυχογενή ορθορεξία, όπως έχουν προταθεί ανά συγγραφέα και έτος

Συγγραφέας, έτος	Διαγνωστικά Κριτήρια
<b>Setnick, 2013</b>	<p>Κριτήριο Α: παθολογική ενασχόληση με τη διατροφή και το διαιτολόγιο πολύ πέρα από αυτό που είναι απαραίτητο για την υγεία, και αδικαιολόγητη επιρροή της διατροφής στην αυτοεκτίμηση, που αποδεικνύεται από χαρακτηριστικά όπως:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Φοβική αποφυγή ή αντίδραση σε τρόφιμα που θεωρούνται ανθυγιεινά, όπως άρνηση να βρεθεί κανείς κοντά σε τέτοια τρόφιμα ή βίωση πανικού ενώ παρακολουθούν άλλους να τρώνε τέτοιο φαγητό</li> <li>2. Σοβαρή συναισθηματική δυσφορία ή αυτοτραυματισμός μετά την κατανάλωση ενός τροφίμου που θεωρείται ανθυγιεινό</li> <li>3. Επίμονη αποτυχία κάλυψης των κατάλληλων διατροφικών αναγκών που οδηγεί σε διατροφικό έλλειμμα ή/ και ψυχολογική εξάρτηση σε μεμονωμένα συμπληρώματα θρεπτικών συστατικών στη θέση της πρόσληψης τροφής λόγω της πεποίθησης ότι τα συνθετικά θρεπτικά συστατικά είναι ανώτερα από αυτά που περιέχονται στα τρόφιμα ή ότι τα τρόφιμα είναι μολυσμένα (εκτός από τις περιπτώσεις όπου τα τρόφιμα είναι γνωστό ότι είναι μολυσμένα)</li> <li>4. Ακολουθώντας μια περιοριστική δίαιτα που έχει συνταγογραφηθεί για μια ιατρική πάθηση που το άτομο δεν έχει ή για την πρόληψη μιας ασθένειας που δεν είναι γνωστό ότι επηρεάζεται από τη διατροφή</li> <li>5. Επιμονή στα οφέλη της δίαιτας για την υγεία παρά τα αντίθετα στοιχεία</li> <li>6. Σημαντική παρέμβαση στην κοινωνική λειτουργικότητα ή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως απομόνωση κατά το φαγητό, αποφυγή των κοινωνικών εκδηλώσεων όπου σερβίρεται φαγητό, ή παραμέληση της εργασίας, του σχολείου ή των οικογενειακών υποχρεώσεων εξαιτίας των σχετιζόμενων με το φαγητό δραστηριοτήτων</li> </ol> <p>Κριτήριο Β: δεν είναι αποτέλεσμα της έλλειψης διαθέσιμων τροφίμων ή μιας πολιτισμικά επικυρωμένης πρακτικής</p> <p>Κριτήριο Γ: το άτομο υποστηρίζει ότι κάνει μια προσπάθεια για υγεία ή παράταση της ζωής και όχι μια προσπάθεια για λεπτότητα</p> <p>Κριτήριο Δ: η διατροφική διαταραχή δεν οφείλεται σε ιατρική κατάσταση ή σε άλλη ψυχική διαταραχή, όπως η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία ή η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή</p>

<p><b>Moroze et al. 2014</b></p>	<p>Κριτήριο Α: Η εμμονική ενασχόληση με την κατανάλωση «υγιεινών τροφίμων», εστιάζοντας στις ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα και τη σύνθεση των γευμάτων. (Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Κατανάλωση μιας θρεπτικά μη ισορροπημένης διατροφής λόγω της ανησυχίας σχετικά με την «αγνότητα» των τροφών</li> <li>2. Ενασχόληση και ανησυχίες σχετικά με την κατανάλωση «ακάθαρτων» ή ανθυγιεινών τροφίμων, καθώς και για τις επιπτώσεις της ποιότητας και της σύνθεσης των τροφίμων στη σωματική ή/ και στη συναισθηματική υγεία</li> <li>3. Ακαμπτη αποφυγή τροφών που πιστεύεται από τον ασθενή ως «ανθυγιεινών», κάτι που μπορεί να περιλαμβάνει τρόφιμα που περιέχουν λίπος, συντηρητικά, πρόσθετα τροφίμων, ζωικά προϊόντα ή άλλα συστατικά που θεωρούνται από το άτομο ως ανθυγιεινά</li> <li>4. Για άτομα που δεν είναι επαγγελματίες στον τομέα της διατροφής (not food professionals), αφιέρωση υπερβολικού χρόνου (π.χ. τρεις ή περισσότερες ώρες ανά ημέρα) στην ανάγνωση, την απόκτηση γνώσεων ή/ και στην προετοιμασία συγκεκριμένων ειδών τροφίμων με βάση τη δική τους αντιληπτή ποιότητα και σύνθεση</li> <li>5. Ύπαρξη ένοχων συναισθημάτων και ανησυχιών μετά από παραβάσεις στις οποίες «ανθυγιεινά» ή «ακάθαρτα» τρόφιμα έχουν καταναλωθεί</li> <li>6. Έλλειψη ανεκτικότητας στις πεποιθήσεις των άλλων για τα τρόφιμα</li> <li>7. Δαπάνη υπερβολικών χρημάτων σε σχέση με το εισόδημα κάποιου σε τρόφιμα λόγω της αντιληπτής ποιότητας και σύνθεσής τους</li> </ol> <p>Κριτήριο Β: Η εμμονική ενασχόληση οδηγεί σε επιδείνωση οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Βλάβη στη σωματική υγεία λόγω διατροφικών ανισορροπιών, π.χ. ανάπτυξη υποσιτισμού εξαιτίας μη ισορροπημένης διατροφής.</li> <li>2. Σοβαρή δυσφορία ή εξασθένηση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας, εξαιτίας εμμονικών σκέψεων και συμπεριφορών που εστιάζουν στις πεποιθήσεις του ασθενούς για «υγιεινή» διατροφή.</li> </ol> <p>Κριτήριο Γ: Η διαταραχή δεν είναι επιδείνωση των συμπτωμάτων μιας άλλης διαταραχής, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή.</p> <p>Κριτήριο Δ: Η συμπεριφορά δεν αντιστοιχεί καλύτερα στην αποκλειστική παρατήρηση διατροφικών περιορισμών λόγω θρησκευτικών πρακτικών ή όταν πρόκειται για ειδικές απαιτήσεις στο φαγητό που σχετίζονται με διαγνωσμένες τροφικές αλλεργίες ή ιατρικές παθήσεις που απαιτούν μια συγκεκριμένη διατροφή</p>
<p><b>Barthels et al. 2015</b></p>	<p>Κριτήριο Α: διαρκής και έντονη ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή, τα υγιεινά τρόφιμα και την υγιεινή τροφή</p> <p>Κριτήριο Β: έντονες ανησυχίες καθώς και εκτεταμένη αποφυγή τροφίμων που θεωρούνται ανθυγιεινά σύμφωνα με υποκειμενικές πεποιθήσεις</p> <p>Κριτήριο Γ:</p> <p>Γ1. Τουλάχιστον δύο υπερτιμημένες ιδέες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τα πιθανά οφέλη των τροφίμων για την υγεία</p> <p>Ή/ ΚΑΙ</p> <p>Γ2. Τελετουργική ενασχόληση με την αγορά, την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφίμων, η οποία δεν οφείλεται σε γαστρονομικούς λόγους αλλά πηγάζει από υπερτιμημένες ιδέες. Η απόκλιση ή η αδυναμία τήρησης των διατροφικών κανόνων προκαλεί έντονους φόβους, οι οποίοι μπορεί να μπορούν να αποφευχθούν με την αυστηρή τήρηση των κανόνων</p> <p>Κριτήριο Δ:</p> <p>Δ1: η εμμονή στην υγιεινή διατροφή προκαλεί ταλαιπωρία ή βλάβες κλινικής σημασίας σε κοινωνικό, επαγγελματικό επίπεδο ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής ή/ και επηρεάζει αρνητικά τα παιδιά (π.χ. σίτιση των παιδιών με τρόπο ακατάλληλο για την ηλικία τους)</p>

	<p>Ή/ ΚΑΙ</p> <p>Δ2: Σύνδρομο ανεπάρκειας λόγω διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Η εικόνα της νόσου δεν είναι απαραίτητη, σε ορισμένες περιπτώσεις η έλλειψη εναισθησίας μπορεί να αποτελεί ένδειξη για τη σοβαρότητα της διαταραχής</p> <p>Κριτήριο Ε: Μπορεί να υπάρχει επιδιωκόμενη απώλεια βάρους και ελλιπές βάρος, αλλά οι ανησυχίες σχετικά με το βάρος και το σχήμα δεν πρέπει να κυριαρχούν στο σύνδρομο</p> <p>Για τη διάγνωση της ορθορεξίας πρέπει να πληρούνται σαφώς τα κριτήρια Α, Β, Γ και Ε. Το κριτήριο Δ πρέπει να πληρούται τουλάχιστον εν μέρει. Εάν το κριτήριο Ε δεν πληρούται σαφώς, συνιστάται η διάγνωση της άτυπης ψυχογενούς ανορεξίας</p>
<b>Dunn and Bratman 2016</b>	<p>Κριτήριο Α: εμμονική εστίαση στην "υγιεινή" διατροφή, όπως αυτή ορίζεται από μια διατροφική θεωρία ή ένα σύνολο πεποιθήσεων των οποίων οι συγκεκριμένες λεπτομέρειες μπορεί να ποικίλλουν- χαρακτηρίζεται από υπερβολική συναισθηματική δυσφορία σε σχέση με τις διατροφικές επιλογές που θεωρούνται ανθυγιεινές- απώλεια βάρους μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα των διατροφικών επιλογών, αλλά αυτό δεν είναι ο πρωταρχικός στόχος. Όπως αποδεικνύεται από τα ακόλουθα:</p> <p>A1. Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά ή/ και ψυχική ενασχόληση σχετικά με θετικές και περιοριστικές διατροφικές πρακτικές που πιστεύεται από το άτομο ότι προάγουν τη βέλτιστη υγεία</p> <p>A2. Η παραβίαση των αυτοεπιβαλλόμενων διαιτητικών κανόνων προκαλεί υπερβολικό φόβο ασθένειας, αίσθημα προσωπικής ακαθαρσίας ή/ και αρνητικές σωματικές αισθήσεις, συνοδευόμενες από άγχος και ντροπή</p> <p>A3. Οι διατροφικοί περιορισμοί κλιμακώνονται με την πάροδο του χρόνου, μέχρι την κατάργηση ολόκληρων ομάδων τροφίμων, και περιλαμβάνουν προοδευτικά όλο και περισσότερους συχνούς ή/ και σοβαρούς "καθαρισμούς" (μερικές νηστείες) που θεωρούνται εξαγνιστικοί ή αποτοξινωτικοί. Αυτή η κλιμάκωση οδηγεί συνήθως σε απώλεια βάρους, αλλά η επιθυμία για απώλεια βάρους απουσιάζει, κρύβεται ή υποτάσσεται σε ιδεοληψίες σχετικά με την υγιεινή διατροφή</p> <p>Κριτήριο Β: η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά και η ψυχική ενασχόληση γίνεται κλινικά επιβαρυντική με οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:</p> <p>B1. Υποσιτισμός, σοβαρή απώλεια βάρους ή άλλες ιατρικές επιπλοκές από την περιορισμένη διατροφή</p> <p>B2. Ενδοπροσωπική δυσφορία ή έκπτωση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας δευτερογενώς λόγω των πεποιθήσεων ή της συμπεριφοράς σχετικά με την υγιεινή διατροφή</p> <p>B3. Θετική εικόνα του σώματος, αυτοεκτίμηση, ταυτότητα ή/ και ικανοποίηση που εξαρτώνται υπερβολικά από τη συμμόρφωση με τις αυτοπροσδιοριζόμενες "υγιεινές" διατροφικές συμπεριφορές</p>

Πηγή: Cena et al., 2019

Τα κριτήρια κατά Setnick το 2013, φαίνεται να αποτελούν την πρώτη προσπάθεια που έγινε στη διατύπωση των διαγνωστικών κριτηρίων για την ψυχογενή ορθορεξία (Cena et al., 2019). Τα κριτήρια κατά Moroze το 2014, έχουν δεχτεί κριτική από τον Steven Bratman- κυρίως οι υποενότητες του κριτηρίου Α (1-7)- για την προσκόλληση σε μια μόνο δημοφιλή διατροφική θεωρία που όμως, όπως ισχυρίζεται ο ίδιος, ελλοχεύει ο κίνδυνος να καταστούν παρωχημένα. Ταυτόχρονα, το γεγονός ότι απουσιάζει η διάκριση της ορθορεξίας με βάση το χαρακτηριστικό της παρουσίας ή της απουσίας σκέψης για το βάρος και το ότι αναφέρονται δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της ορθορεξίας όπως για παράδειγμα «η δαπάνη υπερβολικών χρημάτων», ώθησε τους Bratman και Dunn να διατυπώσουν τα δικά τους κριτήρια (2016) προκειμένου να αντικαταστήσουν τα κριτήρια Moroze (Bratman, 2017).

Τα κριτήρια κατά Barthels (2015), σύμφωνα με τον ίδιο τον Bratman, φαίνονται περισσότερο ελπιδοφόρα, ωστόσο εφιστά την προσοχή σχετικά με τη χρήση του όρου «τελετουργική» στην ενότητα Γ2 «*Τελετουργική ενασχόληση με την αγορά, την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφίμων, η οποία δεν οφείλεται σε γαστρονομικούς λόγους αλλά πηγάζει από υπερτιμημένες ιδέες...*». Αναφέρει ότι η τελετουργία αποτελεί πράγματι ένα χαρακτηριστικό της ορθορεξίας, ωστόσο έχει σημασία αν πηγάζει από την υποκείμενη θεωρία ή αν αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικής παθολογίας. Συνεπώς, αντιπροτείνει την τροποποίηση της υφιστάμενης διατύπωσης: «*Ενασχόληση με την αγορά, την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφίμων που πιστεύεται ότι είναι θεραπευτικά, η οποία δεν οφείλεται σε γαστρονομικούς λόγους, αλλά πηγάζει από υπερτιμημένες ιδέες σχετικά με τις προαγωγικές και βλαπτικές για την υγεία ιδιότητες ορισμένων τροφίμων ή κατηγοριών τροφίμων*» (Bratman, 2017). Επίσης, μόνο στα κριτήρια κατά Barthels αναφέρονται οι δυνητικές επιπτώσεις της ορθορεξίας στα παιδιά γονέων με ψυχογενή ορθορεξία, κριτήριο Δ1 «*...επηρεάζει αρνητικά τα παιδιά (π.χ. σίτιση των παιδιών με τρόπο ακατάλληλο για την ηλικία τους)*» (Barthels et al., 2015; Cena et al., 2019).

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με την ανασκόπηση των Cena και συνεργατών (2019), η ορθορεξία έχει ως «*βασικά διαγνωστικά κριτήρια:*

- (α) την εμμονική ή παθολογική ανησυχία αναφορικά με την υγιεινή διατροφή,
- (β) συναισθηματικές συνέπειες (π.χ. αγωνία, άγχος) όταν δεν επιτυγχάνεται η τήρηση των αυτοεπιβαλλόμενων διατροφικών κανόνων,
- (γ) ψυχοκοινωνικές διαταραχές σε σχετικούς τομείς της ζωής,
- (δ) υποσιτισμό και απώλεια βάρους» (Cena et al., 2019).

Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι ορθορεκτικοί ασθενείς δεν υποφέρουν απαραίτητα από υποσιτισμό, ενώ μπορεί να παρουσιάζουν υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) από τον φυσιολογικό (Grammatikopoulou et al., 2018; Łucka et al., 2019b, 2019a).

Από το 2013 έως το 2016 έχουν γίνει τέσσερις διαφορετικές προτάσεις αναφορικά με τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ορθορεξία (Cena et al., 2019; Oberle et al., 2021). Ωστόσο, η πιο πρόσφατη προσπάθεια έγινε το 2022 και αφορά στην έκθεση συναίνεσης για κοινό ορισμό και καθορισμό διαγνωστικών εργαλείων (Donini et al., 2022).

Στον Πίνακα 4.3 που ακολουθεί φαίνονται οι δηλώσεις και τα ποσοστά συμφωνίας σχετικά με τις Συνέπειες, την Εκδήλωση και τα Κριτήρια Αποκλεισμού της Ορθορεξίας, όπως αναγράφονται στη μελέτη των Donini και συνεργατών (Donini et al., 2022).

**Πίνακας 4.3** Συνέπειες, Εκδήλωση Ψυχογενούς Ορθορεξίας και Κριτήρια Αποκλεισμού (Κριτήρια Β, Γ και Δ) και Ποσοστά (%) Συμφωνίας

Κριτήριο Β: Συνέπειες		
	Δηλώσεις	Ποσοστό (%) Συμφωνίας
9	Ως αποτέλεσμα του υπερβολικού χρόνου που αφιερώνουν στη διατροφή τους (διαβάζοντας, αποκτώντας ή/ και προετοιμάζοντας τρόφιμα), η ορθορεξία έχει ένα αρνητικό αντίκτυπο σε άλλους σημαντικούς τομείς της ψυχοκοινωνικής και προσωπικής λειτουργίας του ατόμου.	96,7
10	Η διατροφική επιλεκτικότητα, που χαρακτηρίζει τα άτομα με ορθορεξία, μπορεί να συμβάλλει στην πρόκληση διατροφικών ελλείψεων (π.χ. αναιμία, ακραία απώλεια βάρους, καθολικό ή επιλεκτικό υποσιτισμό) και ορμονικές διαταραχές.	96,4
11	Οι άκαμπτοι διατροφικοί κανόνες μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλό σωματικό βάρος και μερικές φορές τα κοινωνικο-πολιτισμικά ιδεώδη της υγείας, τουλάχιστον στις Δυτικές χώρες, μπορεί να επικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό με τα ιδανικά του αδύνατου και του μυώδους. Ωστόσο, αυτό το χαμηλό βάρος μπορεί να γίνει καλύτερα αντιληπτό ως μια παράπλευρη απώλεια ή συνέπεια της ορθορεξίας αντί ως αποτέλεσμα της σωματικής δυσανεξίας.	85,2
Κριτήριο Γ: Εκδήλωση Ψυχογενούς Ορθορεξίας		
12	Η ορθορεξία φαίνεται να συνδέεται με την ανάπτυξη άλλων μορφών EDs ή/ και με τη μετάβαση σε άλλες μορφές FED. Μπορεί να προηγείται άλλων FED, να συνυπάρχει με EDs (όταν η ορθορεκτική στάση αντιπροσωπεύει έναν πιο κοινωνικά αποδεκτό τρόπο ανάπτυξης των FED), να ακολουθεί άλλες FED (αντιπροσωπεύοντας σε αυτή την περίπτωση μια ελαττωματική στρατηγική αντιμετώπισης όταν δεν είναι πλέον σε θέση να ασκήσει άλλες FED συμπεριφορές). Θα μπορούσε να εξυπηρετεί τα άτομα που πάσχουν από AN ως μια στρατηγική αντιμετώπισης για να συνεχίσουν να περιορίζουν τη διατροφή τους.	87,3
13	Τα άτομα μπορεί να αναπτύξουν ορθορεξία ως συνέπεια συνταγογραφούμενων ή αυτοεπιβαλλόμενων διατροφικών κανόνων που σχετίζονται ή όχι με κλινικές καταστάσεις (π.χ. άτομα με χρόνιες/ σωματικές ασθένειες που απαιτούν ειδικούς περιορισμούς- αναζητούν διατροφικές θεωρίες για να θεραπεύσουν μια χρόνια ασθένεια όπως η ινομυαλγία, οι τροφικές αλλεργίες ή οι δυσανεξίες). Η ορθορεξία μπορεί επίσης να αντιπροσωπεύει σε αυτές τις περιπτώσεις έναν μηχανισμό αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών στις οποίες απαιτείται αυστηρή δίαιτα (αίσθημα ελέγχου).	87,3
Κριτήριο Δ: Κριτήρια Αποκλεισμού		
14	Η επιλογή ή/και ο αποκλεισμός τροφίμων από τη διατροφή δεν οφείλεται σε κλινική διαιτητική συνταγή (π.χ. σε νεφρική ανεπάρκεια, παχυσαρκία, τροφικές αλλεργίες και δυσανεξίες).	79,3



15	Εάν υπάρχουν κλινικές καταστάσεις που παρακινούν την επιλογή τροφίμων ή/ και τον αποκλεισμό, η έναρξη της ορθορεξίας χαρακτηρίζεται από επιλογή τροφίμων ή/ και αποκλεισμό που είναι υπερβολικός, ακατάλληλος και υπερβαίνει τις συνήθεις ιατρικές συμβουλές και πρακτικές.	79,3
16	Η επιλογή ή/και ο αποκλεισμός τροφίμων από τη διατροφή δεν οφείλεται σε οικονομικές συνθήκες, αξίες, πολιτιστικές, θρησκευτικές πεποιθήσεις ή παραληρηματικές ιδέες.	96,7

%: επί τοις εκατό, EDs: Διατροφικές Διαταραχές, FED: Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής, AN: Ψυχογενής Ανορεξία.

Πηγή: (Donini et al., 2022).

Η ομάδα των εμπειρογνομόνων φαίνεται να συμφωνεί πως οι συνέπειες/ επιπτώσεις της ορθορεξίας χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Στις διαθέσιμες αναφορές περιπτώσεων και έρευνες επιπολασμού που διεξήχθησαν, φαίνεται πως ο αντίκτυπος των συμπτωμάτων της ορθορεξίας στη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα είναι σημαντικός αλλά με μικρό βαθμό επίδρασης (small effect size). Επίσης, περισσότερες έρευνες είναι απαραίτητες σχετικά με τη σχέση εμφάνισης ορθορεξίας και άλλων ψυχικών διαταραχών που δεν εμπίπτουν στην κατηγορία των FED, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Donini et al., 2022).

Τέλος, όσον αφορά στα κριτήρια αποκλεισμού της ορθορεξίας, η διαφορική διάγνωση είναι υποχρεωτική για την αποφυγή υπο-διάγνωσης (underdiagnosis) ή λανθασμένης διάγνωσης (misdiagnosis) της ορθορεξίας ιδίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κοινά συμπτώματα με ορισμένες ψυχικές διαταραχές (π.χ. ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, σωματόμορφες διαταραχές, παραληρηματικές διαταραχές) (Donini et al., 2022).

Στους περιορισμούς της κοινής έκθεσης των Donini και συνεργατών, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ομάδα εμπειρογνομόνων της μελέτης δεν συμπεριέλαβε συμμετέχοντες από πολλές χώρες και γεωγραφικές περιοχές του κόσμου, ιδίως από την Κεντρική και τη Νότια Αμερική, ενώ η Καραϊβική, η Αφρική και η Ασία, ο νότιος Ειρηνικός και η Ανατολική Ευρώπη είτε δεν εκπροσωπήθηκαν είτε εκπροσωπήθηκαν από πολύ λιγότερους συμμετέχοντες από ότι η Δυτική Ευρώπη και οι ΗΠΑ, όμως αυτό δεν σημαίνει ότι η ορθορεξία δεν υφίσταται στις περιοχές αυτές. Η επέκταση των κριτηρίων για την ψυχογενή ορθορεξία θα ωφεληθεί από την προσέλκυση ειδικών στο ευρύτερο γεωγραφικό φάσμα (Donini et al., 2022).

Ένας ακόμη περιορισμός της κοινής έκθεσης είναι ότι βασίζεται στη γνώμη των εμπειρογνομόνων και όχι σε πειραματικές ή εμπειρικές αποδείξεις, μελέτες περιπτώσεων ή

αναφορές ασθενών (Donini et al., 2022) όπως τα διαγνωστικά κριτήρια που παρατέθηκαν στον πίνακα 2.2. Ωστόσο, η μεθοδολογία Delphi που χρησιμοποιήθηκε μπορεί να διασφαλίζει ότι οι αποφάσεις λαμβάνονταν με το υψηλότερο δυνατό επίπεδο αυστηρότητας, αλλά περαιτέρω μελλοντική έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να επαληθεύσει την εγκυρότητα αυτών των κριτηρίων (Donini et al., 2022).

Η επιλογή των κριτηρίων που θα διαφοροδιαγιγνώσκουν την ψυχογενή ορθορεξία από τις άλλες διαταραχές, φαίνεται να μπορεί να λυθεί με την ένταξη της ορθορεξίας στο DSM, όπου θα συνοδεύεται δηλαδή από συγκεκριμένο ορισμό και κριτήρια για τη διάγνωση (Barthels et al., 2015). Παράλληλα, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να συμπεριλάβει και να εξετάσει τη σοβαρότητα της ορθορεξίας ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του διεθνούς διαγνωστικού συστήματος, να βελτιωθεί η διαγνωστική διαδικασία και κυρίως να αναπτυχθούν βελτιωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις (Donini et al., 2022).

#### **4.6 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της Ψυχογενούς Ορθορεξίας**

Η ορθορεξία φαίνεται να έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανιστεί σε κάποιο άτομο που έχει ιστορικό κάποιας προηγούμενης διατροφικής διαταραχής και αυτό αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα κινδύνου (Barnes and Caltabiano, 2017; Donini et al., 2022; Gkiouleka et al., 2022; Hessler-Kaufmann et al., 2021; McComb and Mills, 2019), ωστόσο δεν έχει διερευνηθεί αν η ορθορεξία οδήγησε (precipitated) ή ακολούθησε τη διατροφική διαταραχή (Bartel et al., 2020; McComb and Mills, 2019).

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν λίγες μελέτες που έχουν διερευνήσει την τελειομανία (perfectionism) ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της ψυχογενούς ορθορεξίας, όμως φαίνεται πως τα στοιχεία δείχνουν θετική συσχέτιση με την ορθορεξία όπως συμβαίνει και στις άλλες διατροφικές διαταραχές (ανορεξία/ βουλιμία) (Barnes and Caltabiano, 2017; Cena et al., 2019; Donini et al., 2022; McComb and Mills, 2019).

Στην ανασκόπηση των McComb και Mills (2019), φαίνεται πως η ορθορεξία συσχετίζεται επίσης θετικά με χαρακτηριστικά ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, ψυχοπαθολογία (πχ. μείζονα καταθλιπτική διαταραχή), διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, διαίτα, κακή εικόνα σώματος, όπως και επιθυμία για ισχνότητα (McComb and Mills, 2019). Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ορθορεξίας και φύλου (McComb and Mills, 2019; Oberle et al., 2021; Plichta and Jezewska-Zychowicz, 2019). Επίσης, δεν παρατηρείται συσχέτιση ορθορεξίας και αυτοεκτίμησης (self-esteem), όπως φαίνεται να

επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Barnes και Caltabiano (2017) (Barnes and Caltabiano, 2017; McComb and Mills, 2019).

Παράλληλα υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα σχετικά με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονέων, τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ορθορεξίας και συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων (δηλαδή αν φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις νεότερες ηλικίες). Επίσης, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης αν και με ποιο τρόπο σχετίζεται η χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Social Media) με την εκδήλωση της ορθορεξίας. Συγκεκριμένα, φαίνεται η χρήση του Instagram να συνδέεται, έχοντας μικρή επίδραση στην ορθορεξία, ωστόσο χρειάζεται προσοχή στην ερμηνεία του ευρήματος λόγω αμφίδρομων επιδράσεων (bidirectional effects), αν δηλαδή η χρήση του Instagram αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ή αν ενισχύει απλώς την «αξία» της υγιεινής διατροφής μέσω συγκεκριμένων σελίδων που ακολουθούνται, το οποίο μένει να διευκρινιστεί μέσω περισσότερων μελετών (McComb and Mills, 2019).

Ταυτόχρονα, φαίνεται πως όσοι ανήκουν σε ειδικές ομάδες, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας και ιδίως οι Διατροφολόγοι/ Διαιτολόγοι (Donini et al., 2022; Gkiouleka et al., 2022; Gkiouras et al., 2022; Volpe et al., 2015), οι φοιτητές Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ιδίως όσοι φοιτούν στην επιστήμη της Διατροφής/ Διαιτολογίας (Budhiwianto et al., 2023; Donini et al., 2022; Gkiouleka et al., 2022; Gkiouras et al., 2022; Skella et al., 2022), οι φοιτητές νοσηλευτικής (Gkiouleka et al., 2022; Skella et al., 2022), οι φοιτητές ιατρικής (Gkiouleka et al., 2022), οι τραγουδιστές όπερας και οι χορευτές μπαλέτου (Skella et al., 2022), καθώς και οι καλλιτέχνες (artistic performers) (Volpe et al., 2015), οι αθλητές (Mavrandrea and Gonidakis, 2023), οι εκπαιδευτές Yoga, οι προπονητές, οι γυμναστές (Gkiouleka et al., 2022), οι επαγγελματίες χορευτές (Athanasaki et al., 2023a; Gkiouleka et al., 2022) φαίνεται πως διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ως προς την εκδήλωση ορθορεκτικών συμπεριφορών και κατ' επέκταση της ορθορεξίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Επίσης, δευτερεύοντα ευρήματα δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ του ναρκισσισμού και της ορθορεξίας σε μια μόνο μελέτη, ενώ στη διερεύνηση της συσχέτισης της χορτοφαγίας ή του βιγκανισμού με την ορθορεξία τα ευρήματα είναι μεικτά. Στο σημείο αυτό ωστόσο αξίζει να αναφερθεί πως στις μελέτες συμμετείχαν περισσότερες γυναίκες και άρα δεν μπορεί να γίνει γενίκευση και στους άντρες (McComb and Mills, 2019). Ωστόσο, έρευνες καλής ποιότητας βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της ορθορεξίας και της χορτοφαγίας/ βιγκανισμού, ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ορθορεξίας ως αναφέρθηκε (McComb and Mills, 2019; Parra-Fernandes et al., 2020). Όπως επίσης αυτό φαίνεται να

ενισχύεται και από την πρόσφατη έκθεση συναίνεσης κοινού ορισμού και διαγνωστικών κριτηρίων από τους Donini και συνεργάτες, με τη συμφωνία των ειδικών να αγγίζει το 90% στη συσχέτιση της ορθορεξίας με την χορτοφαγία και τον βιγκανισμό ως πιθανό παράγοντα κινδύνου στην εκδήλωση ορθορεξίας (Donini et al., 2022). Επιπροσθέτως, να επισημανθεί ότι η χορτοφαγική δίαιτα και ο βιγκανισμός φαίνεται να συνδέονται εν γένει με τις Διαταραχές Σίτισης και Διατροφής (Sergentanis et al., 2020).

Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αρχικών ενδείξεων μιας χρόνιας σωματικής ασθένειας (καρκίνος μαστού) (Strahler and Stark, 2020), του σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και τύπου II (Grammatikopoulou et al., 2021; Sifakaki et al., 2023), της κοιλιοκάκης, άλλων τύπου καρκίνου και ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της ανάπτυξης ορθορεξίας. Ο φόβος για υποτροπή των νόσων φαίνεται πως συσχετίζεται με ορθορεξία (Sifakaki et al., 2023), όπως επίσης και ένας χωρισμός φαίνεται ότι μπορεί να δράσει ως εκλυτικός παράγοντας στην επίσπευση της εκδήλωσης της ψυχογενούς ορθορεξίας (Gkiouras et al., 2022).

#### **4.7 Επιπολασμός της Ψυχογενούς Ορθορεξίας**

Για την εκτίμηση του επιπολασμού της ορθορεξίας φαίνεται ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα και ο επιπολασμός φαίνεται να είναι άμεσα εξαρτώμενος από τα διαγνωστικά τεστ που χρησιμοποιήθηκαν στην εκάστοτε έρευνα και των ορίων (cut-off points) των ερωτηματολογίων (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την εκτίμηση της ορθορεξίας και την αποτύπωση του επιπολασμού της είναι η δοκιμασία ORTO-15 και οι διάφορες προσαρμογές της (Dunn and Bratman, 2016; McComb and Mills, 2019; Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Ο επιπολασμός της ορθορεξίας φαίνεται να διαφέρει από χώρα σε χώρα και ανάμεσα σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες (Gkiouleka et al., 2022). Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της ορθορεξίας έχει βρεθεί να κυμαίνεται από 6% έως 88,7%, με το μικρότερο ποσοστό να έχει παρατηρηθεί σε ένα δείγμα από την Ιταλία, το μεγαλύτερο ποσοστό σε ένα δείγμα στη Βραζιλία που αποτελούνταν αποκλειστικά από γυναίκες διατροφολόγους και το μεγαλύτερο ποσοστό στον ευρωπαϊκό πληθυσμό (86%) σε αθλητές Yoga στην Ισπανία. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες επιπολασμού της ορθορεξίας αναφέρουν ποσοστά μεταξύ 30% και 70%, όταν ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας

δεν φαίνεται να ξεπερνάει το 2% (Dunn and Bratman, 2016). Αυτό πιθανώς να παρατηρείται, όχι γιατί η ορθορεξία είναι συχνότερη από την ανορεξία ή τη βουλιμία, αλλά φαίνεται να σχετίζεται με τους περιορισμούς της δοκιμασίας ORTO-15, καθώς και με το ότι πιθανώς μετρά και την ενσυνείδητη δίαιτα ως επιβλαβή. Συνεπώς, οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο πραγματικός επιπολασμός της ψυχογενούς ορθορεξίας είναι περί το 1% (Gonidakis et al., 2021; Rogoza and Donini, 2021) και δεν ξεπερνά το 8% στο γενικό πληθυσμό (Zagaría et al., 2022).

Επιπλέον, στους νέους και νεαρούς ενήλικες ο επιπολασμός της ορθορεξίας εκτιμάται περί το 27%, αν και φαίνεται να κυμαίνεται από 6,9% έως 45,5%, ενώ παρατηρήθηκε υψηλότερος επιπολασμός στη συγκεκριμένη ομάδα σε πιο πρόσφατες μελέτες σε σχέση με αντίστοιχες μελέτες που διενεργήθηκαν τα προηγούμενα χρόνια (Skella et al., 2022).

Ωστόσο, ο επιπολασμός της ορθορεξίας φαίνεται να αυξάνεται σημαντικά στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχει άλλη διατροφική διαταραχή ή υπάρχει ιστορικό διατροφικής διαταραχής. Σε δείγματα Πολωνών και Ιταλών ασθενών με διατροφική διαταραχή, ο επιπολασμός της ορθορεξίας εντοπίστηκε από 28% έως 82,7% (McComb and Mills, 2019), ενώ άλλοι ερευνητές σε μελέτη με δείγμα φοιτητές νοσηλευτικής αναφέρουν επιπολασμό 84,5% για κάποια διατροφική διαταραχή και 45,3% επιπολασμό στους ίδιους φοιτητές για ορθορεξία (Skella et al., 2022). Επίσης, ο επιπολασμός φαίνεται να αυξάνεται σημαντικά και στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως αναφέρθηκαν στην προηγούμενη υπο-ενότητα, με τους πάσχοντες να αποτελούν άνω του 50% του δείγματος (Volpe et al., 2015).

Συμπερασματικά, φαίνεται να υπάρχει μια σημαντική δυσκολία στην αποτύπωση του επιπολασμού της ψυχογενούς ορθορεξίας που πιθανώς οφείλεται στην έλλειψη ενός καθολικά αποδεκτού εργαλείου που να διαγιγνώσκει ορθά την ορθορεξία (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021), ενώ και η απουσία καθολικά αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων στο DSM φαίνεται να συμβάλει στη διακύμανση του επιπολασμού μεταξύ των διαφόρων μελετών (Horovitz and Argyrides, 2023).

#### **4.8 Πιθανές επιπτώσεις στην υγεία των πασχόντων**

Η ορθορεκτική συμπεριφορά φαίνεται να οδηγεί σε απώλεια σωματικού βάρους, στην ανεπαρκή πρόσληψη και στην έλλειψη βασικών θρεπτικών συστατικών και σε υποσιτισμό. Το άτομο που εμφανίζει ψυχογενή ορθορεξία βιώνει προσωπικό άγχος, ενώ μπορεί να παρουσιάζει και κατάθλιψη (Barthels et al., 2015; Cena et al., 2019). Παρατηρείται

μειωμένη ικανότητα χαλάρωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μειωμένη προσωπική ευημερία (Barthels et al., 2015), ενώ οι αλλαγές που παρατηρούνται στις κοινωνικές σχέσεις λόγω της εμμονής με την υγιεινή διατροφή, επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και οδηγούν στην απομόνωσή του (Cena et al., 2019). Επίσης, πέρα του σοβαρού υποσιτισμού, έχουν καταγραφεί και περιπτώσεις όπου η ορθορεξία προκάλεσε στους πάσχοντες σοβαρή ευαισθησία σε λοιμώξεις και θάνατο (Bratman & Knight, 2000).

Ταυτόχρονα, έχουν παρατηρηθεί επιπτώσεις της ορθορεξίας όχι μόνο στους πάσχοντες, αλλά και στο περιβάλλον των ατόμων που πάσχουν. Συγκεκριμένα, μια τέτοια περίπτωση είναι αυτή όπου τα παιδιά μπορεί να κινδυνέψουν λόγω της ορθορεκτικής συμπεριφοράς των γονιών τους που τα οδηγεί στο να μη διατρέφονται κατάλληλα για την ηλικία τους (Barthels et al., 2015; Bratman & Knight, 2000).

## 4.9 Μελέτες Περίπτωσης (Case Reports)

Στη βιβλιογραφία έχουν κατά καιρούς παρουσιαστεί και αναφερθεί διάφορα κλινικά περιστατικά ατόμων που έπασχαν από ψυχογενή ορθορεξία.

### 4.9.1 Steven Bratman: ο δημιουργός του όρου και «ασθενής μηδέν»

Ο Bratman φαίνεται να είναι ο «ασθενής μηδέν», δηλαδή ο πρώτος που διαγνώστηκε με αυτό το ανερχόμενο διατροφικό σύνδρομο. Ήδη από τις αρχές του 1990 όπως αναφέρει στο βιβλίο του “Health Food Junkies”, ο Αμερικανός γιατρός Steven Bratman, παρατήρησε πρώτα στον εαυτό του αυτή τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά που αργότερα προσδιορίστηκε από τον ίδιο ως «Ψυχογενής Ορθορεξία». Περιγράφει τόσο το δικό του βίωμα όσο και των ασθενών του, ενώ συχνά αναφέρει πως έχει δει *«η αναζήτηση θεραπείας μέσω της διατροφής να καταλήγει σε ασθένεια χειρότερη από το αρχικό πρόβλημα»*, θέλοντας να αναδείξει τη σοβαρότητα αυτών που παρατήρησε.

Ο ίδιος αναφέρει ότι ήταν ακραία φανατικός σχετικά με την διατροφή και τις διατροφικές θεωρίες που ενστερνιζόταν εκείνη την εποχή, είχε αφιερωθεί ολοκληρωτικά σε αυτό που προσδιόριζε ως υγιεινή διατροφή και είχε αντικαταστήσει το νόημα της ζωής με το νόημα της τροφής και την ικανοποίηση που αντλούσε από την ευλαβική τήρηση των κανόνων που είχε θέσει στη διατροφή του. Ταυτόχρονα προσπάθησε να αποτυπώσει την αναγνώριση του προβλήματος και τη δυσκολία με την οποία ήρθε αντιμέτωπος για να ανακτήσει τον έλεγχο

της ζωής του, που είχε κυριευθεί κυριολεκτικά από ιδέες και κανόνες υγιεινής διατροφής (Bratman & Knight, 2000).

#### **4.9.2 Μελέτες Περίπτωσης (Case Reports) ανθρώπων που εμφάνισαν Ψυχογενή Ορθορεξία**

Ο Bratman αναφέρει τα πρώτα καταγεγραμμένα σοβαρά κλινικά περιστατικά που διέγνωσε, καθώς και την έκβασή τους.

- Janice: Γυναίκα, αγνώστου ηλικίας που διατρεφόταν αποκλειστικά με κραμβέλαιο (canola oil), ζυμαρικά με αγκινάρες Ιερουσαλήμ και καρπούζι, η οποία είχε σοβαρό υποσιτισμό, ακολουθούσε κάποιες θεωρίες σχετικά με τις διατροφικές αλλεργίες που είχε ακούσει και έτσι αφαίρεσε σταδιακά σχεδόν όλα τα τρόφιμα από το διαιτολόγιό της. Αυτή η κατάσταση είχε πολλά κοινά χαρακτηριστικά με ψυχογενή ανορεξία. Τροποποίησε τη διατροφή της έπειτα από παρέμβαση του Bratman. Επιβίωσε.
- Diana: Γυναίκα, αγνώστου ηλικίας με ορθορεξία που διατρεφόταν αποκλειστικά με λευκό ρύζι και αρνί, υποσιτισμένη και με σοβαρή ανεπάρκεια σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Απεβίωσε από απλή γρίπη λόγω του υποσιτισμού της.
- Brenda: Γυναίκα, αγνώστου ηλικίας που διατρεφόταν αποκλειστικά με φρούτα και λαχανικά (raw-foods fanatic). Είχε ελάχιστη πρόσληψη πρωτεΐνης αν και συμφώνησε αντί να νοσηλευτεί να εντάξει στην διατροφή της τους ξηρούς καρπούς και τα όσπρια. Λιποθυμούσε συχνά. Σκοτώθηκε σε τροχαίο, ενώ λιποθύμησε οδηγώντας.
- 4<sup>η</sup> Γυναίκα: αγνώστου ηλικίας, δεν αναφέρεται κάποιο όνομα ή ψευδώνυμο. Τρεφόταν αποκλειστικά με ωμά λαχανικά και παρουσίαζε κοιλιακό οίδημα, λόγω πρωτεϊνικού-θερμιδικού υποσιτισμού. Απεβίωσε.

Τα τέσσερα αυτά περιστατικά από την κλινική εμπειρία του Bratman, περιγράφονται στο βιβλίο των Bratman και Knight (2000) στο κεφάλαιο 3. «Κίνδυνοι από την Ορθορεξία» στην υποενότητα «Θάνατος από Ορθορεξία», θέλοντας να αναδείξει τις πιο σπάνιες και ακραίες περιπτώσεις ασθενών με ορθορεξία που τον επισκέφθηκαν. Όπως ο ίδιος αναφέρει, οι περισσότερες περιπτώσεις ψυχογενούς ορθορεξίας δεν καταλήγουν στο θάνατο, αλλά οι κίνδυνοι και οι επιπτώσεις της ορθορεξίας έχουν βαρύνουσα σημασία για την ποιότητα της καθημερινότητας των ασθενών (Bratman & Knight, 2000).

Δύο ακόμη κλινικά περιστατικά του Bratman που ξεχώρισαν και αναδεικνύουν τις δυνητικές επιπτώσεις της ορθορεξίας όχι μόνο στους πάσχοντες, αλλά και στο περιβάλλον τους, είναι η ειδική περίπτωση των ορθορεκτικών γονέων.

Συγκεκριμένα, το πρώτο περιστατικό αφορά σε μια ορθορεκτική μητέρα, τη Shirley που επισκέφθηκε το ιατρείο του Bratman λόγω εμμενουσών ημικρανιών με την 6 ετών κόρη της, Jane. Στην επίσκεψη αναφέρει ότι παρατήρησε μια σημαντική βελτίωση στη συχνότητα των ημικρανιών που είχε όταν ανακάλυψε θεωρίες σχετικά με διατροφικές αλλεργίες τις οποίες άρχισε να ακολουθεί. Επίσης, πίστευε ότι και η κόρη της «έπασχε» από ημικρανίες (προέβαλε τις δικές της ημικρανίες στη Jane, όπως αναφέρει ο Bratman), με αποτέλεσμα να αφαιρέσει «προληπτικά» από το διαιτολόγιο της κόρης της όλα τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το σιτάρι, τη βρώμη, τα φρούτα, τα φυτικά έλαια (σπορέλαια), τη ζάχαρη, το φυστικοβούτυρο, το καλαμπόκι και τα αβγά, ό,τι δηλαδή δεν έτρωγε και εκείνη λόγω της ορθορεξίας της. Μετά από μερικές επισκέψεις εγκατέλειψε τη θεραπεία όταν ο Bratman της μίλησε για την ορθορεξία της (drop out). Χρόνια αργότερα, η έφηβη Jane (17 ετών πλέον) δεν άντεξε την διατροφική καταπίεση της μητέρας της (μιας και η ίδια δεν ήταν ορθορεκτική) και έφυγε από το σπίτι της. Προσέρχεται ξανά στο ιατρείο και συζητάει για τις παρελθοντικές συναντήσεις τους (Bratman & Knight, 2000). Ταυτόχρονα, γίνεται αναφορά και για μια άλλη περίπτωση ενός αγοριού τεσσάρων ετών, που λόγω της ορθορεξίας των γονιών του (θεωρίες μακροβιοτικής διατροφής), παρουσιάζεται σοβαρά αφυδατωμένο (Barthels et al., 2015; Bratman & Knight, 2000).

Ένα άλλο περιστατικό, από τη Σουηδία, τυπώνεται στη σουηδική εφημερίδα θέλοντας να περιγράψει τον πόνο και την ταλαιπωρία που υφίσταται το άτομο που πάσχει από σοβαρή ορθορεξία (Haman et al., 2015). Στο σημείο αυτό να διευκρινιστεί ότι στη Σουηδία ο όρος «Ορθορεξία» πέραν της διατροφικής διαταραχής έχει καταλήξει να χρησιμοποιείται για να δηλώσει και την υπερβολική σωματική άσκηση που φαίνεται να συνδέεται με την ορθορεξία (Bratman, 2017; Haman et al., 2015). Ο πάσχων δηλώνει: *«Στο τέλος ήταν αδύνατο να ασκηθώ περισσότερο ή να τρώω λιγότερο. Ήταν αδύνατο να κάνω περισσότερους εμετούς ή να νιώσω χειρότερα. Τα πάντα ήταν άγχος. Δεν ήμουν σε θέση να γυμναστώ για να διώξω το άγχος. Είχα τρομερούς πόνους και ένιωθα χάλια. Ταυτόχρονα, ένιωθα ότι αν δεν γυμναζόμουν, θα πέθαινα. Τότε θα έπρεπε να αυτοκτονήσω»* (Haman et al., 2015).

Στην Ισπανία μια γυναίκα 28 ετών σοβαρά λιποβαρής, έτρωγε μόνο σπόρους πιστεύοντας ότι ήταν η πιο φυσική ομάδα τροφίμων και δήλωνε ότι δεν σκόπευε να χάσει βάρος, ενώ στη Γερμανία μια φοιτήτρια 26 ετών, ακολουθούσε ένα αυστηρό πρόγραμμα με επακριβώς καθορισμένα γεύματα και επιτρεπόμενους συνδυασμούς τροφίμων (Barthels et al., 2015).



Ένα άλλο περιστατικό που συναντάται στη βιβλιογραφία στο άρθρο των Moroze και συνεργατών (2015), αναφέρεται σε έναν άνδρα ασθενή ηλικίας 28 ετών, αποκαλούμενο κ. Α. (Mr. A.) με τριετές ιστορικό φτωχής διατροφικής πρόσληψης. Ο ασθενής την περίοδο που νοσηλεύτηκε σε ιατρική μονάδα εξειδικευμένη στις διατροφικές διαταραχές είχε Δ.Μ.Σ.: 12,3 και παρουσίαζε σημαντικό υποσιτισμό, ανεπάρκεια τεστοστερόνης, δυσκοιλιότητα, βραδυκαρδία, κακή οδοντοστοιχία, οστεοπόρωση, λευκοπενία, θρομβοπενία, ηπατίτιδα από ασιτία και μεταβολική αλκάλωση. Εκτιμήθηκε από τη ψυχιατρική ομάδα, χωρίς ενεργή ψύχωση, αλλά αποδιοργανωμένος, με παρουσία περιέργων πεποιθήσεων όπως για παράδειγμα αναφορές στις μαγικές ιδιότητες του μπρόκολου. Ο ασθενής νοσηλεύτηκε 51 ημέρες και ανταποκρίθηκε στη χορήγηση ολανζαπίνης (Moroze et al., 2015).

Στην Ιαπωνία, ένα πρόσφατα δημοσιευμένο περιστατικό μετά την πανδημία της COVID-19, αφορά ένα κορίτσι 13 ετών με ορθορεξία που παρουσίασε ταχεία απώλεια βάρους, κόπωση, δυσφορία, αμηνόρροια, ρίγη στα άκρα και αλωπεκία. Η ασθενής ακολουθούσε μια διατροφή που είχε εντοπίσει στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κατά την πανδημία με επίκεντρο σχεδόν αποκλειστικά τα λαχανικά. Νοσηλεύτηκε για 18 ημέρες, όπου παρατηρήθηκαν δυσκολίες στην επικοινωνία και αποδόθηκαν ως παροδική κατάσταση που προκλήθηκε από την ατροφία του εγκεφάλου λόγω υποσιτισμού. Έπειτα από 8 μήνες επανεξετάστηκε παρουσιάζοντας σημαντική βελτίωση (Yoshimura et al., 2023).

Στον πίνακα 4.4 που ακολουθεί παραθέτονται τα βασικότερα χαρακτηριστικά των μελετών περίπτωσης όπως εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία.

**Πίνακας 4.4** Βασικότερα χαρακτηριστικά μελετών περίπτωσης

Συγγραφείς, Έτος Δημοσίευσης	Ασθενής με ψυχογενή ορθορεξία, Έτος Διάγνωσης, Χώρα	Επιρροή από	Τρεφόταν με ή είχε αποκλείσει τρόφιμα	Συμπτωμα- τολογία	Έκβαση
Bratman & Knight, 2000	Steven Bratman, 1990 περίπου, ΗΠΑ	Διατροφικές Θεωρίες	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	Επιβίωσε

Janice, 2000 περίπου, ΗΠΑ	Θεωρίες Διατροφικών Αλλεργιών	Τρεφόταν αποκλειστικά με: -κραμβέλαιο (canola oil) -ζυμαρικά με αγκινάρες Ιερουσαλήμ -καρπούζι	Σοβαρός υποσιτισμός (πολλά κοινά με ψυχογενή ανορεξία)	Επιβίωσε (έπειτα από παρέμβαση του Bratman)
Diana, 2000 περίπου, ΗΠΑ	Δεν αναφέρεται	Τρεφόταν αποκλειστικά με: -λευκό ρύζι -αρνί	-Υποσιτισμός -σοβαρή ανεπάρκεια (βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία)	Απεβίωσε (απλή γρίπη λόγω υποσιτισμού)
Brenda, 2000 περίπου, ΗΠΑ	Διατροφικές Θεωρίες	Τρεφόταν αποκλειστικά με: -φρούτα -λαχανικά (raw-foods fanatic) - συμφώνησε αντί να νοσηλευτεί να εντάξει στην διατροφή της τους ξηρούς καρπούς και τα όσπρια	-Υποσιτισμός -Συχνά Λιποθυμικά Επεισόδια	Σκοτώθηκε σε τροχάιο, ενώ λιποθύμησε οδηγώντας
Γυναίκα, 2000 περίπου, ΗΠΑ	Δεν αναφέρεται	Τρεφόταν αποκλειστικά με: -ωμά λαχανικά	-κοιλιακό οίδημα, λόγω πρωτεϊνικού- θερμιδικού υποσιτισμού	Απεβίωσε
-Shirley (μητέρα) -Jane (τέκνο 6 ετών), 2000 περίπου, ΗΠΑ	Διατροφικές Θεωρίες	Είχαν αποκλείσει: -γαλακτοκομι- κά προϊόντα -σιτάρι -βρώμη	Δεν αναφέρεται	Επιβίωσαν

			-φρούτα -φυτικά έλαια (σπορέλαια) -ζάχαρη - φυστικοβούτυρο -καλαμπόκι -αβγά		
	Αγόρι 4 ετών (λόγω ορθορεκτικών γονέων), 2000 περίπου, ΗΠΑ	θεωρίες μακροβιοτι- κής διατροφής	Δεν αναφέρεται	-Σοβαρή Αφυδάτωση	Δεν αναφέρεται
Barthels et al., 2015	Γυναίκα (28 ετών), 2015, Ισπανία	Διατροφικές Θεωρίες	Τρεφόταν αποκλειστικά με: -σπόρους	-Σοβαρά λιποβαρής	Δεν αναφέρεται
	Γυναίκα (26 ετών), 2015, Γερμανία	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται το είδος διατροφής, αλλά τρεφόταν με επακριβώς καθορισμένα γεύματα και επιτρεπόμενου ς συνδυασμούς τροφίμων	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται
Haman et al., 2015	Άνδρας, 2015, Σουηδία	Δεν αναφέρεται	Δεν αναφέρεται	-Εμετοί -Ακραίο Άγχος -Πόνους	Δεν αναφέρεται
Moroze et al., 2015	Mr. A (Άνδρας, 28 ετών), 2015, ΗΠΑ	Δεν αναφέρεται	Τρεφόταν με Μπρόκολο (Δεν αναφέρονται άλλα τρόφιμα,	-Υποσιτισμός (Δ.Μ.Σ.: 12,3) -ανεπάρκεια τεστοστερόνης -δυσκοιλιότητα	Επιβίωσε (νοσηλεύτηκε 51 ημέρες σε εξειδικευμένο κέντρο για τις

			αλλά ούτε και το μπρόκολο ως αποκλειστική τροφή)	-βραδυκαρδία -κακή οδοντοστοιχία -οστεοπόρωση -λευκοπενία -θρομβοπενία -ηπατίτιδα λόγω ασιτίας -μεταβολική αλκάλωση -αποδιοργανωμένος (παρουσία περιέργων πεποιθήσεων όπως για παράδειγμα αναφορές στις μαγικές ιδιότητες του μπρόκολου)	Διατροφικές Διαταραχές και ανταποκρίθηκε στη χορήγηση ολανζαπίνης)
Yoshimura et al., 2023	Κορίτσι (13 ετών), 2023, Ιαπωνία	Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης	Σχεδόν αποκλειστικά λαχανικά	-Υποσιτισμός -ταχεία απώλεια βάρους -κόπωση -δυσφορία -αμηνόρροια -ρίγη στα άκρα -αλωπεκία -δυσκολία στην επικοινωνία (παροδική κατάσταση που προκλήθηκε από την ατροφία του εγκεφάλου λόγω υποσιτισμού)	Επιβίωσε (νοσηλεύτηκε για 18 ημέρες)

Πηγή: Barthels et al., 2015; Bratman & Knight, 2000; Haman et al., 2015; Moroze et al., 2015; Yoshimura et al., 2023

#### 4.10 Τρόποι διαχείρισης και θεραπεία πασχόντων

Η θεραπεία που προτείνεται για άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ορθορεξία, έχει ομοιότητες με τις προτεινόμενες θεραπείες που ακολουθούνται γενικότερα για τις διατροφικές διαταραχές, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή άλλες χρόνιες ψυχωσικές συνδρομές (Morozze et al., 2015).

Για τη διαχείριση και θεραπεία της Ψυχογενούς Ορθορεξίας δεν βρέθηκε στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το ποιες θεραπείες είναι αποτελεσματικότερες, αλλά βρέθηκαν θεραπείες που φαίνονται να είναι αποτελεσματικές. Η Διατροφική παρέμβαση, η Συμβουλευτική (τεχνικές MI), η CBT και η Φαρμακευτική θεραπεία, αποτελούν τους πλέον δοκιμασμένους και προτεινόμενους τρόπους θεραπείας των ασθενών με ψυχογενή ορθορεξία.

Γενικά συστήνεται, η σύσταση και η συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας που θα απαρτίζεται από γενικούς ιατρούς, ψυχιάτρους, παιδίατρους, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι νοσηλευτές και οι διαιτολόγοι- διατροφολόγοι (Łucka et al., 2019b; Morozze et al., 2015). Οι ειδικοί που θα συναντήσουν ορθορεκτικούς ασθενείς χρειάζεται να είναι εξοικειωμένοι με τη νόσο και να μπορούν να αναγνωρίζουν με επιτυχία τα σημάδια και τις πιθανές επιπλοκές της ορθορεξίας (Gkiouleka et al., 2022). Η παραπάνω ομάδα μπορεί να συνδράμει στην εκπαίδευση του ασθενή σε θέματα διατροφής και θέτει ως στόχο να αυξηθεί η ποικιλία των τροφών που είχαν περιορισθεί ή εξαλειφθεί από το διαιτολόγιο του ασθενή, καθώς επίσης και την κατανάλωση της συνιστώμενης ποσότητας τροφής σε περιπτώσεις υποσιτισμού (Morozze et al., 2015).

Επιπλέον, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τεχνικές παρακινητικής συνέντευξης (Motivational Interview-MI), ενώ και η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) είναι αποτελεσματική (Gkiouleka et al., 2022; Morozze et al., 2015). Η Ολανζαπίνη, είναι ένα άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο που μπορεί να συμβάλει στη θεραπεία (Morozze et al., 2015), ενώ αντικαταθλιπτικά όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), επίσης, μπορούν να βοηθήσουν σε συνδυασμό με τα όσα αναφέρθηκαν (Gkiouleka et al., 2022; Łucka et al., 2019b).

Στο σημείο αυτό θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθεί η σημασία της πρόληψης ως μια στρατηγική στη φαρέτρα της αντιμετώπισης των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής και κατ' επέκταση της ορθορεξίας. Είναι σημαντική η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στις νεαρές ηλικίες, με πληθυσμό στόχο τόσο τους εφήβους όσο και τους γονείς τους.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Gkiouleka και συνεργατών (Gkiouleka et al., 2022), τα προγράμματα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με:

- τη σωματική ανάπτυξη κατά την εφηβεία
- την ισορροπημένη διατροφή
- υγιείς τρόπους ελέγχου του σωματικού βάρους
- επιπτώσεις του ανθυγιεινού βάρους στην υγεία
- αποφυγή αρνητικών σχολίων και πιέσεων σχετικά με το σωματικό βάρος σε πλαίσιο του οικογενειακού και του περιβάλλοντος των συνομηλίκων.

Επιπλέον, για την ανίχνευση αυτών των καταστάσεων σε πρώιμα στάδια ένα άλλο χρήσιμο προληπτικό μέτρο αποτελεί η τακτική χρήση εργαλείων διαλογής για τις Διατροφικές Διαταραχές γενικά και την ορθορεξία ειδικότερα, ως μέρος της τακτικής ιατρικής παρακολούθησης ευάλωτων ατόμων (Gkiouleka et al., 2022).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ

Από το 1997 που ο Steven Bratman περιέγραψε την ψυχογενή ορθορεξία, δημιουργήθηκε η ιδέα και η ανάγκη για την εύρεση ενός διαγνωστικού εργαλείου που να μπορεί να αποτυπώσει αξιόπιστα αυτή τη νέα αναδυόμενη οντότητα (Bratman, 2017).

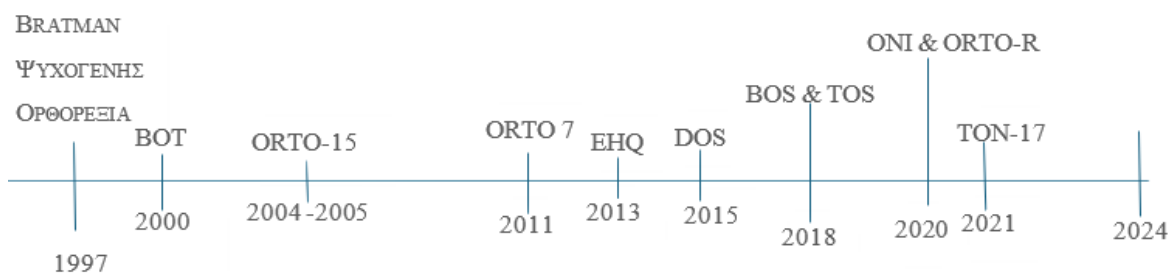
Έτσι, καθώς η έννοια της ορθορεξίας γινόταν ολοένα και πιο γνωστή στους κύκλους της επιστημονικής κοινότητας, άρχισαν να αναπτύσσονται διάφορα διαγνωστικά εργαλεία για την ψυχογενή ορθορεξία και ως εκ τούτου ένα άλλο πεδίο της έρευνας επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη τέτοιων διαγνωστικών εργαλείων για την ψυχογενή ορθορεξία.

Η πρώτη προσπάθεια έγινε από τον ίδιο τον Bratman το 2000 με το Bratman Orthorexia Test (BOT) (Bratman & Knight, 2000), ενώ στη συνέχεια το χρονικό διάστημα 2004-2005 οι Ιταλοί ερευνητές Donini και συνεργάτες ανέπτυξαν τη δοκιμασία ORTO-15 (Donini et al., 2005). Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα διαγνωστικά εργαλεία είναι το Bratman Orthorexia Test (BOT) και η δοκιμασία ORTO-15 (Valente et al., 2019).

Άλλα εργαλεία μέτρησης που έχουν δημιουργηθεί είναι: το αμερικανικό Eating Habits Questionnaire (EHQ) (2013), το γερμανικό Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS) (2015), τα ισπανικά Barcelona Orthorexia Scale (BOS) και Teruel Orthorexia Scale (TOS) (2018) (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019), το Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) (2020), με το καθένα να παρουσιάζει τους δικούς του περιορισμούς (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Oberle et al., 2021). Πρόσφατα, το 2020, εκδόθηκε και μια αναθεωρημένη έκδοση της δοκιμασίας ORTO-15, η δοκιμασία ORTO-R (Gkiouras et al., 2022; Rogoza and Donini, 2021). Το πιο πρόσφατο διαγνωστικό εργαλείο που δημιουργήθηκε το 2021 είναι το Test of Orthorexia Nervosa (TON-17) (Rogowska et al., 2021).

Στο Γράφημα 5.1 που ακολουθεί φαίνεται η χρονολογική σειρά εμφάνισης των διαγνωστικών εργαλείων που δημιουργήθηκαν για τη διάγνωση της ψυχογενούς ορθορεξίας.

**Γράφημα 5.1** Χρονολογική σειρά εμφάνισης διαγνωστικών εργαλείων για τη Ψυχογενή Ορθορεξία



BOT: Bratman Orthorexia Test, ORTO-15: τεστ, ORTO 7: τεστ, EHQ: Eating Habits Questionnaire, DOS: Düsseldorf Orthorexia Scale, BOS: Barcelona Orthorexia Scale, TOS: Teruel Orthorexia Scale, ONI: Orthorexia Nervosa Inventory, ORTO-R: τεστ (αναθεωρημένη έκδοση του ORTO-15), TON-17: Test of Orthorexia Nervosa.

## 5.1 Bratman Orthorexia Test- BOT

Το Bratman Orthorexia Test (BOT) είναι ένα τεστ αυτό-αξιολόγησης (Valente et al., 2019) που αποτελείται από 10 σύντομες ερωτήσεις με διχοτομικές ναι/ όχι απαντήσεις, όπου τέσσερις (4) θετικές απαντήσεις λογίζονται ως ένδειξη για ορθορεξία (Grammatikopoulou et al., 2018; Valente et al., 2019).

Είναι το πρώτο τεστ που δημιούργησε ο Bratman, στις αρχές του 2000 βασιζόμενος στην εννοιολόγηση της ορθορεξίας ως της «εμμονής με την υγιεινή διατροφή, η οποία φαίνεται να αποκτά τα χαρακτηριστικά μιας διατροφικής διαταραχής» (Valente et al., 2019). Στα Γερμανικά έχει μεταφραστεί ως “*ORTHO-10*” τεστ και έχει μεταφραστεί και σε άλλες γλώσσες όπως πχ. στα Σουηδικά (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019), ενώ έχει χρησιμοποιηθεί και σε μελέτες που έχουν διενεργηθεί στην Πολωνία (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021) και στην Ελλάδα (Gkiouras et al., 2018; Grammatikopoulou et al., 2018), όπως θα αναλυθεί στο επόμενο κεφάλαιο.

Επίσης, όσον αφορά το ORTHO-10 έχει επικυρωθεί στη Γερμανία. Μέσω της επικύρωσης αποκλείστηκε ένα στοιχείο του ερωτηματολογίου και προτάθηκε ένα μοντέλο δύο παραγόντων ως εξής: παράγοντες «ειδικές διατροφικές διαταραχές» και παράγοντες «ειδική ορθορεξία». Η εσωτερική συνοχή φάνηκε να είναι καλύτερη για τον πρώτο παράγοντα από ότι για τον δεύτερο με συντελεστή Cronbach  $\alpha = 0,71$  και  $\alpha = 0,57$ , αντίστοιχα, και συνολικό συντελεστή Cronbach alpha,  $\alpha=0,73$  για το τυχαίο δείγμα. Ωστόσο, η βασική έκδοση (αγγλική γλώσσα) του BOT στερείται επικύρωσης και ο ίδιος ο Bratman το χαρακτηρίζει ανεπίσημο πλέον (Valente et al., 2019).



## 5.2 ORTO-15/ ORTHO-15

Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την εκτίμηση και αξιολόγηση της ορθορεξίας είναι η δοκιμασία ORTO-15, που δημιουργήθηκε το 2004-2005 από μια ομάδα Ιταλών ερευνητών (Donini et al., 2005). Στη βιβλιογραφία συναντάται το ίδιο και ως δοκιμασία ORTHO-15 (Brytek-Matera et al., 2014). Η δοκιμασία προήλθε από το BOT, αλλά οι συγγραφείς άλλαξαν ορισμένα στοιχεία, ενώ συμπεριέλαβαν ερωτήσεις που αντικατοπτρίζουν τα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά χαρακτηριστικά που απαντώνται στην ορθορεξία (Valente et al., 2019).

Η δοκιμασία ORTO-15 περιέχει 15 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Οι απαντήσεις βασίζονται σε 4-βάθμια κλίμακα Likert (πάντα, συχνά, μερικές φορές, ποτέ). Οι ερωτήσεις που αντικατοπτρίζουν ορθορεκτική τάση βαθμολογούνται με ένα βαθμό, ενώ οι ερωτήσεις που υποδεικνύουν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες βαθμολογούνται με τέσσερις βαθμούς. Συνεπώς, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία που συγκεντρώνεται στη δοκιμασία, τόσο πιο κοντά στην ορθορεξία είναι ο εξεταζόμενος. Το όριο (cut-off point) που καθόρισαν αρχικά οι συγγραφείς ήταν το 40, ενώ υπάρχουν και μελέτες με όριο το 35 (Valente et al., 2019) και με όριο το 30 (Gonidakis et al., 2021).

Έπειτα από την κατασκευή του εργαλείου πραγματοποιήθηκε επικύρωση, που επιβεβαίωσε ένα μοντέλο τριών παραγόντων με αναφερόμενες: ευαισθησία 100%, ειδικότητα 73,6%, θετική προγνωστική αξία 17,6% και αρνητική προγνωστική αξία 100% (Valente et al., 2019). Ωστόσο, η δοκιμασία ORTO-15/ORTHO-15, έχει αμφισβητηθεί ως προς την εγκυρότητά της (Dunn and Bratman, 2016; Moroze et al., 2015; Roncero et al., 2017) και τις ψυχομετρικές της ιδιότητες (Gonidakis et al., 2021), ενώ παράλληλα στην έρευνα των Roncero και συνεργάτες το 2017, έχει αξιολογηθεί η δοκιμασία ORTO-11 (Gkiouleka et al., 2022) (που βασίζεται στη δοκιμασία ORTO-15, από την οποία έχουν αφαιρεθεί τέσσερις ερωτήσεις) και φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερη αξιοπιστία (Roncero et al., 2017).

Επίσης, η δοκιμασία ORTO-15/ ORTHO-15 έχει επικυρωθεί και προσαρμοστεί σε πολλές γλώσσες όπως: τα ισπανικά, τα τουρκικά, τα πορτογαλικά, τα αγγλικά, τα ουγγρικά, τα πολωνικά, τα γερμανικά (Valente et al., 2019) και τα ελληνικά (Gkiouras et al., 2022; Gonidakis et al., 2021).

Τέλος, η δοκιμασία ORTO-15/ ORTHO-15, αν και αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας, έχει δεχτεί ιδιαίτερη κριτική τόσο για τις φτωχές ψυχομετρικές του ιδιότητες, όσο και γιατί

φαίνεται να υπερεκτιμά τον επιπολασμό της ορθορεξίας (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019) και να μην διακρίνει την απλή δίαιτα από την εκδήλωση ορθορεκτικής συμπεριφοράς και συνεπώς την ύπαρξη της ορθορεξίας (McComb and Mills, 2019).

### **5.3 ORTO 7**

Το 2011 για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας στον ελληνικό πληθυσμό δημιουργήθηκε ένα νέο εργαλείο, η δοκιμασία ORTO 7 (Chaniotis et al., 2011).

Η δοκιμασία ORTO 7 περιέχει 7 ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι/ Όχι). Για κάθε θετική απάντηση δίνει ένα βαθμό, ενώ οι αρνητικές απαντήσεις δεν επηρεάζουν το άθροισμα. Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει υψηλότερες τάσεις για ψυχογενή ορθορεξία και σκορ > 5 θεωρείται υψηλό για ορθορεξία. Το μέγιστο σκορ είναι το 7 (Chaniotis et al., 2011).

Η δοκιμασία ORTO 7 φάνηκε να έχει μια αποδεκτή εσωτερική συνοχή. Ο συντελεστής Cronbach βρέθηκε  $\alpha=0,637$ . Η μελέτη επιβεβαίωσε ένα μοντέλο δύο παραγόντων με 7 ερωτήσεις (Chaniotis et al., 2011). Στη βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκε κάποια άλλη μελέτη που να έχει χρησιμοποιήσει το ORTO 7.

### **5.4 Eating Habits Questionnaire- EHQ**

Ένα επιπλέον διαγνωστικό εργαλείο που έχει αναπτυχθεί για τη διάγνωση της ορθορεξίας είναι το Eating Habits Questionnaire (EHQ). Το EHQ δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ το 2013 από μια ομάδα Αυστραλών και Αμερικανών ερευνητών, αναπτύχθηκε ανεξάρτητα από τα προηγούμενα εργαλεία BOT και ORTO-15 τεστ (Gleaves et al., 2013) και φαίνεται να έχει καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες συγκριτικά με τη δοκιμασία ORTO-15 (McComb and Mills, 2019).

Το EHQ αποτελείται από 21 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και μετρά τα προβλήματα (12 ερωτήσεις), τις γνώσεις (5 ερωτήσεις) και το θετικό συναίσθημα (4 ερωτήσεις) σχετικά με την υγιεινή διατροφή (Gleaves et al., 2013; Godefroy et al., 2021). Κάθε απάντηση αφορά μια κλίμακα Likert τεσσάρων σημείων που κυμαίνεται από 1 (ψευδές, καθόλου αληθές) έως 4 (πολύ αληθές) και οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν αυξημένη τάση για ορθορεξία (Mohamed Halim et al., 2020).

Το ερωτηματολόγιο EHQ φαίνεται να έχει καλή αξιοπιστία με συντελεστή Cronbach  $\alpha$  από 0,81 έως 0,92 (Gleaves et al., 2013; Oberle et al., 2021). Η επικύρωση που πραγματοποιήθηκε επιβεβαίωσε ένα μοντέλο τριών παραγόντων και έδειξε εσωτερική συνοχή  $\alpha = 0.90$  για τις γνώσεις,  $\alpha = 0,82$  για τα προβλήματα και  $\alpha = 0,86$  για τα θετικά συναισθήματα που συνοδεύουν την τήρηση της υγιεινής διατροφής (Valente et al., 2019). Στην Ευρώπη το ερωτηματολόγιο EHQ έχει επικυρωθεί και χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που έχουν υλοποιηθεί στη Γαλλία (Godefroy et al., 2021) και στην Πολωνία (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Ωστόσο, ένας βασικός περιορισμός του ερωτηματολογίου EHQ φαίνεται να είναι η αδυναμία να μετρήσει τα αρνητικά συναισθήματα που απαντώνται στην ορθορεξία, όπως είναι η θλίψη, ο φόβος, η ντροπή, η ενοχή, η απογοήτευση, η αυτοαπόρριψη και η αυτοτιμωρία που βιώνουν οι ασθενείς όταν αναγκάζονται να φάνε ή να καταναλώσουν ανθυγιεινά τρόφιμα (McComb and Mills, 2019; Roncero et al., 2017). Επίσης απουσιάζει και η αξιολόγηση των σωματικών βλαβών που προκαλούνται από την ορθορεξία (Oberle et al., 2021).

Τέλος, ως εργαλείο έχει δεχτεί κριτική για την έλλειψη εγκυρότητας που σχετίζεται με το κριτήριο (lack of criterion-related validity), καθώς δεν μετρήθηκε συγκριτικά η συμπτωματολογία της ορθορεξίας με κάποιο άλλο εργαλείο όταν έγινε η επικύρωση στην αρχική μελέτη (Oberle et al., 2017; Valente et al., 2019).

## **5.5 Düsseldorf Orthorexia Scale- DOS**

Στη Γερμανία για τη διάγνωση της ορθορεξίας αναπτύχθηκε το 2015 ένα άλλο ερωτηματολόγιο, το Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS) (Barthels et al., 2015). Το DOS βασίστηκε στην ιδέα ότι η ορθορεξία αποτελεί μια «πιθανώς παθολογική εμμονή με την υγιεινή διατροφή», σύμφωνα με την οποία οι ερευνητές ανέλυσαν τις μελέτες περίπτωσης (case studies) στο βιβλίο των Bratman και Knight και δημιούργησαν το εργαλείο DOS (Valente et al., 2019).

Στο ερωτηματολόγιο DOS υπάρχουν δέκα ερωτήσεις, στη σύντομη έκδοσή του, που αποσκοπούν να μετρήσουν και να αποτυπώσουν την ορθορεκτική συμπεριφορά (τάση προς την ορθορεξία) και την ορθορεξία. Με την κλίμακα Likert 4 σημείων οι απαντήσεις κυμαίνονται από «αυτό ισχύει για μένα» (τέσσερις βαθμοί), έως το «αυτό δεν ισχύει για μένα» (ένας βαθμός). Οι βαθμολογίες που κυμαίνονται μεταξύ 25 και 29 υποδηλώνουν

κίνδυνο για ορθορεξία, ενώ οι βαθμολογίες άνω των 30 διαγιγνώσκουν ορθορεξία (Valente et al., 2019). Επιπλέον, υπάρχει και το ερωτηματολόγιο DOS που περιέχει 21 ερωτήσεις και μετρά τρεις παράγοντες: «ορθορεκτική διατροφική συμπεριφορά» (10 ερωτήσεις), «αποφυγή πρόσθετων ουσιών» (6 ερωτήσεις) και «παροχή ανόργανων συστατικών» (5 ερωτήσεις). Και σε αυτή την έκδοση χρησιμοποιείται κλίμακα Likert με την ίδια βαθμολόγηση για τις απαντήσεις όπως και στο ερωτηματολόγιο DOS 10 ερωτήσεων (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Το εργαλείο έχει επικυρωθεί στον γερμανικό πληθυσμό και επιβεβαιώθηκε το μοντέλο ενός παράγοντα με εσωτερική συνοχή (συντελεστή Cronbach)  $\alpha = 0.84$  για την σύντομη έκδοση (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019), ενώ για την έκδοση του ερωτηματολογίου DOS με τις 21 ερωτήσεις ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  είναι  $\alpha = 0.91$  (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Επίσης, υπάρχουν αγγλική επικυρωμένη έκδοση του ερωτηματολογίου DOS, η E-DOS με συντελεστή Cronbach  $\alpha = 0.88$  (Valente et al., 2019), κινεζική έκδοση η C-DOS (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021), πολωνική έκδοση η PL-DOS με συντελεστή Cronbach  $\alpha = 0.834$ , λιβανική έκδοση με συντελεστή Cronbach  $\alpha = 0.896$  (Brytek-Matera et al., 2020), ισπανική έκδοση και γαλλική έκδοση η F-DOS με Ordinal  $\omega = 0,87$  (Lasson et al., 2021).

Η κριτική που έχει ασκηθεί για το ερωτηματολόγιο DOS έγκειται στο ότι αδυνατεί να διαφοροποιήσει τους ασθενείς με ανορεξία και τους ασθενείς με ορθορεξία, αν και φαίνεται μια καλή εναλλακτική έναντι των δοκιμασιών BOT και ORTO-15 (Valente et al., 2019).

## **5.6 Barcelona Orthorexia Scale- BOS**

Το 2018 δημιουργήθηκε στην Ισπανία με τη μέθοδο Delphi (Delphi method) το Barcelona Orthorexia Scale (BOS) από τους Bauer και συνεργάτες με δύο εκδόσεις, μια στην ισπανική και μια στην αγγλική γλώσσα (Bauer et al., 2019). Το ερωτηματολόγιο BOS αναπτύχθηκε με βάση τα πιο πρόσφατα κριτήρια των Dunn και Bratman (2016) (Valente et al., 2019).

Το ερωτηματολόγιο BOS αρχικά περιείχε 105 ερωτήσεις (Bauer et al., 2019), η τελική έκδοση ωστόσο αποτελείται από 64 ερωτήσεις και εξετάζει τα ακόλουθα 6 πεδία: (α) γνωστικές, β) συναισθηματικές, γ) συμπεριφορικές, δ) αρνητικές συνέπειες, (ε) αρνητικές συνέπειες στην κοινωνική ζωή και ακαδημαϊκή λειτουργία και στ) τη διαφορική διάγνωση (Bauer et al., 2019; Valente et al., 2019). Οι απαντήσεις δίνονται με 5-βάθμια κλίμακα Likert με (1 = διαφωνώ απόλυτα, 5 = συμφωνώ απόλυτα) (Navarro et al., 2023).

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι η δοκιμασία BOS μέχρι πρόσφατα δεν είχε χρησιμοποιηθεί σε μελέτες σε καμία από τις δύο εκδόσεις της με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν δεδομένα για τις ψυχομετρικές της ιδιότητες (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019).

Η πρώτη έρευνα που χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο BOS για την εκτίμηση της ορθορεξίας στο γενικό πληθυσμό της Ισπανίας είναι η μελέτη των Navarro και συνεργατών το 2023. Οι συγγραφείς προτείνουν μια πιο απλουστευμένη έκδοση του BOS αποτελούμενη από 35 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο BOS-35 εξετάζει 5 πεδία: τη συμπεριφορά, την ανησυχία για την υγιεινή διατροφή, τις στάσεις και πεποιθήσεις που σχετίζονται με τα τρόφιμα, τα ζωτικά επιτεύγματα και τη συναισθηματική δυσφορία που παρουσιάζεται στην ορθορεξία. Το ερωτηματολόγιο BOS-35 και οι παράγοντες παρουσίασαν συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach  $\alpha = 0.80-0.90$  (Navarro et al., 2023).

Συνοψίζοντας, το ερωτηματολόγιο BOS-35 (ισπανική έκδοση) είναι το νεότερο εργαλείο που δημιουργήθηκε το 2023 για την εκτίμηση της ορθορεξίας και φαίνεται να αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες για τον ισπανικό γενικό πληθυσμό (Navarro et al., 2023).

## **5.7 Teruel Orthorexia Scale- TOS**

Το 2018 στην Ισπανία δημιουργήθηκε ακόμη ένα εργαλείο για την εκτίμηση της ορθορεξίας, το Teruel Orthorexia Scale (TOS). Το ερωτηματολόγιο TOS (ισπανική έκδοση) αποτελείται από 17 ερωτήσεις με 4-βάθμια κλίμακα Likert που βαθμολογούνται από 0 = διαφωνώ απόλυτα έως 3 = συμφωνώ απόλυτα (Barrada and Roncero, 2018).

Το ερωτηματολόγιο TOS είναι το πρώτο εργαλείο που δημιουργήθηκε και διακρίνει την υγιή ορθορεξία (με 9 ερωτήσεις) από την ψυχογενή ορθορεξία (με 8 ερωτήσεις), δηλαδή διακρίνει την ορθορεξία σε δύο μέρη, ένα αυτό του φυσιολογικού ενδιαφέροντος για την υγιεινή διατροφή που δεν αποτελεί διατροφική διαταραχή και το άλλο μέρος που αφορά στην ψυχογενή ορθορεξία. Το ερωτηματολόγιο TOS επιβεβαίωσε αυτό το μοντέλο των δύο παραγόντων με συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach  $\alpha = 0,85$  για την υγιή ορθορεξία και με συντελεστή Cronbach  $\alpha = 0,81$  για τη ψυχογενή ορθορεξία (Barrada and Roncero, 2018; Valente et al., 2019).

Το ερωτηματολόγιο TOS διατίθεται στην ισπανική γλώσσα, στην αγγλική γλώσσα (Barrada and Roncero, 2018; Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021), στην γαλλική γλώσσα (με

15 ερωτήσεις), στη γερμανική γλώσσα (Lasson et al., 2023), στην ιταλική γλώσσα, στα πορτογαλικά, τα αραβικά και τα τουρκικά (Falgares et al., 2023).

## 5.8 ORTO-R

Σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της υπερεκτίμησης του επιπολασμού της ορθορεξίας στη δοκιμασία ORTO-15/ ORTHO-15, το 2020 πραγματοποιήθηκε μια επαναξιολόγηση των αρχικών δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την επικύρωση της δοκιμασίας ORTO-15, ώστε να αξιολογηθεί η παραγοντική δομή της. Αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας, που διενεργήθηκε από τους Rogoza και Donini (ο Donini ήταν και στους αρχικούς ερευνητές που πρότειναν τη δοκιμασία ORTO-15 το 2004-2005 στην Ιταλία), είναι η αναθεωρημένη έκδοση των ORTO-15/ ORTHO-15, η δοκιμασία ORTO-R (Rogoza and Donini, 2021).

Η αναθεωρημένη έκδοση ORTO-R, αποτελείται από 6 ερωτήσεις της αρχικής έκδοσης της δοκιμασίας ORTO-15 που φάνηκε πως αναδεικνύουν καλύτερα την τάση για ψυχογενή ορθορεξία. Οι πιθανές απαντήσεις δίνονται με 5-βάθμια κλίμακα Likert (ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, συχνά και πάντα) και η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 1 και 30, με κάθε ερώτηση να λαμβάνει από 1 έως 5 βαθμούς, ανάλογα με την απάντηση. Να σημειωθεί πως στην αναθεωρημένη έκδοση ORTO-R δεν προτείνεται κατώτατο όριο για τη διάγνωση της ορθορεξίας, αλλά η συνολική βαθμολογία χρησιμοποιείται σε μορφή κλίμακας για να υποδείξει μεγαλύτερη ή μικρότερη τάση προς την ψυχογενή ορθορεξία (Gkiouras et al., 2022). Η δοκιμασία ORTO-R έδειξε μια καλή αξιοπιστία με συντελεστή ωμέγα  $\omega=0,75$  (Rogoza and Donini, 2021). Το ερωτηματολόγιο ORTO-R, φαίνεται να αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο στην ανίχνευση της ψυχογενούς ορθορεξίας (Gkiouleka et al., 2022).

Λίγες μελέτες έχουν μεταφράσει, επικυρώσει και χρησιμοποιήσει την αναθεωρημένη έκδοση ORTO-R. Στην Ελλάδα, όπως θα αναλυθεί στο επόμενο κεφάλαιο, η μελέτη των Gkiouras και συνεργατών (2022), αναπαρήγαγε την ανάλυση της δοκιμασίας ORTO-R, τη μετέφρασε και την επικύρωσε στην ελληνική γλώσσα με συντελεστή ωμέγα  $\omega=0,65$ . Επίσης, υπάρχει επικυρωμένη έκδοση στα αραβικά με εσωτερική συνοχή 0,785 και στην τουρκική γλώσσα χωρίς μελέτη επικύρωσης (Gkiouras et al., 2022).

## 5.9 Orthorexia Nervosa Inventory (ONI)

Ένα ακόμη εργαλείο που αναπτύχθηκε για την εκτίμηση της ορθορεξίας είναι το ερωτηματολόγιο Orthorexia Nervosa Inventory (ONI), το 2020. Το ONI αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ από τους Oberle και συνεργάτες και αποτελείται από 24 ερωτήσεις με 4-βάθμια κλίμακα Likert, με βαθμολογία που κυμαίνεται από το 1 (σίγουρα δεν ισχύει) έως 4 (σίγουρα ισχύει) (Oberle et al., 2021).

Το ερωτηματολόγιο ONI δημιουργήθηκε με βάση τα προηγούμενα εργαλεία EHQ και DOS και είναι το πρώτο εργαλείο που αξιολογεί τη σωματική βλάβη. Έχει τρεις παράγοντες και εξετάζει τη «σωματική και ψυχοκοινωνική βλάβη» (10 ερωτήσεις), τη «συμπεριφορά και την ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή» (9 ερωτήσεις) και τη «συναισθηματική δυσφορία» (5 ερωτήσεις) με συντελεστή Cronbach  $\alpha$  από 0,88 έως 0,90, ενώ ο συνολικός συντελεστής Cronbach  $\alpha=0,94$  (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Oberle et al., 2021).

## 5.10 Test of Orthorexia Nervosa (TON-17)

Το 2021 δημοσιεύθηκε το ερωτηματολόγιο Test of Orthorexia Nervosa (TON-17), από τους Πολωνούς ερευνητές Rogowska και συνεργάτες με σκοπό την εκτίμηση της ορθορεξίας (Rogowska et al., 2021).

Το ερωτηματολόγιο TON-17 περιέχει 17 ερωτήσεις (Navarro et al., 2023; Rogowska et al., 2021) με 5-βάθμια κλίμακα Likert (1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ απόλυτα) (Rogowska et al., 2021) και μετρά 3 διαφορετικούς παράγοντες, τον «έλεγχο της ποιότητας των τροφίμων», την «εμμονή με την υγεία και την υγιεινή διατροφή» και τα «συμπτώματα της διαταραχής» παρουσιάζοντας επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες (Navarro et al., 2023; Rogowska et al., 2021) με συνολικό συντελεστή Cronbach  $\alpha=0,79$  (Rogowska et al., 2021).

Στον Πίνακα 5.1 που ακολουθεί παρατίθενται τα βασικά χαρακτηριστικά των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της Ψυχογενούς Ορθορεξίας και τα κυριότερα μειονεκτήματα ή πλεονεκτήματά τους.

**Πίνακας 5.1** Βασικά Χαρακτηριστικά Διαγνωστικών Εργαλείων και κυριότερα Πλεονεκτήματα/

Μειονεκτήματα

Διαγνωστικά Εργαλεία, Συγγραφείς, Έτος, Χώρα	Μέγεθος Ερωτηματολογίου, Τύπος Ερωτήσεων	Εσωτερική συνοχή, Μοντέλο Παραγόντων	Έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί στα:	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<b>BOT</b> Bratman και Knight 2000 ΗΠΑ	10 ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι/ Όχι)	-	-Γερμανικά -Σουηδικά -Πολωνικά -Ελληνικά	-	Στερείται Επικύρωσης (η βασική έκδοση- αγγλική γλώσσα)
<b>ORTO-15</b> Donini et al. 2004-2005 Ιταλία	15 ερωτήσεις 4-βάθμια κλίμακα Likert	- 3 παράγοντες	-Ισπανικά -Τουρκικά -Πορτογαλικά -Αγγλικά -Ουγγρικά -Πολωνικά -Γερμανικά -Ελληνικά	Το ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες μελέτες	-Υπερεκτίμηση Επιπολασμού Ορθορξίας  - Φτωχές Ψυχομετρικές Ιδιότητες
<b>ORTO 7</b> Chaniotis et al. 2011 Ελλάδα	7 ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι/ Όχι)	- Cronbach $\alpha=0,637$  -2 παράγοντες	-	Σύντομο	Δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες
<b>EHQ</b> Gleaves et al. 2013 ΗΠΑ	21 ερωτήσεις 4-βάθμια κλίμακα Likert	-Cronbach $\alpha$ από 0,81 έως 0,92  -3 παράγοντες	-Γαλλικά -Πολωνικά	-Καλύτερες Ψυχομετρικές Ιδιότητες από τη δοκιμασία ORTO-15	- Έλλειψη εγκυρότητας που σχετίζεται με το κριτήριο (lack of criterion-related validity) -Αδυναμία να μετρήσει τα αρνητικά συμπτώματα της Ορθορξίας -Απουσία αξιολόγησης της σωματικής βλάβης
<b>DOS</b> Barthels et al.	21 ερωτήσεις	-Cronbach $\alpha=0.91$  -3 παράγοντες	-Αγγλικά -Κινεζικά -Πολωνικά -Λιθuanικά	-	Αδυναμία διαφοροποίησης ασθενών με ανορεξία και



2015 Γερμανία	4-βάθμια κλίμακα Likert		-Γαλλικά -Ισπανικά		ασθενών με ορθορεξία
	10 ερωτήσεις (σύντομη έκδοση)  4-βάθμια κλίμακα Likert	-Cronbach $\alpha= 0.84$  -1 παράγοντας			
<b>BOS</b> Bauer et al. 2018 Ισπανία	64 ερωτήσεις  5-βάθμια κλίμακα Likert	-  -	Δημιουργήθηκε σε δύο εκδόσεις: -Ισπανική -Αγγλική	-	-
<b>TOS</b> Barrada and Roncero 2018 Ισπανία	17 ερωτήσεις  4-βάθμια κλίμακα Likert	-  -2 παράγοντες	-Πορτογαλικά -Αγγλικά -Γερμανικά -Γαλλικά -Ιταλικά -Τουρκικά -Αραβικά	Διακρίνει την υγιή από την Ψυχογενή Ορθορεξία	-
<b>ORTO-R</b> Rogoza και Donini 2020 Ιταλία	6 ερωτήσεις  5-βάθμια κλίμακα Likert	-συντελεστής $\omega=0,75$  -	-Ελληνικά -Αραβικά -Τουρκικά	-Το πιο σύντομο εργαλείο -Εύκολη -Γρήγορη εκτίμηση της Ορθορεξίας	-
<b>ONI</b> Oberle et al. 2020 ΗΠΑ	24 ερωτήσεις  4-βάθμια κλίμακα Likert	-Cronbach $\alpha= 0.94$  -3παράγοντες	-	Αξιολογεί τη σωματική βλάβη	-
<b>TON-17</b> Rogowska et al. 2021 Πολωνία	17 ερωτήσεις  5-βάθμια κλίμακα Likert	-Cronbach $\alpha= 0.79$  -3 παράγοντες	-	Επαρκείς Ψυχομετρικές Ιδιότητες	-

BOT: Bratman Orthorexia Test, ORTO-15: τεστ, ORTO 7: τεστ, EHQ: Eating Habits Questionnaire, DOS: Düsseldorf Orthorexia Scale, BOS: Barcelona Orthorexia Scale, TOS: Teruel Orthorexia Scale, ONI:

Orthorexia Nervosa Inventory, ORTO-R: τεστ (αναθεωρημένη έκδοση του ORTO-15), TON-17: Test of Orthorexia Nervosa.

Πηγή: Barrada and Roncero, 2018; Barthels et al., 2015; Bauer et al., 2019; Bratman & Knight, 2000; Brytek-Matera et al., 2020; Chaniotis et al., 2011; Donini et al., 2005; Dunn and Bratman, 2016; Falgares et al., 2023; Gkiouleka et al., 2022; Gkiouras et al., 2022; Gkiouras et al., 2018; Gleaves et al., 2013; Godefroy et al., 2021; Gonidakis et al., 2021; Grammatikopoulou et al., 2018; Lasson et al., 2023; McComb and Mills, 2019; Mohamed Halim et al., 2020; Moroze et al., 2015; Navarro et al., 2023; Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Oberle et al., 2021; Oberle et al., 2017; Rogowska et al., 2021; Rogoza and Donini, 2021; Roncero et al., 2017; Valente et al., 2019

Συμπερασματικά, αξίζει να σημειωθεί ότι όλα τα διαγνωστικά εργαλεία που αναφέρθηκαν για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας [Bratman Orthorexia Test (BOT), ORTO-15/ ORTO-R, ORTO 7, Eating Habits Questionnaire (EHQ), Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS), Barcelona Orthorexia Scale (BOS), Teruel Orthorexia Scale (TOS), Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) και Test of Orthorexia Nervosa (TON-17)], έχουν δημιουργηθεί απουσία επίσημων διαγνωστικών κριτηρίων (Dera et al., 2017) και ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού για την ορθορεξία και ως εκ τούτου οποιαδήποτε προσέγγιση της ορθορεξίας μπορεί να είναι εξίσου σημαντική για την κατανόηση της φύσης της διαταραχής (Rogowska et al., 2021).

Ωστόσο, έπειτα από την πρόσφατη έκθεση συναίνεσης με καθολικά αποδεκτό ορισμό και διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ορθορεξία από τους Donini και συνεργάτες το 2022 (Donini et al., 2022), όλα τα υπάρχοντα εργαλεία θα πρέπει να επανεκτιμηθούν και να αναθεωρηθούν, ή να δημιουργηθούν νέα, ακριβέστερα εργαλεία για τη διερεύνηση του επιπολασμού της ορθορεξίας που θα λαμβάνουν υπόψη την έκθεση συναίνεσης (Grammatikopoulou et al., 2023).

Η δημιουργία και η χρήση έγκυρων εργαλείων για τον εντοπισμό της ορθορεξίας ή των ορθορεκτικών τάσεων είναι ιδιαίτερος σημαντική για τον έγκαιρο εντοπισμό των πασχόντων και τη δυνατότητα για άμεση θεραπεία (Gkiouras et al., 2022).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑ**

Σύμφωνα με την ανασκόπηση που έχει γίνει τον τελευταίο χρόνο για την ψυχογενή ορθορεξία στις βάσεις δεδομένων Pubmed/ Medline, Cochrane Database for SR, Scopus και Google Scholar εντοπίστηκαν λίγες μελέτες που αφορούν στον ελληνικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, όπως θα αναλυθεί στο τρέχον κεφάλαιο, οι ελληνικές έρευνες που βρέθηκαν είναι 10 και οι περισσότερες (8) έχουν δημοσιευθεί την τελευταία πενταετία, δηλαδή κατά το χρονικό διάστημα 2018- 2023.

### **6.1 Ελληνικές μελέτες**

#### **6.1.1 Αξιολόγηση διατροφικών συνθηκών και παραμέτρων σωματικής αυτοαντίληψης για την ανάπτυξη πρότυπου ερωτηματολογίου «ορθορεξικής» συμπεριφοράς: ORTO 7**

Η πρώτη δημοσιευμένη μελέτη για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας στον ελληνικό πληθυσμό διεξήχθη από τους Chaniotis και συνεργάτες το 2008 στην Αττική και δημοσιεύθηκε το 2011. Η μελέτη είχε σκοπό να καταγράψει και να αξιολογήσει τις διατροφικές συνήθειες και τις παραμέτρους αυτοαντίληψης, ώστε να αναδειχθεί ένα πρότυπο ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση της ορθορεξικής συμπεριφοράς (Chaniotis et al., 2011).

Η μελέτη ήταν συγχρονική και διεξήχθη σε νέο ενήλικο πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελούνταν από 155 φοιτητές και υπάλληλους γραφείου (98 γυναίκες και 57 άνδρες) με μέση ηλικία τα  $26,4 \pm 9,12$  έτη και με ενδοτεταρτημοριακό εύρος τιμών (Interquartile Range) IQR: 21- 27. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, σωματομετρικά χαρακτηριστικά, τις διατροφικές στάσεις και επιλογές, παραμέτρους σωματικής αυτοαντίληψης και σε ερωτήσεις για την εκτίμηση της ορθορεξίας (Chaniotis et al., 2011).

Από τη συγκεκριμένη μελέτη προέκυψε ένα νέο εργαλείο για την εκτίμηση της ορθορεξίας, το εργαλείο ORTO 7. Η δοκιμασία ORTO 7, αποτελείται από 7 ερωτήσεις διχοτομικού τύπου (Ναι/Όχι), όπου κάθε θετική απάντηση δίνει ένα βαθμό, ενώ οι αρνητικές απαντήσεις δεν επηρεάζουν το άθροισμα. Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει υψηλότερες τάσεις για ψυχογενή ορθορεξία και σκορ > 5 θεωρείται υψηλό για ορθορεξία (Chaniotis et al., 2011).

Στα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται μια αποδεκτή εσωτερική συνοχή της δοκιμασίας ORTO 7 με συντελεστή Cronbach  $\alpha=0,637$ . Η μελέτη επιβεβαίωσε ένα μοντέλο δύο παραγόντων με 7 ερωτήσεις και ο επιπολασμός της ορθορεξίας καταγράφηκε στο 20% και αφορά κυρίως γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου (16,2%) (Chaniotis et al., 2011).

Επίσης, παρατηρήθηκε πως τα άτομα με υψηλό σκορ ορθορεκτικής συμπεριφοράς, παρουσίασαν ορθές διατροφικές επιλογές στο 64,51%. Παράλληλα, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ορθορεξίας με την ικανοποίηση της σωματικής διάπλασης, της κατανάλωσης φρούτων και της συχνότητας λήψης πρωινού γεύματος (Chaniotis et al., 2011).

### **6.1.2 Διατροφικές Συνήθειες Νεαρών Ατόμων με Ορθορεξία**

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί Διπλωματική Εργασία και είχε ως σκοπό τη μελέτη των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών νέων ατόμων με ορθορεξία (Karli, 2014).

Στη μελέτη συμμετείχαν 107 φοιτητές (83 Γυναίκες και 24 Άνδρες) με μέση ηλικία τα  $23,93 \pm 3,18$  έτη. Για την εκτίμηση της ορθορεξίας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ORTO-15 (στην ελληνική γλώσσα). Ο επιπολασμός της ορθορεξίας βρέθηκε στο 53,3%, με το 59% να αφορά γυναίκες (σημαντική συσχέτιση ορθορεξίας και φύλου) (Karli, 2014).

Επίσης στα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ορθορεξίας με την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά, φρούτων και τσαγιού, ενώ αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε με το κρέας, το μπέικον και τα δημητριακά. Επιπλέον δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ατόμων με ορθορεξία και των ατόμων που δεν παρουσίαζαν ορθορεξία όσον αφορά στην προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή. Τέλος, σύμφωνα με τη μελέτη παρατηρήθηκε πως αρκετά άτομα με ορθορεξία αγόραζαν προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά και χαμηλά θερμιδικά προϊόντα, επισκέπτονταν συχνότερα καταστήματα υγιεινών τροφίμων, προτιμούσαν την κατανάλωση βιολογικών προϊόντων, διάβαζαν τις ετικέτες τροφίμων, απέφευγαν τα έτοιμα γεύματα και τα εστιατόρια γρήγορου φαγητού καθώς επίσης ήταν ενημερωμένοι για θέματα που αφορούσαν τη διατροφή τους (Karli, 2014).

### **6.1.3 Αξιολόγηση της Ορθορεξίας μεταξύ φοιτητών Διαιτολογίας**

Η μελέτη για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας στον ελληνικό πληθυσμό με δείγμα από γυναίκες φοιτήτριες διατροφής και διαιτολογίας, διεξήχθη από τους Gkiouras και

συνεργάτες το 2006 στη Θεσσαλονίκη και τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν το 2018 με τη μορφή poster (Gkiouras et al., 2018).

Η μελέτη είχε σκοπό την αξιολόγηση της ορθορεξίας στους φοιτητές διατροφής και διαιτολογίας στη Θεσσαλονίκη, ώστε να διαπιστωθεί αν τα ευρήματα της μελέτης συνάδουν με τα αποτελέσματα μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία που αφορούν σε παρόμοιο πληθυσμό (Gkiouras et al., 2018). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ομάδες νεαρών ενηλίκων, όπως είναι οι φοιτητές διαιτολογίας, εμφανίζουν αυξημένο επιπολασμό για ορθορεκτική συμπεριφορά και ορθορεξία (Dera et al., 2017; Gkiouras et al., 2018).

Για τη διάγνωση της ορθορεξίας χρησιμοποιήθηκε το Bratman Orthorexia Test (BOT) που, όπως έχει αναφερθεί στο κεφάλαιο 5, αποτελείται από 10 διχοτομικές ερωτήσεις με απαντήσεις ναι/ όχι. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 120 γυναίκες φοιτήτριες με ηλικία  $21,0 \pm 0,8$  ετών και συλλέχθηκαν ανθρωπομετρικά στοιχεία βάρους, ύψους, περιφέρειας μέσης και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Για την εκτίμηση της διατροφικής πρόσληψης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της 24ωρης διαιτητικής ανάκλησης (Gkiouras et al., 2018).

Στα πρώτα δημοσιευμένα αποτελέσματα στην Ελλάδα για την ψυχογενή ορθορεξία, φαίνεται πως ο επιπολασμός της ορθορεξίας βρέθηκε στο 62,9%. Οι φοιτήτριες που βρέθηκαν με ορθορεξία φαίνεται να είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ένα κανονικό σωματικό βάρος, αν και φαίνεται να παρουσίαζαν αυξημένο ΔΜΣ και περίμετρο μέσης, ενώ η μέση ενεργειακή πρόσληψη (ανά κιλό σωματικού βάρους) ήταν χαμηλότερη συγκριτικά με τις φοιτήτριες που δεν βρέθηκαν θετικές στην ορθορεξία (Gkiouras et al., 2018).

Το συμπέρασμα της μελέτης των Gkiouras και συνεργατών, ήταν πως ο επιπολασμός φαίνεται παρόμοιος με αντίστοιχο επιπολασμό ορθορεξίας που διαπιστώθηκε μεταξύ φοιτητριών στην Πολωνία στο 68,6%, αλλά συγκριτικά με μελέτες που περιείχαν δείγματα αντρών και γυναικών φοιτητών, φάνηκε να είναι υψηλότερος ο επιπολασμός στις Ελληνίδες φοιτήτριες με 62,9% έναντι των 35,9% που παρατηρήθηκε στην Ιταλία και του 3,3% που καταγράφηκε στη Γερμανία (Gkiouras et al., 2018).

Στο σημείο αυτό θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθεί πως το 2006 που συλλέχθηκαν τα πρώτα δεδομένα στην Ελλάδα, τα μόνα διαθέσιμα διαγνωστικά εργαλεία ήταν το ερωτηματολόγιο BOT και η δοκιμασία ORTO-15.

Τα ευρήματα της έρευνας, όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο BOT για την αξιολόγηση της ορθορεξίας, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής η ερμηνεία τους, καθώς ο ίδιος ο Bratman έχει ασκήσει έντονη κριτική στο εργαλείο BOT και έχει αναφέρει ότι δεν πρέπει

να χρησιμοποιείται πλέον για την αξιολόγηση και εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας (Bratman, 2017).

#### **6.1.4 Εθισμός στα τρόφιμα, ορθορεξία και άγχος που σχετίζεται με τα τρόφιμα μεταξύ φοιτητών διαιτολογίας**

Τον Μάιο του 2018, δημοσιεύεται άλλη μια μελέτη από τους Grammatikopoulou και συνεργάτες που διεξήχθη στον ελληνικό πληθυσμό με δείγμα φοιτητές του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας στη Θεσσαλονίκη.

Η συγχρονική αυτή μελέτη (cross-sectional study) δεν αξιολόγησε μόνο την ψυχογενή ορθορεξία στους φοιτητές διαιτολογίας, αλλά και τον εθισμό στα τρόφιμα και το άγχος που σχετίζεται με τα τρόφιμα σε σχέση με τη διατροφική πρόσληψη στο πλαίσιο της ευρύτερης αξιολόγησης άλλων καθορισμένων διαταραχών σίτισης ή διατροφής (Other Specified Feeding Eating Disorder- OSFED) (Grammatikopoulou et al., 2018).

Η μελέτη των Grammatikopoulou και συνεργατών διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος- Ιούνιος του 2016 στη Θεσσαλονίκη και συμπεριέλαβε ένα δείγμα 176 φοιτητών από τους 215 φοιτητές που συμμετείχαν αρχικά. Οι 176 φοιτητές του τμήματος διατροφής και διαιτολογίας είχαν μέση ηλικία τα  $21,7 \pm 1,9$  έτη και αποτελούνταν από 140 γυναίκες και 36 άνδρες (Grammatikopoulou et al., 2018).

Για την εκτίμηση της ορθορεξίας χρησιμοποιήθηκε το Bratman Orthorexia Test (BOT) και ο επιπολασμός της ορθορεξίας υπολογίστηκε στο 68,2%, ενώ δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παράλληλα, οι φοιτητές που βρέθηκαν με ορθορεξία παρουσίασαν αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), μειωμένη πρόσληψη ενέργειας και κορεσμένων λιπαρών, ωστόσο οι άνδρες που βρέθηκαν με ορθορεξία φαίνεται να καταναλώναν περισσότερα λαχανικά. Στη μελέτη πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, όπου έδειξε ότι η ορθορεκτική συμπεριφορά συσχετίστηκε με αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), περιφέρεια μέσης και πρόσληψη ενέργειας. Συμπερασματικά, η μελέτη υπέδειξε μεταξύ άλλων ότι το πρόβλημα του υψηλού επιπολασμού της ορθορεξίας μεταξύ φοιτητών διατροφής και διαιτολογίας υφίσταται ακόμη (Grammatikopoulou et al., 2018).

### **6.1.5 Επικύρωση του ελληνικού ερωτηματολογίου ORTO-15 για την αξιολόγηση της ψυχογενούς ορθορεξίας και της σχέσης της με την συμπτωματολογία διατροφικών διαταραχών**

Η μελέτη των Gonidakis και συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2021, είναι η πρώτη προσπάθεια επικύρωσης της δοκιμασίας ORTO-15 στην ελληνική γλώσσα (Gonidakis et al., 2021).

Η δοκιμασία ORTO-15 μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα. Και έπειτα, χορηγήθηκε σε 120 φοιτητές ψυχολογίας στην Αθήνα μαζί με το EAT-26 (Eating Attitudes Test-26), ένα ερωτηματολόγιο όπου μετρά τον κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές (Gonidakis et al., 2021).

Στα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται μια αποδεκτή εσωτερική συνοχή για την ελληνική έκδοση της δοκιμασίας ORTO-15 με συντελεστή Cronbach  $\alpha=0,7$ . Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν 3 διαφορετικά όρια (cut-off points) στο ερωτηματολόγιο (το 40, το 35 και το 30) και ο επιπολασμός φαίνεται να προκύπτει ως εξής: 55% με όριο το 40, 29,1% με όριο το 35 και στο 2,5% με όριο το 30 στη δοκιμασία ORTO-15. Επίσης, όπως και στην αγγλική έκδοση που δημιουργήθηκε αρχικά η δοκιμασία ORTO-15 επιβεβαίωσε ένα μοντέλο τριών παραγόντων: συναισθηματικός (συντελεστής Cronbach  $\alpha=0,74$ ), ορθολογικός (συντελεστής Cronbach  $\alpha=0,7$ ) και συμπεριφορικός (συντελεστής Cronbach  $\alpha=0,71$ ), ωστόσο οι 3 παράγοντες που εντοπίστηκαν δεν φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την ηλικία, την εκπαίδευση ή τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Τέλος, ένα ακόμη εύρημα φαίνεται να είναι πως οι υψηλότερες μετρήσεις στην κλίμακα διατροφής και βουλιμίας του EAT-26, φαίνεται να σχετίζονται με εντονότερα συμπτώματα ορθορεξίας (Gonidakis et al., 2021).

Συμπερασματικά, η μελέτη των Gonidakis και συνεργατών διαπίστωσε αφενός πως η ελληνική έκδοση της δοκιμασίας ORTO-15 φαίνεται πως είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την εκτίμηση και αξιολόγηση της ορθορεξίας στον ελληνικό πληθυσμό, και αφετέρου η συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ορθορεξίας και εν μέρει της συμπτωματολογίας διατροφικών διαταραχών, θέτει το ερώτημα των πιθανών ομοιοτήτων ή και επικαλύψεων μεταξύ των δύο κλινικών οντοτήτων (Gonidakis et al., 2021).

### **6.1.6 Ψυχογενής Ορθορεξία: αναπαραγωγή και επικύρωση των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων ORTO στα ελληνικά σε μια έρευνα 848 Ελλήνων**

Την μελέτη για επικύρωση της ελληνικής έκδοσης του εργαλείου ORTO-15 από τους Gonidakis και συνεργάτες (Gonidakis et al., 2021), διαδέχθηκε η μελέτη των Gkiouras και συνεργατών για επικύρωση τόσο της ελληνικής έκδοσης της δοκιμασίας ORTO-15 σε μεγαλύτερο δείγμα, όσο και της αναπαραγωγής (replicate) (Gkiouras et al., 2022) του πιο πρόσφατου εργαλείου, του εργαλείου ORTO-R που περιέχει 6 ερωτήσεις από το αρχικό εργαλείο ORTO-15 (Gkiouras et al., 2022; Rogoza and Donini, 2021).

Τα δύο εργαλεία ORTO-15-GR και ORTO-R μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα με τη μέθοδο forward-backward-forward. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 848 ενήλικες, εκ' των οποίων οι 291 ήταν άνδρες και οι 557 (66%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα  $35,4 \pm 12,1$  έτη. Επίσης, δόθηκαν και πληροφορίες για το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, το σωματικό βάρος και το ύψος των συμμετεχόντων, με την πλειοψηφία να έχει ένα κανονικό βάρος (422 συμμετέχοντες- 50%) και να είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (450 συμμετέχοντες). Η μέση τιμή του Δείκτη Μάζας Σώματος για το δείγμα βρέθηκε στο  $25,7 \pm 5,2$  (kg/m<sup>2</sup>) (Gkiouras et al., 2022).

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε το έτος 2020 και θα αποτελούσε παράλειψη να μην επισημανθεί, πως λόγω της πανδημίας και της καραντίνας για τη νόσο COVID-19, όλα τα δεδομένα δόθηκαν από τους συμμετέχοντες ηλεκτρονικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και δεν υπήρξε η δυνατότητα να γίνει η καταγραφή από την ομάδα των ερευνητών. Αυτό αποτελεί και έναν βασικό περιορισμό της μελέτης (Gkiouras et al., 2022).

Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής των δύο εργαλείων, ORTO-15-GR και ORTO-R, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής ωμέγα ( $\omega$ ) (omega coefficient). Το εργαλείο ORTO-15-GR παρουσίασε συντελεστή ωμέγα  $\omega=0,70$  και για το εργαλείο ORTO-R ο συντελεστής ωμέγα βρέθηκε  $\omega=0,65$ . Η παραγοντική δομή των εργαλείων εξετάστηκε με επιβεβαιωτικές παραγοντικές αναλύσεις (Confirmatory Factor Analyses-CFA). Επίσης, εξετάστηκε η συσχέτιση του εργαλείου ORTO-R με τις μεταβλητές της μελέτης και βρέθηκε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας της δοκιμασίας ORTO-R και του γυναικείου φύλου, του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), και της ύπαρξης προβλήματος υγείας που σχετίζεται με τη διατροφή. Επιπλέον, το εργαλείο ORTO-R φαίνεται στην παρούσα μελέτη να εντόπισε έναν



πιθανώς ευαίσθητο πληθυσμό, λόγω της συσχέτισης των ορθορεκτικών τάσεων με το γυναικείο φύλο και τους νεότερους σε ηλικία συμμετέχοντες (Gkiouras et al., 2022).

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι αναλύσεις υπέδειξαν για το εργαλείο ORTO-R μια αποδεκτή προσαρμογή, ωστόσο το εργαλείο ORTO-15-GR χαρακτηρίστηκε από κακή προσαρμογή. Συμπερασματικά, η αναπαραγωγή της ανάλυσης του εργαλείου ORTO-R για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας και η επικύρωσή του στον ελληνικό πληθυσμό, δείχνει πως πρόκειται για ένα αξιόπιστο εργαλείο με τη σύντομη αυτή έκδοση του εργαλείου ORTO-R να επιτρέπει μια εύκολη και γρήγορη εφαρμογή της μεθόδου για την αξιολόγηση της τάσης για ορθορεξία (Gkiouras et al., 2022).

### **6.1.7 Εξάρτηση από την άσκηση και ψυχογενής ορθορεξία στο Crossfit: διερεύνηση του ρόλου της τελειομανίας**

Η μελέτη των Mavrandrea και Gonidakis το 2022, είναι η πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της εξάρτησης από την άσκηση και της ψυχογενούς ορθορεξίας σε αθλητές Crossfit σε σύγκριση με ασκούμενους στο γυμναστήριο (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

Στόχος της μελέτης πέρα από την εξέταση της σχέσης μεταξύ εξάρτησης από την άσκηση και ορθορεξίας σε αθλητές Crossfit, ήταν και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της τελειομανίας και αυτών των συμπεριφορών (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

Στη μελέτη συμμετείχαν 241 άτομα που αθλούνταν τακτικά με το 51,5% των συμμετεχόντων να είναι άνδρες. Από τους 241 συμμετέχοντες, τα 130 άτομα (53,9%) ήταν ενεργά μέλη γυμναστηρίου και τα 111 (46,1%) ήταν τακτικοί αθλητές Crossfit. Οι συμμετέχοντες είχαν μέση ηλικία τα 26,3 έτη (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτύου σε δύο φάσεις, λόγω της πανδημίας της νόσου COVID-19 και των μέτρων (καραντίνα) που επικρατούσαν τότε στην Ελλάδα. Η πρώτη συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Μάρτιο έως τον Απριλίου 2020 και η δεύτερη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο έως τον Μάιο 2021 (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

Για την εκτίμηση της ορθορεξίας στους αθλητές χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου ORTO-15 των Gonidakis και συνεργατών (Gonidakis et al., 2021) και η εσωτερική συνοχή του εργαλείου συντελεστής Cronbach alpha βρέθηκε  $\alpha=0,81$ . Μεταξύ των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε το 11,7% στην ομάδα του Crossfit και το 10% των συμμετεχόντων στην ομάδα των αθλούμενων στο γυμναστήριο να παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχογενούς ορθορεξίας (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

Επίσης, παρατηρήθηκε συσχέτιση της ορθορεξίας με το φύλο, με το ανδρικό φύλο να φαίνεται πιο πιθανό στην εκδήλωση της ορθορεξίας σε σχέση με τις γυναίκες (Mavrandrea and Gonidakis, 2023), κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη σε δείγμα Πολωνών φοιτητών (1.120 άτομα) (Plichta and Jezewska-Zychowicz, 2019). Επιπλέον, και άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν φαίνεται συσχέτιση μεταξύ ορθορεξίας και φύλου (McComb and Mills, 2019; Oberle et al., 2021).

Διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης από την άσκηση και της ορθορεξίας. Επιπλέον, η διάσταση της τελειομανίας φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την υποχρεωτική άσκηση και την ορθορεξία. Η μελέτη υποδηλώνει ότι η εξάρτηση από την άσκηση είναι περισσότερο εμφανής στους αθλητές Crossfit σε σύγκριση με τους αθλητές γυμναστηρίου και μπορεί να συνοδεύεται από συμπτώματα ορθορεξίας. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη μελέτη δεν παρατηρήθηκε οι αθλητές Crossfit να πάσχουν περισσότερο από ορθορεξία σε σύγκριση με τους αθλούμενους στο γυμναστήριο (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

Η αύξηση της ευαισθητοποίησης μεταξύ των προπονητών Crossfit όσον αφορά τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εθισμού στην άσκηση και την εκδήλωση ορθορεκτικών συμπεριφορών μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων μεταξύ των αθλητών (Mavrandrea and Gonidakis, 2023).

#### **6.1.8 Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Ορθορεξίας μεταξύ Ελλήνων επαγγελματιών χορευτών**

Μια ακόμη μελέτη που έγινε στον ελληνικό πληθυσμό για την εκτίμηση του επιπολασμού της ορθορεξίας, είναι η μελέτη των Athanasaki και συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 2023 και αφορά την εκδήλωση της ορθορεξίας στους επαγγελματίες χορευτές (Athanasaki et al., 2023a).

Στη μελέτη διερευνήθηκαν πέρα από τον επιπολασμό της ορθορεξίας μεταξύ των Ελλήνων επαγγελματιών χορευτών και οι πιθανές σχέσεις της ορθορεξίας με τη Μεσογειακή διατροφή, το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), την ευελιξία/ δυσκαμψία της εικόνας του σώματος (body image flexibility/ inflexibility) και τον γονεϊκό δεσμό (parental bonding). Στην εν λόγω μελέτη συμμετείχαν συνολικά 96 επαγγελματίες χορευτές, δηλαδή είτε σπούδαζαν ή ήταν απόφοιτοι και εργάζονταν ως χορευτές ή δάσκαλοι σε ανώτατες σχολές με μέση ηλικία τα  $23.41 \pm 5.13$  έτη. Από τα 96 άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη, τα 92

ήταν γυναίκες (95,8%), τα 3 άτομα ήταν άνδρες (3,1%) και ένα άτομο άλλου φύλου (1%) (Athanasaki et al., 2023a).

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις από τους ερευνητές και τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν περιείχαν πληροφορίες σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά, κλινικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ατόμων, την τήρηση της μεσογειακής διατροφής, την ευελιξία της εικόνας του σώματός τους, και την ανάμνηση της στάσης των γονέων τους απέναντί τους για τα πρώτα 16 χρόνια της ζωής τους (Athanasaki et al., 2023a). Η εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας έγινε με τη χρήση της ελληνικής έκδοσης του εργαλείου ORTHO-15 των Gonidakis και συνεργατών (Gonidakis et al., 2021).

Για τους σκοπούς της μελέτης οι συμμετέχοντες διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες με κριτήριο τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Οι κατηγορίες που προέκυψαν ήταν μια ομάδα επαγγελματιών χορευτών με κανονικό βάρος και μια ομάδα με κατώτερο από το φυσιολογικό σωματικό βάρος (λιποβαρής) (Athanasaki et al., 2023a).

Στα αποτελέσματα της μελέτης, ο επιπολασμός της ορθορεξίας φαίνεται να είναι 74% και η ορθορεξία φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τον δείκτη μάζας σώματος ΔΜΣ (στους συμμετέχοντες που παρουσίαζαν φυσιολογικό βάρος) και με τη δυσκαμψία της εικόνας του σώματος. Στη μελέτη δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση της ορθορεξίας με το είδος του γονεϊκού δεσμού ούτε με την τήρηση της Μεσογειακής διατροφής (Athanasaki et al., 2023a).

### **6.1.9 Ψυχογενής Ορθορεξία Πρακτικές στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: η μελέτη DORA**

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η μελέτη DORA των Sifakaki και συνεργατών είναι η πρώτη, και προς το παρόν η μοναδική, που εξετάζει τη συσχέτιση της ψυχογενούς ορθορεξίας με την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ).

Το ακρωνύμιο DORA, προέρχεται από τη Διατροφή και Ορθορεξία στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Diet and Orthorexia in Rheumatoid Arthritis- DORA). Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια διαταραχή που επηρεάζει τις αρθρώσεις, ανήκει στις αυτοάνοσες διαταραχές και δεν έχει βρεθεί κάποια αιτιολογία για την εκδήλωσή της. Στη διαχείριση της νόσου, εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, έχει εξέχουσα σημασία η ειδική ιατρική διατροφολογία που θα ακολουθήσει ο ασθενής (Medical Nutrition Therapy- MNT) έπειτα από παρέμβαση εξειδικευμένου διατροφολόγου- διαιτολόγου. Ορισμένοι ασθενείς

κατά την προσπάθεια της ρύθμισης της νόσου τους μέσω της διατροφής, φαίνεται πως αναπτύσσουν μια διαταραγμένη διατροφή με τη μορφή της ψυχογενούς ορθορεξίας και ο στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις ορθορεκτικές τάσεις σε ένα δείγμα ενήλικων ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Sifakaki et al., 2023).

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 133 ενήλικες ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα από την Ελλάδα, οι οποίοι δήλωσαν την πρόθεση να συμμετάσχουν στη μελέτη μέσω της κοινότητας ασθενών της Ελληνικής Εταιρείας Αντιρευματικού Αγώνα (ΕΛ.Ε.ΑΝ.Α.). Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του διαδικτύου από το Μάιο έως τον Αύγουστο του 2022. Οι ασθενείς απήντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη νόσο τους (διάρκεια από την εμφάνιση, αν είναι ενεργή ή σε ύφεση κ.α.), καπνιστικές συνήθειες, καθώς και για το σωματικό βάρος και ύψος, όπου στη συνέχεια υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Sifakaki et al., 2023). Για την εκτίμηση και αξιολόγηση της ορθορεξίας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του εργαλείου ORTO-15 των Gkiouras και συνεργατών, το εργαλείο ORTO-15-GR (Gkiouras et al., 2022).

Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 126 γυναίκες και 7 άνδρες, συνολικά 133 ασθενείς με μέση ηλικία τα  $46.52 \pm 9.78$  έτη και πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα 5 χρόνια (μέση διάρκεια). Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν υπέρβαροι/παχύσαρκοι (53,4%) και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν πως η νόσος τους βρισκόταν σε ύφεση (54,9%), ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν ορισμένα συμπτώματα όπως ο πόνος, η πρωινή δυσκαμψία και το πρήξιμο των αρθρώσεων. Το 63,2% ανέφερε πως απείχε από το κάπνισμα (Sifakaki et al., 2023).

Στη μελέτη, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με την ορθορεξία ανάμεσα στους ασθενείς με ενεργή νόσο και σε όσους ασθενείς δεν παρουσίαζαν ενεργή συμπτωματολογία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Η διάμεση βαθμολογία του εργαλείου ORTO-15-GR του δείγματος ήταν 36 με ενδοτεταρτημοριακό εύρος τιμών (Interquartile Range) IQR: 33-39 αποκαλύπτοντας υψηλές τάσεις ορθορεξίας στο δείγμα. Το εργαλείο παρουσίασε Cronbach  $\alpha=0,73$  και ο συντελεστής ωμέγα ήταν  $\omega=0,79$ . Στα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται πως η μεγαλύτερη τάση για ορθορεξία σχετίζεται με το γυναικείο φύλο, ενώ η αύξηση της ηλικίας και του Δείκτη Μάζας Σώματος φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερες τάσεις για ορθορεξία. Δεν σχετίστηκαν σημαντικά η τάση για ορθορεξία με την οικογενειακή κατάσταση (χωρίς σχέση ή χωρισμένος-η), τα χρόνια καπνιστικής συνήθειας και τη διάρκεια νόσησης με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Sifakaki et al., 2023).

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως τα ευρήματα της μελέτης, έχουν τον περιορισμό του μικρού δείγματος, ιδιαιτέρως των ανδρών, άρα δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά του

γενικού πληθυσμού, καθώς επίσης πως όλα τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν έγιναν με αυτοαναφορές από τους ασθενείς και δεν υπήρξε δυνατότητα συλλογής και καταγραφής των δεδομένων από τους ερευνητές. Όσον αφορά την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορξίας έγινε με τη χρήση του εργαλείου ORTO-15-GR (Sifakaki et al., 2023), που υπάρχουν αμφιβολίες για την αξιοπιστία του και ως εργαλείο έχει περιορισμούς (Gkiouras et al., 2022).

Παρόλα αυτά, τα ευρήματα δείχνουν την ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ρευματολόγων, να εκπαιδευτούν στην ορθορξία και την αντιμετώπισή της, αφού ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα φαίνεται να παρουσιάζει τάσεις για ορθορξία. Κάτι τέτοιο, θα βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συμπτώματα ορθορξίας, ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν τη βέλτιστη φροντίδα όσον αφορά τις διατροφικές συμβουλές, γεγονός που θα μπορούσε να αποτρέψει το περιττό άγχος και την εκδήλωση άλλων ψυχολογικών ασθενειών (Sifakaki et al., 2023).

Θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθεί πως η εν λόγω μελέτη δέχτηκε κριτική από έναν ερευνητή για τη χρήση του ερωτηματολογίου ORTO-15 στα ελληνικά για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορξίας, όταν πολλοί ερευνητές το επικρίνουν σαν εργαλείο (Meule, 2023). Η απάντηση που δόθηκε από τους Grammatikopoulou και συνεργάτες, που συμμετείχαν στη μελέτη DORA, αποσαφήνισε τους λόγους επιλογής του συγκεκριμένου εργαλείου που συμπεριλαμβανόταν στους περιορισμούς της μελέτης (Grammatikopoulou et al., 2023).

Οι λόγοι επιλογής του ερωτηματολογίου ORTO-15-GR, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι ότι το συγκεκριμένο εργαλείο είναι το τεστ που έχει χρησιμοποιηθεί συχνότερα στην αξιολόγηση της ορθορξίας, καθώς επίσης το εν λόγω εργαλείο είναι το μοναδικό επικυρωμένο, μεταφρασμένο και πολιτισμικά προσαρμοσμένο εργαλείο στην Ελλάδα σήμερα (Grammatikopoulou et al., 2023).

Άλλωστε, έπειτα από την έκθεση συναίνεσης με καθολικά αποδεκτό ορισμό και διαγνωστικά κριτήρια για την ορθορξία από τους Donini και συνεργάτες το 2022 (Donini et al., 2022), όλα τα υπάρχοντα μέχρι σήμερα εργαλεία που αναπτύχθηκαν για την αξιολόγηση και εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορξίας είναι εξίσου αναποτελεσματικά στην κάλυψη όλων των πτυχών της ορθορξίας ανεξάρτητα από τις επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων, τα μέτρα επικύρωσης, συνοχής ή αξιοπιστίας. Αναπόφευκτα, όσοι ερευνητές εργάζονται πάνω στη διερεύνηση της ψυχογενούς ορθορξίας, θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν ένα από τα ήδη υπάρχοντα εργαλεία και να αναφέρουν τους περιορισμούς

του, μέχρις ότου να αναπτυχθεί ένα νέο εργαλείο για τη διάγνωση της ορθορεξίας λαμβάνοντας υπόψη την πρόσφατη συναίνεση. Καθώς επίσης και όλα τα υπάρχοντα εργαλεία θα πρέπει να επανεκτιμηθούν και να αναθεωρηθούν, ή να δημιουργηθούν νέα, ακριβέστερα εργαλεία για τον έλεγχο και τον εντοπισμό των ασθενών και για τη διερεύνηση του επιπολασμού της ορθορεξίας (Grammatikopoulou et al., 2023).

#### **6.1.10 Ο μητρικός δεσμός ως προστατευτικός παράγοντας στον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχογενούς ορθορεξίας σε φοιτητές διαιτολογίας**

Η πιο πρόσφατα δημοσιευμένη έρευνα για την ορθορεξία στον ελληνικό πληθυσμό, σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, έγινε από τους Athanasaki και συνεργάτες το 2023 και εξετάζει τη σχέση του μητρικού δεσμού με την εκδήλωση της ορθορεξίας μεταξύ φοιτητών διαιτολογίας (Athanasaki et al., 2023b).

Ο προσδιορισμός του επιπολασμού της ορθορεξίας μεταξύ φοιτητών διαιτολογίας στην Ελλάδα και η διερεύνηση των σχέσεων της ορθορεξίας με τη Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ), τον κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικής διαταραχής, τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), την ευελιξία/ δυσκαμψία της εικόνας του σώματος καθώς και το είδος της γονεϊκής προσκόλλησης ήταν οι στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης (Athanasaki et al., 2023b).

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις από τους ερευνητές και τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν περιείχαν πληροφορίες σχετικές με τα κοινωνικοδημογραφικά, κλινικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των ατόμων, την τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής, την ευελιξία της εικόνας του σώματός τους, με τον κίνδυνο εκδήλωσης Διατροφικής Διαταραχής, το επίπεδο άγχους και την ανάμνηση της στάσης των γονέων τους απέναντί τους κατά τη διάρκεια των 16 πρώτων χρόνων της ζωής τους (Athanasaki et al., 2023b). Η εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας έγινε με τη χρήση της ελληνικής έκδοσης του εργαλείου ORTO-15 των Gonidakis και συνεργατών (Gonidakis et al., 2021).

Στη μελέτη συμμετείχαν 132 φοιτητές διαιτολογίας, με μέση ηλικία τα 22,94 ±3,5 έτη. Τα 120 άτομα ήταν γυναίκες (90,9%) και τα 12 άτομα ήταν άνδρες (9,1%). Ο επιπολασμός της ορθορεξίας στους φοιτητές διαιτολογίας φάνηκε να είναι 56,1% και το ερωτηματολόγιο ORTO-15 παρουσίασε εσωτερική συνοχή με συντελεστή Cronbach alpha α=0,65 (Athanasaki et al., 2023b).

Για τους σκοπούς της μελέτης οι συμμετέχοντες διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την εκδήλωση ή όχι της ορθορεξίας όπως φάνηκε έπειτα από την αξιολόγηση του εργαλείου

ORTO-15. Ο κίνδυνος για εμφάνιση ορθορεξίας φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με τον Δείκτη Μάζας Σώματος, συγκεκριμένα όσοι είχαν κανονικό βάρος ή ήταν υπέρβαροι παρουσίαζαν υψηλότερη τάση για ορθορεξία. Επίσης, η ορθορεξία φάνηκε να σχετίζεται με τη συχνότητα άσκησης για όσους γυμνάζονταν περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα, το επίπεδο άγχους με τους συμμετέχοντες που βρέθηκε να εκδηλώνουν μέτριο ή υψηλό βαθμού άγχος να είναι στο 73,3%, τον κίνδυνο εκδήλωσης άλλης Διατροφικής Διαταραχής στο 36,5% για τους ορθορεκτικούς ασθενείς και τη δυσκαμψία της εικόνας του σώματος το 42,3% για τους ορθορεκτικούς ασθενείς. Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε μια σημαντική στατιστική συσχέτιση αντιστρόφως ανάλογη της ορθορεξίας με τον μητρικό δεσμό και συγκεκριμένα τον στοργικό μητρικό δεσμό, έτσι φαίνεται πως όσοι παρουσιάζουν έναν στοργικό μητρικό δεσμό έχουν μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση ψυχογενούς ορθορεξίας (Athanasaki et al., 2023b).

Στον πίνακα 6.1 που ακολουθεί αναγράφονται οι βασικότερες πληροφορίες των ελληνικών μελετών.

**Πίνακας 6.1** Βασικότερες πληροφορίες ελληνικών μελετών

<b>Τίτλος Μελέτης</b>	<b>Συγγραφείς, Έτος Δημοσίευσης</b>	<b>Έτος και Μέρος Διεξαγωγής της Μελέτης</b>	<b>Διαγνωστικό Εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της Ορθορεξίας</b>	<b>Δείγμα Μελέτης</b>	<b>Αποτελέσματα Μελέτης</b>
«Αξιολόγηση διατροφικών συνηθειών και παραμέτρων σωματικής αυτοαντίληψης για την ανάπτυξη πρότυπου ερωτηματολογίου “ορθορεξικής”»	Chaniotis et al., 2011	2008 Αθήνα, Ελλάδα	ORTO 7 ελληνική έκδοση (Chaniotis et al.)	155 φοιτητές και υπάλληλοι γραφείου 98 γυναίκες 57 άνδρες  Μέση ηλικία 26,4 ± 9,12 έτη	Επιπολασμός: 20% [κυρίως γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου (16,2%)]  Cronbach α=0,637  Ατομα με υψηλό σκορ ορθορεκτικής συμπεριφοράς, ορθές διατροφικές

συμπεριφοράς : ORTO 7»					<p>επιλογές στο 64,51%.</p> <p>Θετική συσχέτιση ορθορεξίας :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ικανοποίηση σωματικής διάπλασης</li> <li>-κατανάλωσης φρούτων</li> <li>-συχνότητας λήψης πρωινού γεύματος</li> </ul>
«Διατροφικές Συνήθειες Νεαρών Ατόμων με Ορθορεξία»	Karli, 2014	2014 Αθήνα, Ελλάδα	ORTO-15 ελληνική έκδοση	<p>107 φοιτητές 83 Γυναίκες 24 Άνδρες</p> <p>Μέση ηλικία 23,93 ± 3,18 έτη</p>	<p>Επιπολασμός: 53,3% [59% γυναίκες (σημαντική συσχέτιση ορθορεξίας και φύλου)]</p> <p>Θετική συσχέτιση ορθορεξίας:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά</li> <li>-φρούτων</li> <li>-τσαγιού</li> </ul> <p>Αρνητική συσχέτιση ορθορεξίας:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- κρέας</li> <li>-μπέικον</li> <li>-δημητριακά</li> </ul> <p>Απουσία σημαντικής συσχέτισης ορθορεξίας και προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή</p> <p>Άτομα με ορθορεξία προτιμούσαν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-προϊόντα χαμηλών λιπαρών</li> <li>-χαμηλά θερμιδικά προϊόντα</li> </ul>



					<ul style="list-style-type: none"> <li>-κατανάλωση βιολογικών προϊόντων</li> <li>- επισκέπτονταν συχνότερα καταστήματα υγιεινών τροφίμων</li> <li>-διάβαζαν τις ετικέτες τροφίμων</li> <li>-απέφευγαν τα έτοιμα γεύματα</li> <li>- απέφευγαν εστιατόρια γρήγορου φαγητού</li> <li>-ενημερωμένοι σε θέματα διατροφής</li> </ul>
«Αξιολόγηση της Ορθορεξίας μεταξύ φοιτητών Διαιτολογίας»	Gkiouras et al., 2018	2006 Θεσσαλονίκη, Ελλάδα	Bratman Orthorexia Test (BOT)	120 Γυναίκες φοιτήτριες Διατροφής και Διαιτολογίας  Μέση ηλικία 21,0 ±0,8 έτη	<p>Επιπολασμός: 62,9%</p> <p>Φοιτήτριες με Ορθορεξία:</p> <p>Αυξημένες πιθανότητες για κανονικό Σωματικό Βάρος</p> <p>Αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος</p> <p>Αυξημένη Περίμετρο Μέσης</p> <p>Μειωμένη Μέση Ενεργειακή Πρόσληψη</p>
«Εθισμός στα τρόφιμα, ορθορεξία και άγχος που σχετίζεται με τα τρόφιμα μεταξύ φοιτητών διαιτολογίας»	Grammatikopoulou et al., 2018	2016 Θεσσαλονίκη, Ελλάδα	Bratman Orthorexia Test (BOT)	176 φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας 140 γυναίκες 36 άνδρες  Μέση ηλικία 21,7 ±1,9 έτη	<p>Επιπολασμός: 68,2%</p> <p>Φοιτητές με Ορθορεξία:</p> <p>Αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος</p> <p>Μειωμένη Ενεργειακή Πρόσληψη</p>

					<p>Μειωμένη Πρόσληψη Κορεσμένων Λιπαρών</p> <p>Άνδρες: κατανάλωση περισσότερων λαχανικών</p> <p>Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης</p> <p>(ορθορεκτική συμπεριφορά Αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), Αυξημένη περιφέρεια μέσης, Αυξημένη πρόσληψη ενέργειας)</p>
<p>«Επικύρωση του ελληνικού ερωτηματολογίου ORTO-15 για την αξιολόγηση της ψυχογενούς ορθορεξίας και της σχέσης της με την συμπτωματολογία διατροφικών διαταραχών»</p>	<p>Gonidakis et al., 2021</p>	<p>Δεν αναφέρεται το έτος.</p> <p>Αθήνα, Ελλάδα</p>	<p>ORTO-15 ελληνική έκδοση (Gonidakis et al.)</p>	<p>120 φοιτητές ψυχολογίας</p> <p>Μέση ηλικία 21,6 έτη</p>	<p>Επιπολασμός: 55% (cut-off point &lt;40) 29,1% (cut-off point &lt;35) 2,5% (cut-off point &lt;30)</p> <p>ORTO-15 ελληνική έκδοση Συντελεστής Cronbach <math>\alpha=0,7</math></p> <p>Μοντέλο 3 παραγόντων: Συναισθηματικός (Cronbach <math>\alpha=0,74</math>), Ορθολογικός (Cronbach <math>\alpha=0,7</math>) Συμπεριφορικός (Cronbach <math>\alpha=0,71</math>)</p> <p>Το μοντέλο 3 παραγόντων δεν σχετίζεται με: Ηλικία Εκπαίδευση</p>

					<p>Δείκτη Μάζας Σώματος</p> <p>Υψηλότερες μετρήσεις στην κλίμακα διατροφής και βουλιμίας του EAT-26 (Eating Attitudes Test-26), φαίνεται να σχετίζονται με εντονότερα συμπτώματα ορθορεξίας</p>
<p>«Ψυχογενής Ορθορεξία: αναπαραγωγή και επικύρωση των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων ORTO στα ελληνικά σε μια έρευνα 848 Ελλήνων»</p>	<p>Gkiouras et al., 2022</p>	<p>2020 Ηλεκτρονική συμπλήρωση ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα</p>	<p>ORTO-15-GR ελληνική έκδοση (Gkiouras et al.)</p> <p>ORTO-R (ελληνική έκδοση)</p>	<p>848 Έλληνες</p> <p>557 γυναίκες 291 άνδρες</p> <p>Μέση ηλικία 35,4 ±12,1 έτη</p>	<p>ORTO-15-GR Συντελεστής <math>\omega=0,70</math></p> <p>ORTO-R Συντελεστής <math>\omega=0,65</math></p> <p>ORTO-R Αρνητική συσχέτιση Γυναικείο Φύλο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) Ύπαρξη προβλήματος υγείας που σχετίζεται με διατροφή</p> <p>ORTO-R αποδεκτή προσαρμογή</p> <p>ORTO-15-GR κακή προσαρμογή</p>
<p>«Εξάρτηση από την άσκηση και ψυχογενής ορθορεξία στο Crossfit: διερεύνηση</p>	<p>Mavrandrea and Gonidakis, 2022</p>	<p>2020-2021 Ηλεκτρονική συμπλήρωση ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα</p>	<p>ORTO-15 ελληνική έκδοση (Gonidakis et al.)</p>	<p>241 Έλληνες αθλητές</p> <p>51,5% άνδρες</p> <p>Μέση ηλικία 26,3 έτη</p>	<p>ORTO-15-GR Συντελεστής Cronbach alpha <math>\alpha=0,81</math></p> <p>11,7% ομάδα Crossfit 10% ομάδα αθλούμενων στο γυμναστήριο με συμπτώματα ψυχογενούς ορθορεξίας</p>

του ρόλου της τελειομανίας»					Ορθορεξία συσχέτιση με: Φύλο ανδρικό φύλο πιο πιθανό Εξάρτηση από την άσκηση Τελειομανία
«Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Ορθορεξίας μεταξύ Ελλήνων επαγγελματιών χορευτών»	Athanasaki et al., 2023	Δεν αναφέρονται	ORTO-15 ελληνική έκδοση (Gonidakis et al.)	96 επαγγελματίες χορευτές 92 γυναίκες 3 άνδρες 1 άλλο φύλο Μέση ηλικία 23.41 ± 5.13 έτη	Επιπολασμός ορθορεξίας: 74%  Ορθορεξία συσχέτιση με Δείκτη Μάζας Σώματος Δυσκαμψία εικόνας σώματος  Ορθορεξία απουσία συσχέτισης με Τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής Είδος Γονεϊκού δεσμού
«Ψυχογενής Ορθορεξία Πρακτικές στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: η μελέτη DORA»	Sifakaki et al., 2023	2022 Ηλεκτρονική συμπλήρωση ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα	ORTO-15-GR ελληνική έκδοση (Gkiouras et al.)	133 ενήλικες ασθενείς με Ρευματοειδή ή Αρθρίτιδα  126 γυναίκες 7 άνδρες Μέση ηλικία 46.52 ± 9.78 έτη	ORTO-15-GR 36 (IQR: 33-39)  Συντελεστής Cronbach α=0,73 ω=0,79  Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με την ορθορεξία ανάμεσα στους ασθενείς με ενεργή νόσο και στους ασθενείς σε ύφεση  Υψηλότερη τάση Ορθορεξίας: Γυναικείο Φύλο  Χαμηλότερη τάση Ορθορεξίας: Αύξηση ηλικίας Δείκτης Μάζας Σώματος

					Δεν σχετίστηκαν σημαντικά: η τάση για ορθορξία με την οικογενειακή κατάσταση τα χρόνια καπνιστικής συνήθειας τη διάρκεια νόσησης με ρευματοειδή αρθρίτιδα
«Ο μητρικός δεσμός ως προστατευτικός παράγοντας στον κίνδυνο εκδήλωσης ψυχογενούς ορθορξίας σε φοιτητές διαιτολογίας»	Athanasaki et al., 2023	Δεν αναφέρονται	ORTO-15 ελληνική έκδοση (Gonidakis et al.)	132 Έλληνες φοιτητές Διαιτολόγους 120 γυναίκες 12 άνδρες Μέση ηλικία 22,94 ±3,5 έτη	Επιπολασμός ορθορξίας: 56,1% Συντελεστής Cronbach alpha α=0,65 Αντιστρόφως Ανάλογη συσχέτιση Ορθορξίας με Στοργικό Μητρικό Δεσμό  Ορθορξία συσχέτιση με Δείκτη Μάζας Σώματος Δυσκαμψία εικόνας σώματος Συχνότητα σωματικής άσκησης Μέτριο/ Υψηλό επίπεδο άγχους Κίνδυνο για εκδήλωση Διατροφικής Διαταραχής Ορθορξία απουσία συσχέτισης με Τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής

ω: συντελεστής ωμέγα (omega coefficient), IQR: ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range) Πηγή: Athanasaki et al., 2023a, 2023b; Chaniotis et al., 2011; Gkiouras et al., 2022, 2018; Gonidakis et al., 2021; Grammatikopoulou et al., 2018; Karli, 2014; Mavrandrea and Gonidakis, 2023; Sifakaki et al., 2023

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέσω της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης φαίνεται πως στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος των τελευταίων ετών, βρίσκεται η ψυχογενής ορθορεξία ως μια ανερχόμενη νοσολογική οντότητα.

Αρκετοί συγγραφείς (Bratman & Knight, 2000; Łucka et al., 2019b; Moroze et al., 2015) συμφωνούν ότι βασική διαφορά της ορθορεξίας από τις διαταραχές της ανορεξίας και της βουλιμίας είναι η εμμονή με την ποιότητα του φαγητού (quality of food) στους ασθενείς με ορθορεξία, σε αντίθεση με την εμμονή με την ποσότητα (quantity of food) που απαντάται στους ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία. Ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς (Bartel et al., 2020; Hessler-Kaufmann et al., 2021) αμφισβητούν αυτό το χαρακτηριστικό και υποστηρίζουν ότι και στην ορθορεξία επιλέγονται συγκεκριμένες τροφές για τον έλεγχο του σωματικού βάρους που υπερτερεί έναντι των λόγων υγείας, ενώ επίσης παρατηρούνται ανησυχίες για την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής και διαταραχές που έχουν σχέση με την εικόνα του σώματος.

Επίσης, μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως υπάρχει μια μεγάλη και εκτενής συζήτηση είτε για το αν η ορθορεξία αποτελεί μια αυτόνομη κλινική οντότητα είτε, αν δεν υφίσταται αυτό, σε ποια κατηγορία θα πρέπει να συμπεριληφθεί σε ένα νέο DSM. Κατά καιρούς, έχει υποστηριχθεί ότι η ορθορεξία εντάσσεται στις Άλλες μη προσδιοριζόμενες Διαταραχές Σίτισης ή Διατροφής (UFED) (Grammatikopoulou et al., 2021), στις διαταραχές πρόσληψης τροφής αποφευκτικού / περιοριστικού τύπου (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder- ARFID) (Hessler-Kaufmann et al., 2021; McComb and Mills, 2019; Moroze et al., 2015; Volpe et al., 2015), αν και για την εισαγωγή της ορθορεξίας στην κατηγορία ARFID έχουν καταγραφεί και αντίθετες απόψεις (Gkiouleka et al., 2022; Skella et al., 2022), καθώς και -ότι μπορεί να αποτελεί υποτύπο της ψυχογενούς ανορεξίας (Barthels et al., 2015; Skella et al., 2022).

Επιπρόσθετα, λόγω ομοιοτήτων μεταξύ της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD) και της ορθορεξίας έχει εξετασθεί αν η ορθορεξία αποτελεί ξεχωριστή διαταραχή ή αν αποτελεί κομμάτι της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD) (Łucka et al., 2019b), δηλαδή έχει εξετασθεί το αν η ορθορεξία πρέπει να ταξινομηθεί στις αγχώδεις διαταραχές, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή αν αποτελεί διατροφική διαταραχή (ED) (Pruneti et al., 2023; Zagaria et al., 2022).

Πιο συγκεκριμένα, έχει εξεταστεί αν η ορθορεξία αποτελεί αυτόνομη διατροφική διαταραχή (Barnes and Caltabiano, 2017; Barthels et al., 2015; Plichta and Jezewska-Zychowicz, 2019; Strahler and Stark, 2020), αν παρατηρείται ως υπο-τύπος της ψυχογενούς ανορεξίας (subtype) (Barnes and Caltabiano, 2017; Barthels et al., 2015; Hessler-Kaufmann et al., 2021; Strahler and Stark, 2020) ή ακόμα το ενδεχόμενο να είναι μια διαφορετική/εναλλακτική διατροφική συμπεριφορά στο συνεχές (continuum) της υγιεινής διατροφής (Bratman, 2017; Haman et al., 2015; McComb and Mills, 2019).

Σύμφωνα με την έρευνα των Łucka και συνεργατών (2019), δεν προκύπτει ότι η ορθορεξία είναι ξεχωριστή διατροφική διαταραχή ούτε ότι ανήκει στο φάσμα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, αλλά μάλλον πληροί τα κριτήρια των διατροφικών διαταραχών εν γένει (Łucka et al., 2019b). Αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στην μετα-ανάλυση των Zagaria και συνεργατών (2022), όπου τα ευρήματα φαίνεται πως δείχνουν ότι τα συμπτώματα της ορθορεξίας συνδέονται περισσότερο με τις διαταραχές σίτισης και διατροφής παρά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ωστόσο φαίνεται ότι η ψυχογενής ορθορεξία μπορεί να διαφέρει από τις αναγνωρισμένες διατροφικές διαταραχές και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ως εκ τούτου η ορθορεξία θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ως ξεχωριστή κλινική οντότητα και να συμπεριληφθεί ως αναδύόμενο σύνδρομο στην ταξινόμηση του επόμενου DSM (Zagaria et al., 2022). Επιπλέον, έπειτα από την έκθεση κοινής συναίνεσης για τον ορισμό και τα κριτήρια διάγνωσης της ορθορεξίας, η ψυχογενής ορθορεξία φαίνεται να εμπίπτει στην κατηγορία των Διαταραχών Σίτισης και Διατροφής (Donini et al., 2022).

Αρκετοί ερευνητές, έχουν προσπαθήσει να διατυπώσουν ορισμό και να προσδιορίσουν τα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς ορθορεξίας (Barthels et al., 2015; Cena et al., 2019; Donini et al., 2022; Dunn and Bratman, 2016; Moroze et al., 2015). Η αρχική προσπάθεια έγινε από την Jessica Setnick (2013), ακολούθησαν οι Moroze και συνεργάτες (2014), το 2015 διατυπώθηκαν διαγνωστικά κριτήρια από τους Barthels και συνεργάτες και οι μεμονωμένες προσπάθειες ολοκληρώθηκαν με την πρόταση των διαγνωστικών κριτηρίων των Dunn και Bratman (2016) (Cena et al., 2019). Το πρόβλημα των πολλών διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων φαίνεται να αντιμετωπίστηκε με την επίτευξη κοινής συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό και τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ορθορεξίας το 2022 (Donini et al., 2022). Ωστόσο αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανάγκη για επανεξέταση και για επανεκτίμηση όλων των διαθέσιμων αποτελεσμάτων και διαγνωστικών εργαλείων υπό το πρίσμα της κοινής έκθεσης (Grammatikopoulou et al., 2023). Επιπλέον, στοιχεία που

αφορούν στους πιθανούς παράγοντες κινδύνου και στον επιπολασμό, θα πρέπει και αυτά να επανεκτιμηθούν από τους ερευνητές με γνώμονα την κοινή συναίνεση.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν εντοπίστηκε κάποια έρευνα που να μελέτησε τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων τρόπων και μεθόδων θεραπευτικής προσέγγισης για την ψυχογενή ορθορεξία, όπως μελετήθηκε για τις βασικότερες διατροφικές διαταραχές από τους Solmi και συνεργάτες (Solmi et al., 2024). Ωστόσο, οι συγγραφείς (Gkiouleka et al., 2022; Łucka et al., 2019b; Moroze et al., 2015) φαίνεται να συγκλίνουν πως μέθοδοι όπως η Διατροφική παρέμβαση, η Συμβουλευτική (τεχνικές MI), η CBT και η Φαρμακευτική θεραπεία, αποτελούν τους πλέον δοκιμασμένους, αποτελεσματικούς και προτεινόμενους τρόπους θεραπείας για τους ασθενείς με ψυχογενή ορθορεξία.

Ένα άλλο πεδίο της έρευνας έχει επικεντρωθεί στην ανάπτυξη διαγνωστικών εργαλείων για την εκτίμηση της ορθορεξίας. Στην παρούσα ανασκόπηση συγκεντρώθηκαν και περιγράφηκαν όλα τα διαγνωστικά εργαλεία που εντοπίστηκαν (BOT: Bratman Orthorexia Test, ORTO-15, ORTO 7, EHQ: Eating Habits Questionnaire, DOS: Düsseldorf Orthorexia Scale, BOS: Barcelona Orthorexia Scale, TOS: Teruel Orthorexia Scale, ONI: Orthorexia Nervosa Inventory, ORTO-R: αναθεωρημένη έκδοση του ORTO-15 και το TON-17: Test of Orthorexia Nervosa). Τα περισσότερο χρησιμοποιημένα από αυτά είναι το BOT και η δοκιμασία ORTO-15 (Valente et al., 2019). Φαίνεται να μην υπάρχει το «τέλειο» διαγνωστικό εργαλείο, καθώς καθένα από τα αναφερθέντα εργαλεία έχει περιορισμούς. Ο κυριότερος κοινός περιορισμός όλων των διαθέσιμων εργαλείων είναι πως δημιουργήθηκαν πριν την έκθεση κοινής συναίνεσης (Grammatikopoulou et al., 2023).

Το BOT (Bratman & Knight, 2000) έχει δεχθεί ιδιαίτερη κριτική κυρίως εξαιτίας της έλλειψης επικύρωσης στη βασική (αγγλική) έκδοση και ο Bratman το χαρακτηρίζει ανεπίσημο διαγνωστικό εργαλείο πλέον (Valente et al., 2019). Η δοκιμασία ORTO-15/ORTHO-15, έχει αμφισβητηθεί ως προς την εγκυρότητά της (Dunn and Bratman, 2016; Moroze et al., 2015; Roncero et al., 2017) και τις ψυχομετρικές της ιδιότητες (Gonidakis et al., 2021). Αν και αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας, έχει δεχτεί ιδιαίτερη κριτική τόσο για τις φτωχές ψυχομετρικές ιδιότητες, όσο και γιατί φαίνεται να υπερεκτιμά τον επιπολασμό της ορθορεξίας (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019) και να μην διακρίνει την απλή δίαιτα από την εκδήλωση ορθορεκτικής συμπεριφοράς και συνεπώς την ύπαρξη της ορθορεξίας (McComb and Mills, 2019).



Οι ερευνητές (Rogoza and Donini, 2021) για να υπερβούν το πρόβλημα της υπερεκτίμησης του επιπολασμού με τη δοκιμασία ORTO-15, ανέπτυξαν τη δοκιμασία ORTO-R που δημιουργήθηκε έπειτα από αναθεώρηση των πρωτογενών δεδομένων που είχαν οδηγήσει στη δημιουργία του ORTO-15. Η δοκιμασία ORTO-R έχει επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Gkiouras και συνεργάτες παρουσιάζοντας μια αποδεκτή προσαρμογή. Πρόκειται για ένα αξιόπιστο εργαλείο που επιτρέπει γρήγορη και εύκολη αξιολόγηση της τάσης για ορθορεξία (Gkiouras et al., 2022).

Η δοκιμασία ORTO 7 των Chaniotis και συνεργατών δεν βρέθηκε να έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας σε κάποια μελέτη πέρα από την αρχική των Chaniotis και συνεργατών (2011).

Το ερωτηματολόγιο EHQ αν και φαίνεται να έχει καλή αξιοπιστία (Gleaves et al., 2013; Oberle et al., 2021), έχει ως τους βασικούς περιορισμούς την αδυναμία να μετρήσει τα αρνητικά συναισθήματα που απαντώνται στην ορθορεξία (McComb and Mills, 2019; Roncero et al., 2017), την απουσία της αξιολόγησης των σωματικών βλαβών που προκαλούνται από την ορθορεξία (Oberle et al., 2021) και τέλος ως εργαλείο έχει δεχτεί κριτική για την έλλειψη εγκυρότητας που σχετίζεται με το κριτήριο (lack of criterion-related validity), καθώς δεν μετρήθηκε συγκριτικά η συμπτωματολογία της ορθορεξίας με κάποιο άλλο εργαλείο όταν έγινε η επικύρωση στην αρχική μελέτη (Oberle et al., 2017; Valente et al., 2019).

Ακολούθως, το ερωτηματολόγιο DOS έχει δεχτεί κριτική διότι αδυνατεί να διαφοροποιήσει τους ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία με τους ασθενείς που πάσχουν από ορθορεξία, αν και φαίνεται μια καλή εναλλακτική έναντι των δοκιμασιών BOT και ORTO-15 (Valente et al., 2019). Το ερωτηματολόγιο BOS από τους Bauer και συνεργάτες (Bauer et al., 2019), μέχρι πρόσφατα δεν είχε χρησιμοποιηθεί σε κάποια μελέτη όπως διαπιστώθηκε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019), ωστόσο η Navarro και συνεργάτες απλούστευσαν το αρχικό ερωτηματολόγιο BOS (ισπανική έκδοση) από τις 64 ερωτήσεις που περιείχε αρχικά στις 35 και έτσι δημιουργήθηκε το BOS-35 ως μια εναλλακτική με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Navarro et al., 2023).

Επίσης, το ερωτηματολόγιο TOS (Barrada and Roncero, 2018) φαίνεται να είναι το πρώτο ερωτηματολόγιο που διακρίνει την υγιή από τη ψυχογενή ορθορεξία (Valente et al., 2019), ενώ το ONI (Oberle et al., 2021) φαίνεται να είναι το πρώτο εργαλείο που αξιολογεί τη σωματική βλάβη που προκαλείται από την ορθορεξία (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021). Τέλος, για το ερωτηματολόγιο TON-17 (Rogowska et al., 2021) δεν

βρέθηκαν μελέτες, παρά μόνο ότι παρουσιάζει επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες (Navarro et al., 2023).

Μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν 10 μελέτες (Athanasaki et al., 2023a, 2023b; Chaniotis et al., 2011; Gkiouras et al., 2022, 2018; Gonidakis et al., 2021; Grammatikopoulou et al., 2018; Karli, 2014; Mavrandrea and Gonidakis, 2023; Sifakaki et al., 2023) που έχουν διεξαχθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Από τις ελληνικές μελέτες προέκυψε η επικύρωση 4 διαγνωστικών εργαλείων, 3 μεταφρασμένων και ενός εργαλείου που δημιουργήθηκε στην ελληνική γλώσσα και πολιτισμικά προσαρμοσμένων στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του ελληνικού πληθυσμού. Αυτά τα εργαλεία είναι η δοκιμασία ORTO 7 στα ελληνικά των Chaniotis και συνεργατών (Chaniotis et al., 2011), η ελληνική έκδοση του εργαλείου ORTO-15 των Gonidakis και συνεργατών (Gonidakis et al., 2021), η ελληνική έκδοση του εργαλείου ORTO-15-GR των Gkiouras και συνεργατών σε μεγαλύτερο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού και το εργαλείο ORTO-R επίσης των Gkiouras και συνεργατών στην ελληνική έκδοση (Gkiouras et al., 2022).

Οι μελέτες των Gkiouras και συνεργατών (2018) και των Grammatikopoulou και συνεργατών (2018) έχουν αξιολογήσει την ορθορεξία με το διαγνωστικό εργαλείο BOT, 4 μελέτες (Athanasaki et al., 2023a, 2023b; Gonidakis et al., 2021; Mavrandrea and Gonidakis, 2023) έχουν αξιολογήσει την ορθορεξία με την ελληνική έκδοση του ORTO-15 των Gonidakis και συνεργατών, 2 μελέτες των Gkiouras και συνεργατών (2022) και των Sifakaki και συνεργατών (2023) έχουν χρησιμοποιήσει την ελληνική έκδοση του ORTO-15 των Gkiouras και συνεργατών και μια κοινή μελέτη (Gkiouras et al., 2022) έχει επικυρώσει την ελληνική έκδοση της δοκιμασίας ORTO-R (αναθεωρημένη έκδοση του ORTO-15), χωρίς όμως να έχει χρησιμοποιηθεί σε κάποια άλλη μελέτη.

Οι μελέτες των Athanasaki και συνεργατών (2023b), της Karli (2014), των Gkiouras και συνεργατών (2018) και των Grammatikopoulou και συνεργατών (2018) έχουν χρησιμοποιήσει ως δείγμα Έλληνες φοιτητές Διατροφής και Διαιτολογίας και η μελέτη των Gonidakis και συνεργατών (2021) έχει διενεργηθεί σε φοιτητές Ψυχολογίας. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο μεγαλύτερο δείγμα (848 Έλληνες) είναι των Gkiouras και συνεργατών (Gkiouras et al., 2022) και από αυτήν προέκυψαν οι επικυρωμένες ελληνικές εκδόσεις των 2 από τα 4 συνολικά διαγνωστικά εργαλεία που έχουν σταθμιστεί για την αξιολόγηση της ψυχογενούς ορθορεξίας στον ελληνικό πληθυσμό, δηλαδή οι δοκιμασίες ORTO-15-GR και ORTO-R. Επιπλέον, 3 μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού. Η μελέτη των Mavrandrea και Gonidakis (2023), χρησιμοποίησε δείγμα

241 Ελλήνων αθλητών, η μελέτη των Athanasaki και συνεργατών (2023a) εξέτασε τον επιπολασμό στους Έλληνες επαγγελματίες χορευτές (96 συμμετέχοντες) και τέλος η μελέτη των Sifakaki και συνεργατών (2023) είχε ως δείγμα 133 Έλληνες ενήλικους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

Όσον αφορά τον επιπολασμό της ορθορξίας βρέθηκε από 2,5% (cut-off point < 30) στους φοιτητές ψυχολογίας (Gonidakis et al., 2021) έως 74% (cut-off point < 40) στους επαγγελματίες χορευτές (Athanasaki et al., 2023a), κάτι που φαίνεται να επιβεβαιώνει πως δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα για τον επιπολασμό και πως ο επιπολασμός φαίνεται να είναι άμεσα εξαρτώμενος από τα διαγνωστικά τεστ που χρησιμοποιήθηκαν στην εκάστοτε έρευνα και των διαχωριστικών ορίων (cut-off points) των ερωτηματολογίων (Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś, 2021).

Από τα ευρήματα των μελετών φαίνεται πως υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με τη συσχέτιση του ΔΜΣ και της ορθορξίας. Στις μελέτες των Athanasaki και συνεργατών (2023a, 2023b), των Gkiouras και συνεργατών (2018), των Grammatikopoulou και συνεργατών (2018) και στη μελέτη των Sifakaki και συνεργατών (2023) βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της ορθορξίας, στη μελέτη των Gonidakis και συνεργατών (2021) δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση, ενώ η μελέτη των Gkiouras και συνεργατών (2022) έδειξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ορθορξίας και του ΔΜΣ. Αντικρουόμενα αποτελέσματα για τη σχέση ΔΜΣ και ορθορξίας είχαν αναφερθεί και σε προηγούμενη ανασκόπηση (McComb and Mills, 2019).

Επίσης, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ορθορξίας και του φύλου (McComb and Mills, 2019; Oberle et al., 2021; Plichta and Jezewska-Zychowicz, 2019), ωστόσο αυτό δεν φαίνεται να συμφωνεί με τα ευρήματα των ελληνικών μελετών, όπου η μελέτη των Gkiouras και συνεργατών (2022) έδειξε αρνητική συσχέτιση με το γυναικείο φύλο, η μελέτη των Mavrandrea και Gonidakis (2023) έδειξε συσχέτιση με το ανδρικό φύλο και οι μελέτες των Chaniotis και συνεργατών (2011), της Karli (2014) και των Sifakaki και συνεργατών (2023) έδειξαν συσχέτιση με το γυναικείο φύλο.

Επιπλέον, η μελέτη των Gonidakis και συνεργατών (2021) δεν έδειξε κάποια συσχέτιση με την ηλικία, ενώ στη μελέτη των Sifakaki και συνεργατών (2023) βρέθηκε συσχέτιση, όμως είναι αναγκαίο περισσότερες μελέτες να διερευνήσουν αν υφίσταται ή όχι συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ορθορξίας (McComb and Mills, 2019).

Σχετικά με την τελειομανία που απαντάται και στις άλλες διατροφικές διαταραχές και έχει συσχετιστεί και με την ορθορξία (Barnes and Caltabiano, 2017; Cena et al., 2019; Donini

et al., 2022; McComb and Mills, 2019), φαίνεται να επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Mavrandrea και Gonidakis (2023) όπου παρατηρήθηκε επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ της ορθορεξίας και της τελειομανίας.

Επίσης, στις μελέτες των Athanasaki και συνεργατών (2023a, 2023b) εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της ορθορεξίας και της Δυσκαμψίας στην εικόνα του σώματος (body image inflexibility), όπου βρέθηκε θετική συσχέτιση, καθώς και η σχέση της ορθορεξίας με την τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής, όπου δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση. Η απουσία συσχέτισης της ορθορεξίας με την προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στη μελέτη της Karli (2014).

Τέλος, σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι δύο μελέτες των Αθανασάκη και συνεργατών (Athanasaki et al., 2023a, 2023b), είναι οι μοναδικές που εξέτασαν την πιθανή συσχέτιση της Ψυχογενούς Ορθορεξίας με το είδος του γονεϊκού δεσμού. Στην πρώτη μελέτη για τον επιπολασμό της ορθορεξίας στους επαγγελματίες χορευτές δεν εντοπίστηκε κάποια σημαντική συσχέτιση (Athanasaki et al., 2023a), ωστόσο από τα ευρήματα της δεύτερης μελέτης φαίνεται να υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση μεταξύ της ορθορεξίας και του στοργικού μητρικού δεσμού (Athanasaki et al., 2023b), κάτι που θα πρέπει να απορριφθεί ή να επιβεβαιωθεί από περισσότερες μελέτες και σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Συνοψίζοντας, οι ελληνικές έρευνες που εντοπίστηκαν και περιγράφηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι μόνο 10, με χρονική περίοδο δημοσίευσης από το 2011 έως το 2023 με τις 3 πιο πρόσφατες έρευνες να έχουν δημοσιευθεί το 2023.

Αυτό, αν και φαίνεται να αυξήθηκαν οι δημοσιεύσεις για την ψυχογενή ορθορεξία στον ελληνικό πληθυσμό τον προηγούμενο χρόνο (2023), αναδεικνύει το μεγάλο ερευνητικό κενό που ακόμα υφίσταται στον ελλαδικό χώρο. Συνεπώς, η διερεύνηση της ψυχογενούς ορθορεξίας στον ελληνικό πληθυσμό, αποτελεί ένα πεδίο που φαίνεται να μην έχει ερευνηθεί και κατανοηθεί επαρκώς, με αποτέλεσμα να είναι απαραίτητο η ελληνική επιστημονική κοινότητα να κινηθεί προς αυτή την κατεύθυνση.

## **Περιορισμοί της μελέτης**

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει ορισμένους περιορισμούς. Παρόλο που αναλύθηκαν εκτενώς ποικίλα θέματα που αφορούν στη Ψυχογενή Ορθορεξία, η παρούσα εργασία αποτελεί μια απλή βιβλιογραφική ανασκόπηση και όχι μια συστηματική ανασκόπηση. Στο παρόν πόνημα συμπεριλήφθηκαν

μόνο βιβλιογραφικές αναφορές που ήταν στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα και εντοπίστηκαν μέσω των βάσεων δεδομένων Pubmed / Medline, Cochrane Database for SR, Scopus και Google Scholar. Ως εκ τούτου, η εργασία αυτή δεν περιλαμβάνει πηγές που μπορεί να υπάρχουν σε άλλες βάσεις δεδομένων με συνδρομή ή μη. Επιπλέον, για όσα άρθρα δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση στο πλήρες κείμενο, δεν χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία. Τέλος, η βιβλιογραφική ανασκόπηση διεξήχθη κατά το έτος 2023, συνεπώς αν έχει υπάρξει κάποια πιο πρόσφατη έρευνα ή εξέλιξη στα όσα έχουν εκτενώς περιγραφεί, αυτά δεν περιλαμβάνονται στο παρόν πόνημα.

### **Ισχυρά σημεία της μελέτης**

Θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθούν και τα ισχυρά σημεία αυτής της μελέτης. Αρχικά, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση περιέχει βιβλιογραφικές αναφορές που αποκτήθηκαν από πολλές βάσεις δεδομένων (Pubmed / Medline, Cochrane Database for SR, Scopus, Google Scholar), έπειτα περιέχει πρόσφατη βιβλιογραφία και στοιχεία από πρωτογενείς έρευνες που έχουν δημοσιευθεί τον προηγούμενο χρόνο (2023).

Επιπλέον, ο αναγνώστης έχει την ευκαιρία να ενημερωθεί από έγκυρες και έγκριτες πηγές για ένα ευρύ πεδίο που αφορά στην ψυχογενή ορθορεξία, όπως περιγράφηκε αναλυτικά στο παρόν πόνημα.

Τέλος, στην παρούσα μελέτη παραθέτονται όλα τα διαγνωστικά εργαλεία για την εκτίμηση της ψυχογενούς ορθορεξίας που εντοπίστηκαν, συμπεριλαμβανομένων και των τεσσάρων διαθέσιμων διαγνωστικών εργαλείων στην ελληνική γλώσσα (ORTO 7, ORTO-15, ORTO-15-GR, ORTO-R). Επίσης, στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση περιγράφονται όλες οι πρωτογενείς μελέτες που εντοπίστηκαν και έχουν πραγματοποιηθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

### **Συμπεράσματα**

Όπως περιγράφηκε αναλυτικά στο παρόν πόνημα, η έρευνα έχει επικεντρωθεί στα πεδία της εξεύρεσης κοινού και καθολικά αποδεκτού ορισμού για την ψυχογενή ορθορεξία, στην περιγραφή των χαρακτηριστικών της νόσου και στον καθορισμό των διαγνωστικών κριτηρίων με απώτερο σκοπό την ένταξή της στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών- DSM, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Επιπλέον, μια ακόμα μεγάλη συζήτηση αφορά στο αν η ορθορεξία αποτελεί ή όχι μια ξεχωριστή κλινική οντότητα. Ταυτόχρονα, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την ανάπτυξη κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων, που θα παρέχουν έγκυρα στοιχεία σχετικά με το επίπεδο επιπολασμού της ορθορεξίας σε διάφορες χώρες, όπως επίσης και για τον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ορθορεξίας. Στον ελλαδικό χώρο, η έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί και δημοσιευθεί σχετικά με την ψυχογενή ορθορεξία είναι περιορισμένη. Σύμφωνα με την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, βρέθηκαν μόλις 10 ελληνικές έρευνες. Οι περισσότερες έρευνες (8) δημοσιεύθηκαν την τελευταία πενταετία, δηλαδή κατά την περίοδο 2018-2023, με τις τελευταίες 3 να δημοσιεύονται τον τελευταίο χρόνο (2023).

Από τις ελληνικές μελέτες προέκυψε η επικύρωση 4 διαγνωστικών εργαλείων, 3 μεταφρασμένων και ένα εξολοκλήρου δημιουργημένου στην ελληνική γλώσσα και πολιτισμικά προσαρμοσμένων στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του ελληνικού πληθυσμού. Αυτά τα εργαλεία είναι η έκδοση του εργαλείου ORTO 7 των Chaniotis και συνεργατών στην ελληνική γλώσσα (Chaniotis et al., 2011), η ελληνική έκδοση του εργαλείου ORTO-15 των Gonidakis και συνεργατών (Gonidakis et al., 2021), η ελληνική έκδοση του εργαλείου ORTO-15-GR των Gkiouras και συνεργατών σε μεγαλύτερο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού και το εργαλείο ORTO-R επίσης των Gkiouras και συνεργατών στην ελληνική έκδοση (Gkiouras et al., 2022).

### **Προτάσεις**

Όσοι ερευνητές ενδιαφέρονται να διερευνήσουν το νέο αυτό πεδίο της ψυχογενούς ορθορεξίας, προτείνουμε να ανατρέξουν στην έκθεση συναίνεσης με καθολικά αποδεκτό ορισμό και διαγνωστικά κριτήρια για την ορθορεξία από τους Donini και συνεργάτες το 2022 (Donini et al., 2022). Είναι ίσως το σημαντικότερο και συλλογικότερο έργο στην ψυχογενή ορθορεξία που έχει υλοποιηθεί τα τελευταία χρόνια.

Παράλληλα, θέτει τις βάσεις και ορίζει το πλαίσιο στο οποίο πρέπει να κινηθεί η έρευνα για την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών εργαλείων ή αναθεώρηση των ήδη υπάρχοντων, ώστε να είναι εφικτή η αποτύπωση του επιπολασμού με κοινά κριτήρια, καθώς και των παραγόντων που έχουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της ψυχογενούς ορθορεξίας.

Συνεπώς, η μετάφραση και η επικύρωση των ήδη υπάρχοντων ερωτηματολογίων ή η αναθεώρησή τους είτε η δημιουργία νέων διαγνωστικών εργαλείων στην ελληνική γλώσσα, είναι σίγουρα ένα δημοσιεύσιμο θέμα και κυρίως μια ανάγκη που δεν έχει καλυφθεί επαρκώς στον ελλαδικό χώρο.

Από τα διαγνωστικά εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια, το ερωτηματολόγιο Teruel Orthorexia Scale (TOS) (Barrada and Roncero, 2018) και το ερωτηματολόγιο Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) (Oberle et al., 2021), φαίνονται τα πλέον υποσχόμενα ή με τους λιγότερους περιορισμούς. Το ερωτηματολόγιο TOS έχει το πλεονέκτημα ότι διακρίνει την υγιή ορθορεξία από την ψυχογενή ορθορεξία και το ερωτηματολόγιο ONI ότι αξιολογεί τη σωματική βλάβη που απουσιάζει από τα υπόλοιπα. Ίσως η ελληνική έρευνα μπορεί να συνεχίσει με την επικύρωση των μεταφρασμένων αυτών εργαλείων και με την αξιολόγησή τους στον ελληνικό πληθυσμό. Ταυτόχρονα, όλα τα εργαλεία μοιράζονται τον κοινό περιορισμό ότι δημιουργήθηκαν πριν την έκθεση συναίνεσης των Donini και συνεργατών, κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους ερευνητές.

Παράλληλα, ένα άλλο πεδίο της ελληνικής έρευνας θα ήταν σημαντικό να επικεντρωθεί στην αξιολόγηση των γνώσεων και των πεποιθήσεων για την ψυχογενή ορθορεξία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, δηλαδή κατά πόσον είναι ενημερωμένοι οι ψυχίατροι, οι παιδίατροι, οι γενικοί ιατροί, οι ρευματολόγοι, οι διαιτολόγοι- διατροφολόγοι, οι νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι κλινικοί ψυχολόγοι και οι ψυχοθεραπευτές, και γενικά όλη η διεπιστημονική ομάδα που μπορεί να συναντήσει στο κλινικό της έργο ασθενείς που ταλαιπωρούνται από την ψυχογενή ορθορεξία.

Επιπλέον, και οι ακαδημαϊκοί που εκπαιδεύουν τους μελλοντικούς ερευνητές και επαγγελματίες στο χώρο της υγείας ή της ψυχικής υγείας θα ήταν ενδιαφέρον να εντάξουν την ψυχογενή ορθορεξία σε συναφή μαθήματα για την ευαισθητοποίηση και πληρέστερη κατάρτιση των φοιτητών τους.

Συνοψίζοντας προτείνουμε:

- Τη μετάφραση και επικύρωση των διαγνωστικών εργαλείων στην ελληνική γλώσσα, λαμβάνοντας υπόψη την πρόσφατη έκθεση συναίνεσης. Αρχικά με τα εργαλεία

Teruel Orthorexia Scale (TOS) και Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) και έπειτα με τα υπόλοιπα.

- Την αξιολόγηση των γνώσεων και πεποιθήσεων των επαγγελματιών υγείας για την ψυχογενή ορθορεξία.
- Την ένταξη της ψυχογενούς ορθορεξίας σε συναφή μαθήματα, όσον αφορά το ακαδημαϊκό πλαίσιο και γενικότερα τη διάδοσή της.

Όλα τα παραπάνω θα συνδράμουν στην ευαισθητοποίηση των ειδικών και στον έγκαιρο εντοπισμό των πασχόντων, ώστε να λάβουν άμεση και αποτελεσματική θεραπεία που θα βοηθήσει στην καλύτερη διαχείριση της ψυχογενούς ορθορεξίας.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Alcala-Gonzalez, L.G., Serra, X., Barba, E., 2022. Rumination syndrome: Critical review. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)* 45, 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.gastre.2021.03.007>
- American Psychiatric Association. 2022. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revision, 5th Edition: DSM-5-TR (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing., 2022. DSM-5-TR. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-95720-3\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-319-95720-3_23)
- Athanasaki, D., Lakoumentas, J., Feketea, G., Vassilopoulou, E., 2023a. The Prevalence of Orthorexia Nervosa among Greek Professional Dancers. *Nutrients* 15. <https://doi.org/10.3390/nu15020379>
- Athanasaki, D., Lakoumentas, J., Milani, G.P., Agostoni, C., Berghea, F., Ionescu, M.D., Vassilopoulou, E., 2023b. Maternal Bonding as a Protective Factor for Orthorexia Nervosa Risk in Dietetics Students. *Nutrients* 15, 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu15163577>
- Ayton, A., Ibrahim, A., Downs, J., Baker, S., Kumar, A., Virgo, H., Breen, G., 2024. From awareness to action: An urgent call to reduce mortality and improve outcomes in eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 224, 3–5. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.133>
- Barnes, M.A., Caltabiano, M.L., 2017. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders* 22, 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>
- Barrada, J.R., Roncero, M., 2018. Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología* 34, 283. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>
- Bartel, S.J., Sherry, S.B., Farthing, G.R., Stewart, S.H., 2020. Classification of Orthorexia Nervosa: Further evidence for placement within the eating disorders spectrum. *Eat Behav* 38, 101406. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101406>
- Barthels, F., Meyer, F., Pietrowsky, R., 2015. Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau* 62, 156–161. <https://doi.org/10.4455/eu.2015.029>
- Bauer, S.M., Fusté, A., Andrés, A., Saldaña, C., 2019. The Barcelona Orthorexia Scale (BOS): development process using the Delphi method. *Eating and Weight Disorders* 24, 247–255. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0556-4>

- Bergner, L., Himmerich, H., Kirkby, K.C., Steinberg, H., 2021. Descriptions of Disordered Eating in German Psychiatric Textbooks, 1803–2017. *Front Psychiatry* 11, 504157. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.504157>
- Bratman & Knight, 2000. *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*, 1st ed. ed, Amazon.com.Books. Broadway Books, New York.
- Bratman, S., 2017. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders* 22, 381–385. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>
- Brytek-Matera, A., Fonte, M.L., Poggiogalle, E., Donini, L.M., Cena, H., 2017. Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders* 22, 609–617. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0427-4>
- Brytek-Matera, A., Krupa, M., Poggiogalle, E., Donini, L.M., 2014. Adaptation of the ORTHO-15 test to Polish women and men. *Eating and Weight Disorders* 19, 69–76. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0100-0>
- Brytek-Matera, A., Sacre, H., Staniszewska, A., Hallit, S., 2020. The prevalence of orthorexia nervosa in polish and lebanese adults and its relationship with sociodemographic variables and bmi ranges: A cross-cultural perspective. *Nutrients* 12, 1–14. <https://doi.org/10.3390/nu12123865>
- Budhiwianto, S., Bennett, C.J., Bristow, C.A., Dart, J., 2023. Global Prevalence of Eating Disorders in Nutrition and Dietetic University Students: A Systematic Scoping Review 1–13.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., Donini, L.M., 2019. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders* 24, 209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
- Chanotis, D.; Soulatou, P.; Letsios, A.; Chanotis, F.I., 2011. Assessing Nutritional Habits and Self-Perception Factors to Develop a Standard Questionnaire for Diagnosing “Orthorexic” Behavior: ORTO 7.E. *J. Sci. Technol.* 6, 53–67. (In Greek).
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., Ricca, V., 2016. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat* 12, 1651–1660. <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>
- Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S.K., Hilzendegen, C., Stroebele-Benschop, N., 2017. Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-

DOS. *Eating and Weight Disorders* 22, 193–199. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0334-0>

Donini, L.M., Barrada, J.R., Barthels, F., Dunn, T.M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Carolini, S., Cho, H. hyun, Coimbra, M., Cuzzolaro, M., Ferreira, C., Galfano, V., Grammatikopoulou, M.G., Hallit, S., Håman, L., Hay, P., Jimbo, M., Lasson, C., Lindgren, E.C., McGregor, R., Minnetti, M., Mocini, E., Obeid, S., Oberle, C.D., Onieva-Zafra, M.D., Opitz, M.C., Parra-Fernández, M.L., Pietrowsky, R., Plasonja, N., Poggiogalle, E., Rigó, A., Rodgers, R.F., Roncero, M., Saldaña, C., Segura-Garcia, C., Setnick, J., Shin, J.Y., Spitoni, G., Strahler, J., Stroebele-Benschop, N., Todisco, P., Vacca, M., Valente, M., Varga, M., Zagaria, A., Zickgraf, H.F., Lombardo, C., 2022. A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders* 27, 3695–3711. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., Cannella, C., 2005. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders* 10. <https://doi.org/10.1007/BF03327537>

Δούβρης Γ., 2023. Οι επιδράσεις της vegan διατροφής στην υγεία του ανθρώπου, και ειδικότερα στην εμφάνιση νευρικής ορθορεξίας. Διπλωματική εργασία. <https://polynoe.lib.uniwa.gr/xmlui/handle/11400/4240>

Dunn, T.M., Bratman, S., 2016. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 21, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>

Falgares, G., Costanzo, G., Manna, G., Marchetti, D., Barrada, J.R., Roncero, M., Verrocchio, M.C., Ingoglia, S., 2023. Healthy orthorexia vs. orthorexia nervosa: Italian validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS). *Eating and Weight Disorders* 28. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01568-x>

Feng, B., Harms, J., Chen, E., Gao, P., Xu, P., He, Y., 2023. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health* 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146325>

Gkiouleka, M., Stavraki, C., Sergentanis, T.N., Vassilakou, T., 2022. Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review. *Children* 9, 1–14. <https://doi.org/10.3390/children9030365>

Gkiouras, K., Grammatikopoulou, M.G., Tsaliki, T., Ntwali, L., Nigdelis, M.P., Gerontidis, A., Taousani, E., Tzimos, C., Rogoza, R., Bogdanos, D.P., Donini, L.M., Goulis, D.G., 2022. Orthorexia nervosa: replication and validation of the ORTO questionnaires translated into

Greek in a survey of 848 Greek individuals. *Hormones* 21, 251–260. <https://doi.org/10.1007/s42000-022-00351-4>

Gkiouras, K., Mavridis, P., Tsakiri, V., Theodoridis, X., Gerontidis, A., Grammatikopoulou, M.G., Chourdakis, M., 2018. Evaluation of orthorexia among dietetics students. *Clin Nutr ESPEN* 24, 179. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.01.031>

Gleaves, D.H., Graham, E.C., Ambwani, S., 2013. Measuring “orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess* 12, 1–18.

Glore Psychiatric Museum. Missouri Department of Mental Health. <https://dmh.mo.gov/nmprc/glore> (accessed February 2024)

Godefroy, V., Trinchera, L., Dorard, G., 2021. Optimizing the empirical assessment of orthorexia nervosa through EHQ and clarifying its relationship with BMI. *Eating and Weight Disorders* 26, 649–659. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00909-4>

Gonidakis, F., Pouloupoulou, C., Michopoulos, I., Varsou, E., 2021. Validation of the Greek ORTO-15 questionnaire for the assessment of orthorexia nervosa and its relation to eating disorders symptomatology. *Eating and Weight Disorders* 26, 2471–2479. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01080-6>

Grammatikopoulou, M.G., Gkiouras, K., Marakis, G., Sifakaki, M., Petropoulou, A., Donini, L.M., Lindqvist, H.M., Bogdanos, D.P., 2023. Mind the Gap: Tools for the Diagnosis and Assessment of Orthorexia Nervosa Based on the Recent Consensus Definition. Reply to Meule, A. Comment on “Sifakaki et al. Orthorexia Nervosa Practices in Rheumatoid Arthritis: The DORA Study. *Nutrients* 2023, 15, 7. *Nutrients* 15, 4–6. <https://doi.org/10.3390/nu15081985>

Grammatikopoulou, M.G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., Dardavessis, T., Chourdakis, M., 2018. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders* 23, 459–467. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>

Grammatikopoulou, M.G., Gkiouras, K., Polychronidou, G., Kaparounaki, C., Gkouskou, K.K., Magkos, F., Donini, L.M., Eliopoulos, A.G., Goulis, D.G., 2021. Obsessed with healthy eating: A systematic review of observational studies assessing orthorexia nervosa in patients with diabetes mellitus. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu13113823>

Greek Society of Adolescent Medicine. *Eating Disorders*. <https://www.youth-med.gr/index.php/el/programmata/parent-library?start=5> (accessed February 2024)

Haman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., Lindgren, E.C., 2015. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-being* 10, 26799. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>

Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Barakat, S., Boakes, R., Brennan, L., Bryant, E., Byrne, S., Caldwell, B., Calvert, S., Carroll, B., Castle, D., Caterson, I., Chelius, B., Chiem, L., Clarke, S., Conti, J., Crouch, L., Dammary, G., Dzajkovski, N., Fardouly, J., Feneley, J., Foroughi, N., Fuller-Tyszkiewicz, M., Fursland, A., Gonzalez-Arce, V., Gouldthorp, B., Griffin, K., Griffiths, S., Hambleton, A., Hannigan, A., Hart, M., Hart, S., Hickie, I., Kay-Lambkin, F., King, R., Kohn, M., Koreshe, E., Krug, I., Linardon, J., Long, R., Long, A., Madden, S., McLean, S., Meddick, T., Miskovic-Wheatley, J., Mitchison, D., O’Kearney, R., Paterson, R., Paxton, S., Pehlivan, M., Pepin, G., Phillipou, A., Piccone, J., Pinkus, R., Raykos, B., Rhodes, P., Rieger, E., Rockett, K., Rodan, S., Russell, J., Russell, H., Salter, F., Sawyer, S., Shelton, B., Singh, U., Smith, S., Smith, E., Spielman, K., Squire, S., Thomson, J., Tiggemann, M., Utpala, R., Vartanian, L., Wallis, A., Ward, W., Wells, S., Wertheim, E., Wilksch, S., Williams, M., Touyz, S., Maguire, S., 2023. Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. *J Eat Disord* 11, 1–46. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00738-7>

Hessler-Kaufmann, J.B., Meule, A., Greetfeld, M., Schlegl, S., Voderholzer, U., 2021. Orthorexic tendencies in inpatients with mental disorders. *J Psychosom Res* 140, 110317. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110317>

Horovitz, O., Argyrides, M., 2023. Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients* 15, 1–15. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>

Karli, A.M., 2014. Dietary Habits of Young Persons with Orthorexic Behavior. Master’s Thesis, National School of Public Health, Athens, Greece. (In Greek).

Lasson, C., Barthels, F., Raynal, P., 2021. Psychometric evaluation of the French version of the Düsseldorf Orthorexia Skala (DOS) and prevalence of orthorexia nervosa among university students. *Eating and Weight Disorders* 26, 2589–2596. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01123-6>

Lasson, C., Rousseau, A., Vicente, S., Goutaudier, N., Romo, L., Roncero, M., Barrada, J.R., 2023. Orthorexic eating behaviors are not all pathological: a French validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS). *J Eat Disord* 11, 1–13. [https://doi.org/10.1186/s40337-023-00764-](https://doi.org/10.1186/s40337-023-00764-5)

- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *P. diagnostic manual: P.-2* (2nd ed.). T.G.Press., 2017. *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*.
- Łucka, I., Domarecki, P., Janikowska-Hołoweńko, D., Plenikowska-Ślusarz, T., Domarecka, M., 2019a. The prevalence and risk factors of orthorexia nervosa among school-age youth of Pomeranian and Warmian-Masurian voivodeships. *Psychiatr Pol* 53, 383–398. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/90633>
- Łucka, I., Janikowska-Hołoweńko, D., Domarecki, P., Plenikowska-Ślusarz, T., Domarecka, M., 2019b. Orthorexia nervosa - A separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatr Pol* 53, 371–382. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/85729>
- Mavrandrea, P., Gonidakis, F., 2023. Exercise dependence and orthorexia nervosa in Crossfit: exploring the role of perfectionism. *Current Psychology* 42, 25151–25159. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03585-y>
- McComb, S.E., Mills, J.S., 2019. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite* 140, 50–75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
- Meule, A., 2023. Comment on Sifakaki et al. Orthorexia Nervosa Practices in Rheumatoid Arthritis: The DORA Study. *Nutrients* 2023, 15, 713 1–2.
- Mohamed Halim, Z., Dickinson, K.M., Kempes, E., Prichard, I., 2020. Orthorexia nervosa: Examining the Eating Habits Questionnaire’s reliability and validity, and its links to dietary adequacy among adult women. *Public Health Nutr* 23, 1684–1692. <https://doi.org/10.1017/S1368980019004282>
- Moroze, R.M., Dunn, T.M., Craig Holland, J., Yager, J., Weintraub, P., 2015. Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics* 56, 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
- Navarro, A., Varela, C., Fusté, A., Andrés, A., Saldaña, C., 2023. The validation of the Barcelona Orthorexia Scale—Spanish version: evidence from the general population. *Eating and Weight Disorders* 28. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01616-6>
- Niedzielski, A., Kaźmierczak-Wojtaś, N., 2021. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—a literature review. *Int J Environ Res Public Health* 18, 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>
- Oberle, C.D., De Nadai, A.S., Madrid, A.L., 2021. Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eating and Weight Disorders* 26, 609–622. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00896-6>

- Oberle, C.D., Samaghabadi, R.O., Hughes, E.M., 2017. Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite* 108, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
- Parra-Fernandes, M., Manzanque-Cañadillas, M., Onieva-Zafra, M., Fernández-Martínez, E., Fernández-Muñoz, J., Prado-Laguna, M., Brytek-Matera, A., 2020. Pathological Preoccupation with Healthy Eating. *Nutrients* 12, 1–12.
- Pearce, J.M.S., 2004. Richard Morton: Origins of anorexia nervosa. *Eur Neurol* 52, 191–192. <https://doi.org/10.1159/000082033>
- Plichta, M., Jezewska-Zychowicz, M., 2019. Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students. *Appetite* 137, 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.022>
- Pruneti, C., Coscioni, G., Guidotti, S., 2023. A Systematic Review of Clinical Psychophysiology of Obsessive–Compulsive Disorders: Does the Obsession with Diet Also Alter the Autonomic Imbalance of Orthorexic Patients? *Nutrients* 15. <https://doi.org/10.3390/nu15030755>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., Yu, D., 2022. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders* 27, 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Rogowska, A.M., Kwasnicka, A.K., Ochnik, D., Operto, F.F., Parisi, L., 2021. Clinical Medicine Development and Validation of the Test of Orthorexia Nervosa (TON-17). *J. Clin. Med.* <https://doi.org/10.3390/jcm10081637>
- Rogoza, R., Donini, L.M., 2021. Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15: Based on the re-assessment of original data. *Eating and Weight Disorders* 26, 887–895. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00924-5>
- Roncero, M., Barrada, J.R., Perpiñá, C., 2017. Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *Spanish Journal of Psychology* 20, E41. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.36>
- Sergentanis, T.N.; Chelmi, M.-E.; Liampas, A.; Yfanti, C.-M.; Panagouli, E.; Vlachopapadopoulou, E.; Michalacos, S.; Bacopoulou, F.; Psaltopoulou, T.; Tsitsika, A., 2020. Vegetarian Diets and Eating Disorders in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Children* 9, 1–13. <https://doi.org/10.3390/children9040514>
- Sifakaki, M., Gkiouras, K., Lindqvist, H.M., Marakis, G., Petropoulou, A., Donini, L.M., Bogdanos, D.P., Grammatikopoulou, M.G., 2023. Orthorexia Nervosa Practices in

- Rheumatoid Arthritis: The DORA Study. *Nutrients* 15, 1–11.  
<https://doi.org/10.3390/nu15030713>
- Skella, P., Chelmi, M.E., Panagouli, E., Garoufi, A., Psaltopoulou, T., Mastorakos, G., Sergentanis, T.N., Tsitsika, A., 2022. Orthorexia and Eating Disorders in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Children* 9, 1–17.  
<https://doi.org/10.3390/children9040514>
- Smink, F.R.E., Van Hoeken, D., Hoek, H.W., 2012. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 14, 406–414.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Solmi, M., Højlund, M., Monteleone, A.M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., 2024. Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis.  
<https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Strahler, J., Stark, R., 2020. Perspective: Classifying orthorexia nervosa as a new mental illness-much discussion, little evidence. *Advances in Nutrition* 11, 784–789.  
<https://doi.org/10.1093/ADVANCES/NMAA012>
- Stunkard, A.J., 1959. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q* 33, 284–295.  
<https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N., 2010. Seminar Eating disorders. *The Lancet* 375, 583–593.
- Valente, M., Syurina, E. V., Donini, L.M., 2019. Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search. *Eating and Weight Disorders* 24, 671–682. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00735-3>
- Van Eeden, A.E., Van Hoeken, D., Hoek, H.W., 2021. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 34, 515–524.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Van Hoeken, D., Hoek, H.W., 2020. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry* 33, 521–527.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Volpe, U., Atti, A.R., Cimino, M., Monteleone, A.M., De Ronchi, D., Fernández-Aranda, F., Monteleone, P., 2015. Beyond anorexia and bulimia nervosa: What’s “new” in eating disorders? *Journal of Psychopathology* 21, 415–423.



- Yoshimura, A., Kusama, Y., Omura, Y., Shibata, M., Maihara, T., 2023. A Case of Eating Disorder Diagnosed As Orthorexia Nervosa. *Cureus* 3, 1–7. <https://doi.org/10.7759/cureus.33801>
- Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Ballesio, A., Lombardo, C., 2022. Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 55, 295–312. <https://doi.org/10.1002/eat.23654>
- Zipfel, S., Giel, K.E., Bulik, C.M., Hay, P., Schmidt, U., 2015. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2, 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)