



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καθηγητής Χαράλαμπος Παπαγεωργίου

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

Ψυχίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2020



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καθηγητής Χαράλαμπος Παπαγεωργίου

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

Ψυχίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2020

Ημερομηνία αιτήσεως του υποψηφίου: 14/2/2014

Ημερομηνία ορισμού τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 5/6/2014

Ημερομηνία ορισμού του Θέματος: 5/9/2014

Ημερομηνία καταθέσεως της διδακτορικής διατριβής: 25/9/2020

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Φραγκίσκος Γονιδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Επιβλέπων Καθηγητής
2. Δημήτρης Δικαίος, Καθηγητής Ψυχιατρικής
3. Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Καθηγητής Πέτρος Σφηκάκης

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Φραγκίσκος Γονιδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Επιβλέπων Καθηγητής
2. Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Καθηγητής Ψυχιατρικής
3. Δημήτρης Δικαίος, Καθηγητής Ψυχιατρικής
4. Ιωάννης Ζέρβας, Καθηγητής Ψυχιατρικής
5. Αρτέμιος Πεχλιβανίδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής
6. Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής
7. Ρωσσέτος Γουρνέλλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΒΑΘΜΟΣ

Άριστα

Όρκος του Ιπποκράτη

Ορκίζομαι στον Απόλλωνα το γιατρό και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και όλους τους θεούς και όλες τις θεές μάρτυρες βάζω πως θα τηρήσω τον όρκο μου αυτό και αυτό το συμβόλαιο, όσο θα διατηρώ τις δυνάμεις μου και την κρίση μου. Το μεν διδάξαντα με την τέχνη αυτή θα τιμώ όσο και τους δικούς μου γονείς και θα τον κάνω κοινωνό του δικού μου βίου και θα του οφείλω τα νενομισμένα. Τους δε γιους του θα θεωρώ ίσους προς αδερφούς μου και θα τους διδάξω την τέχνη αυτή, αν νοιώθουν την ανάγκη να την μάθουν, χωρίς μισθό και χωρίς έγγραφο συμβόλαιο.

Θα διδάξω τα προφορικά και γραπτά μαθήματα και όλη γενικά την υπόλοιπη εξάσκηση του επαγγέλματος μόνο στους δικούς μου γιους, στους γιους του διδασκάλου μου και σε μαθητές που με όρκο και συμβόλαιο, κατά τους άγραφους νόμους της ιατρικής, θα έχουν συνδεθεί μαζί μου. Σε κανέναν άλλο. Θα χρησιμοποιήσω τις θεραπευτικές δίαιτες μόνο προς όφελος των ασθενών, όσο μπορώ και όπως κρίνω ορθό, να αποφύγω δε κάθε βλάβη και αδικία.

Δεν θα χορηγήσω κανένα θανατηφόρο φάρμακο, όποιος κι αν μου το ζητήσει και δεν θα δώσω καμία τέτοια συμβουλή. Επίσης δεν θα δώσω σε καμία γυναίκα φάρμακο εκτρωτικό. Αγνό και θείο θα διατηρήσω όλο μου το βίο καθώς και την τέχνη μου. Να μην ευνουχίσω δε κανένα, όπως το ζητούν, αφήνοντας την εργασία αυτή για άλλους που ασχολούνται με τέτοιες πράξεις. Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα εισέρχομαι μόνο προς όφελος των ασθενών, μακριά από κάθε θεληματική αδικία και βλάβη. Και μακριά από αφροδίσιες πράξεις, επί γυναικείων σωμάτων και αντρικών, ελευθέρων ή δούλων. Όσα κατά τις θεραπείες ακούσω ή θα δω ή και πέραν της ασχολίας μου στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, για τα οποία δεν πρέπει να λέγεται τίποτε, θα αποσιωπώ θεωρώντας τα ως εμπιστευτικά μυστικά.

Όσο τον όρκο μου λοιπόν θα τηρώ και δεν θα τον παραβαίνω, είτε να έχω καλό όνομα και στη ζωή και στην τέχνη μου και να με εκτιμούν για πάντα όλοι οι άνθρωποι. Εάν δε παραβώ τον όρκο μου και επιορκήσω, να πάθω τα αντίθετα.

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι την υποχρέωση να απευθύνω από καρδιάς τις πιο θερμές μου ευχαριστίες σε δύο πολύ σημαντικούς δασκάλους που υπηρέτησαν ως πρωτοπόροι και με απόλυτη συνέπεια, τα επιστημονικά πεδία των διαταραχών πρόσληψης τροφής και των γνωσιακών ψυχοθεραπειών αντίστοιχα, την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, κα. Ελευθερία Βάρσου και τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κο. Ιωάννη Παπακώστα. Τους είμαι ευγνώμων καθώς αμφότεροι αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης και μου παρείχαν τα απαραίτητα εφόδια για την ενασχόλησή μου με τα αντίστοιχα επιστημονικά πεδία.

Καθοριστική ήταν η επιστημονική βοήθεια που μου παρείχαν τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, ο επιβλέπων τη διαδακτορική διατριβή αυτή κος Φραγκίσκος Γονιδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, ο κος Ιωάννης Μιχόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής και ο κος Δημήτρης Δικαίος Καθηγητής Ψυχιατρικής. Τους ευχαριστώ θερμά για το συνεχές ενδιαφέρον τους, τις εποικοδομητικές υποδείξεις τους, τις ανεκτίμητες συμβουλές τους, καθώς και για την εξαιρετική υποστήριξη και συνεργασία που μου προσέφεραν στο χρονικό αυτό διάστημα.

Εκφράζω επίσης τις θερμές μου ευχαριστίες στους Καθηγητές Ψυχιατρικής κ. Χαράλαμπο Παπαγεωργίου και κ. Γεώργιο Παπαδημητρίου που ως Διευθυντές της Ά Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ συναίνεσαν αρχικά και διευκόλυναν στη συνέχεια την εκπόνηση της παρούσας εργασίας παρέχοντας το απαραίτητο πλαίσιο για την τέλεσή της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το συνάδελφο Γεώργιο Κωνσταντακόπουλο, πρωτοπόρο σε ορισμένα από τα πεδία τα οποία πραγματεύεται η παρούσα εργασία, με τον οποία είχα την τύχη να συνεργάζομαι τα τελευταία χρόνια και να λαμβάνω τις σημαντικές του συμβουλές για τη διεκπεραίωση της έρευνάς μου.

Αισθάνομαι τέλος την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους δικούς μου ανθρώπους, που ο καθένας με τον δικό του τρόπο συνέβαλαν στο να μπορέσω να φέρω σε πέρας την διατριβή αυτήν.

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

ΓΕΩΡΓΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ημερομηνία γέννησης: 3/3/1975
Τόπος γέννησης: Αθήνα
Δ/νση Ιατρείου: Άρνης 8, 11528 Αθήνα
E-mail: ggeorgant@med.uoa.gr

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Επιστημονικός Συνεργάτης της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Μονάδα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών

Εκπαιδευτής Βασικής και Κλινικής Εκπαίδευσης στο Πρόγραμμα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής και της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εκπαιδευτής Βασικής και Κλινικής Εκπαίδευσης στο Πρόγραμμα του Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Γνωσιακής – Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών: 2018-έως σήμερα

Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας: 2015-έως σήμερα

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

Οκτώβριος 2015: Εκπαιδευτικό σεμινάριο Διαμεσολάβησης Διενέξεων στον Εργασιακό Χώρο- (ADR Group Ltd, UK)

Ακαδημαϊκό έτος 2012-2013: Μεταπτυχιακές σπουδές στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, στο Τμήμα Νοσηλευτικής, στο Πρόγραμμα «**Διαχείριση Κρίσεων, Μαζικών Καταστροφών και Επείγουσών Καταστάσεων**, με κατεύθυνση «**Επείγουσα Φροντίδα Υγείας** (Βαθμός: ΑΡΙΣΤΑ 9,58)

Ακαδημαϊκό έτος 2009-2013: **Εκπαίδευση στη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία** στο πλαίσιο του **Προγράμματος Εκπαίδευσης στις Γνωσιακές Ψυχοθεραπείες**, του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής και της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Σεπτέμβριος 2012- **Απόκτηση τίτλου της Ιατρικής Ειδικότητας Ψυχιατρικής (Αρ.Πρωτ.:6155)**

Νοέμβ. 2008-Σεπτ. 2012 **Ειδίκευση στην Ψυχιατρική - Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο**

Ακαδημαϊκό έτος 2008-2009: Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο **Κλινικής Ψυχοπαθολογίας** της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Ακαδημαϊκό έτος 2008-2009: Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο του τμήματος Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, με θέμα εξειδίκευσης: «**Ψυχοδυναμική κατανόηση του ψυχιατρικού ασθενούς**»

Ακαδημαϊκό έτος 2009-2010: Ετήσιο σεμινάριο ευαισθητοποίησης στην **Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.**

Ακαδημαϊκά έτη 2009-2011: **Εκπαιδευτής στο πρόγραμμα COPE** (Ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα ασθενών με Διπολική Διαταραχή και των οικογενειών τους) της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΣΠΟΥΔΕΣ

- 2000 Αναγνώριση τίτλου σπουδών από το ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α.
επιτυχείς εξετάσεις στα μαθήματα Χειρουργικής και Παθολογίας
- 1999 Αποφοίτηση με τίτλο σπουδών Doctor of Medicine
(βαθμός πτυχίου ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ 7,71)
- 1993 Εισαγωγή στην Ιατρική Σχολή του Αγγλόφωνου Πανεπιστημίου
Ιατρικών Επιστημών Βουδαπέστης Semmelweis

1992 Ετήσιος προπαρασκευαστικός κύκλος σπουδών στο College International of Budapest

1992 Αποφοίτηση από το 1^ο Γενικό Λύκειο Αμαρουσίου

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Άριστη γνώση της Αγγλικής Γλώσσας

ΓΝΩΣΕΙΣ ΗΛ.ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ

Άριστη Γνώση Ηλ.Υπολογιστή (περιβάλλον Microsoft Windows, Microsoft Office Suite, SPSS)

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Ιαν. 2013-Ιουν.2019 **Επιστημονικός Συνεργάτης της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής**

Ιούλ.2015-Ιάν.2019 **Hellas EAP, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Ανθρώπινου Δυναμικού** Επικεφαλής επόπτης του τμήματος Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής της Εργασίας

Σεπ.2012-Σεπ.2015 **Μονάδα Φροντίδας Ψυχικής Υγείας – Ευγενίδειο Θεραπευτήριο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**
Ψυχίατρος – Γνωσιακός Ψυχοθεραπευτής

Μάρ.2014-Ιουλ.2015 **Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»**
Ψυχίατρος – Συνεργάτης Ιατρείου Παχυσαρκίας

Νοέμ.2008-Σεπτ.2012 **Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο**
Ειδίκευση στην Ψυχιατρική

Ιούν.2010-Δεκ.2012 **Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ)-Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**
Ιατρός συμμετέχων στη διαχείριση κρίσεων και εκτάκτων αναγκών Δημόσιας Υγείας

Φεβ. 2007-Απρ.2008 **Νοσ. Θείας Πρόνοιας «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ», Νευρολογική Κλινική**
Ειδίκευση στη Νευρολογία

Δεκ.2004-Μαρτ.2005 **Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Παθολογική Κλινική**
Ειδίκευση στην Παθολογία

Οκτ.2002-Οκτ.2003 **Κέντρο Υγείας Αταλάντης-Περιφερειακό Ιατρείο Λιβανατών**
Ιατρός Υπηρεσίας Υπαίθρου

Ιουλ.2002-Οκτ.2002 **Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λαμίας**
Ιατρός Υπηρεσίας Υπαίθρου

Ιαν.2002-Μάιος2002 **Ιατρείο Γενικού Επιτελείου Στρατού**
Ιατρός άνευ ειδικότητας

Απρ.2001-Ιαν.2002 **96 ΤΥΓΕΘ ΣΤΕΠ Στρατιωτικό Νοσοκομείο Χίου**
Ιατρός άνευ ειδικότητας

Ιαν.2001-Μαρτ.2001 **Κέντρο Εκπαίδευσης Υγειονομικού**
Ιατρός άνευ ειδικότητας

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Georgantopoulos G., Konstantakopoulos G., Michopoulos I., Dikeos D., Gonidakis F., 2020. **The relationship between metacognitive beliefs and symptoms in eating disorders.** Psychiatriki 31, 225-235

Konstantakopoulos G., Georgantopoulos G., Gonidakis F., Michopoulos I., Stefanatou P., David A., 2020. **Development and validation of the schedule for the assessment of insight in eating disorders (SAI-ED)** Psych Res, Volume 292, 113308, ISSN 0165-1781.

Gonidakis F., Georgantopoulos G., Theodoropoulou O., Varsou E., 2015. **Compulsive Bowel Emptying and Rectal Prolapse in Eating Disorders. Presentation of Two Cases.** Arch Depress Anxiety 1, 029-032.

Guipponi M., Santoni F.A., Setola V., Gehrig C., Rotharmel M., Cuenca M., Guillin O., Dikeos D., Georgantopoulos G., Papadimitriou G., Curtis L., Méary A., Schürhoff F., Jamain S., Avramopoulos D., Leboyer M., Rujescu D., Pulver A., Champion D., Siderovski D.P., Antonarakis S.E., 2014. **Exome sequencing in 53 sporadic cases of schizophrenia identifies 18 putative candidate genes.** PLoS One. 9, 11:e112745.

Gonidakis F, Georgantopoulos G, Konstantakopoulos G, Varsou E., 2014. **Late onset anorexia nervosa and the role of parental family. Presentation of two cases.** Eat Weight Disord. 19, 409-412

Dikeos D., Georgantopoulos G., 2011. **Medical comorbidity of sleep disorders.** Curr. Opin. Psychiatry. 24, 346-54.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΣΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

9th World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies- July 2019

Poster presentation: Metacognitive Dysfunctions, Delusionality and Clinical Insight in Eating Disorders

World Obesity Federation-SCOPE School, Athens 2018, Advances in Medical Management of Obesity-May 2018

How do we achieve changes in behaviours around food intake and physical activity in general medical practices?

EAEF XVI Conference: EAP Making a Continued Difference in Times of Change-June 2017

Workshop: The Integration of Occupational Psychology and Psychiatry with the EAPs

Joint Congress “16th Annual Meeting of Geriatric Psychopharmacology” and “5th International Psychiatry and the Neurosciences”- Oct. 2016

Symposium: Eating disorders and the brain- Food addiction and eating disorders

12th conference of the European Academy of Occupational Health Psychology - Apr.2016

Practice Forum: Occupational health psychology practices in times of austerity: The Evolvement of Corporate Psychiatry in Greece: The Hellas EAP Paradigm

12th conference of the European Academy of Occupational Health Psychology - Apr.2016

Chair: Oral session: Antecedents of stress and well-being

5th Young Psychiatrists' Network Meeting – Sept. 2015

Round Table: The Psychotherapeutic approach to Panic Disorder-The Cognitive-Behavioral approach

12th World Congress of Biological Psychiatry -June 2015

Co-Chair-Poster Presentation: Basic Neurosciences/Neuroimaging/Epidemiology

World Psychiatric Association Thematic Conference on Intersectional Collaboration, 5th European Congress of the International Neuropsychiatric Association, The 2nd Interdisciplinary Congress: Psychiatry and Related Sciences – Oct. 2014

Co-Chair Free Communication Section: Presentation of Clinical Cases

International Congress of the World Federation for Mental Health and the Hellenic Psychiatric Association “Living with Schizophrenia” – Oct. 2014

Round Table: Schizophrenia and Anorexia Nervosa: Presence of Psychotic Symptoms in Anorexia Nervosa

World Psychiatric Association Thematic Conference on Intersectional Collaboration: The Multidisciplinary Facets of Psychiatry, 4th European Congress of the International Neuropsychiatric Association: Overlap and Integration in Neuropsychiatry, The first Interdisciplinary Congress: Psychiatry and Related Sciences- Dec. 2012

Poster Presentation: Effectiveness of olanzapine on anorexia nervosa

G. Georgantopoulos, G. Konstantakopoulos, S. Christaki, P. Oulis, D. Dikeos, G.N. Papadimitriou, E. Varsou

18th European congress of Psychiatry- Feb. 2010

Poster Presentation: Lamotrigine administration in Panic Disorder with Agoraphobia

V. Masdrakis, G. Papadimitriou, G. Georgantopoulos, E. Kalogera, G. Konstantakopoulos, P. Oulis

ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΣΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

18ο Πανελλήνιο Διαβητολογικό Συνέδριο – Σεπτέμβριος 2020

Στρογγυλή τράπεζα Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας: Ψυχολογική προσέγγιση των χρόνιων φθοροποιών παθήσεων Σακχαρώδους Διαβήτη και παχυσαρκίας

14^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας -Φεβρουάριος 2020

Στρογγυλή τράπεζα: Πόσο σημαντική είναι η αύξηση του σωματικού βάρους στους πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα: Γνωσιακές παρεμβάσεις στην παχυσαρκία

6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών – Οκτώβριος 2019

Στρογγυλή τράπεζα: Παχυσαρκία και Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Από τη θεωρία στην πράξη- Εγκέφαλος, Νους, Ψυχικό όργανο και τροφή: Παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών – Οκτώβριος 2019

Στρογγυλή τράπεζα: Γνωσιακή Συμπεριφορική θεραπεία για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής- Άκαμπτες γνώσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, προσέγγιση και γνωσιακή παρέμβαση

4η Μετεκπαιδευτική Επιστημονική Συνάντηση - Η αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας και των επιπλοκών της στην καθημερινή κλινική πράξη- Σεπτέμβριος 2019

Διάλεξη: Η επίδραση των ψυχιατρικών φαρμάκων στο σωματικό βάρος

Στρογγυλή τράπεζα: Ελλιπής συμμόρφωση του παχύσαρκου: ψυχολογικοί μηχανισμοί, ανίχνευση και προσέγγιση αυτών

8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Ψυχοφαρμακολογίας- Μάιος 2019

Δορυφορική Διάλεξη: Ο ρόλος του ψυχιάτρου στη ρύθμιση του σωματικού βάρους. Πώς ο συνδυασμός ναλτρεξόνης/βουπροπιόνης μπορεί να βοηθήσει

27^ο Πανελλήνιο Συνεδριο Ψυχιατρικής- Απρίλιος 2019

Στρογγυλή τράπεζα: Καταννοώντας τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, από τη βιολογία στη ψυχοθεραπεία- Μεταγνωσιακή λειτουργία και εναισθησία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

13^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας – Φεβρουάριος 2019

Επιστημονικός Λόγος – Αντίλογος: Η κατάλληλη ψυχολογική παρέμβαση στον τρόπο ζωής για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας
Η Γνωσιακή Παρέμβαση

Επιστημονική ημερίδα Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας "Η νόσος παχυσαρκία και η αντιμετώπισή της"- Δεκέμβριος 2018

Στρογγυλή τράπεζα: Θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας- Ψυχολογικές παρεμβάσεις για επιτυχημένη προσπάθεια απώλειας βάρους

4^η Ημερίδα Διατροφής Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα: Διατροφικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου- Οκτώβριος 2018

Διάλεξη: Πως επιτυγχάνουμε αλλαγές συμπεριφοράς σχετικά με την πρόσληψη τροφής και τη σωματική άσκηση;

3η Μετεκπαιδευτική Συνάντηση της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας- Η αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας και των επιπλοκών της στην καθημερινή κλινική πράξη Σεπτέμβριος 2018

Στρογγυλή Τράπεζα: Σημασία της παχυσαρκίας σε κλινικό επίπεδο-Πότε θα σκευτώ πως το παχύσαρκο άτομο που αντιμετωπίζω θα χρειαστεί ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη ή αντιμετώπιση;

Στρογγυλή Τράπεζα: Σωστές επιλογές στην αντιμετώπιση ασθενών με παχυσαρκία και συνοδές παθήσεις, ανάλυση κλινικών περιστατικών-Παχύσαρκτη με κακή διάθεση και άγχος που το διοχετεύει σε λήψη γλυκών

12^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας

Στρογγυλή Τράπεζα: Η επίδραση συχνά χρησιμοποιούμενων φαρμάκων στο σωματικό βάρος-

Η επίδραση ψυχιατρικών φαρμάκων στο σωματικό βάρος

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών- Νοέμβριος 2017

Στρογγυλή Τράπεζα:Νεότερες οπτικές στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής -Η μεταγνωσιακή λειτουργία και η εναισθησία στις ΔΠΤ

8ο Κλινικό Φροντιστήριο Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας «Βασικές γνώσεις Παχυσαρκίας και η Σύγχρονη Αντιμετώπισή της» Σεπτέμβριος 2017

Συνάντηση με τον Ειδικό: Ψυχολογική προσέγγιση του παχύσαρκου

10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής της Παχυσαρκίας- Ιούνιος 2017
Στρογγυλή Τράπεζα: Σύγχρονες απόψεις για τη μη χειρουργική διαχείριση της παχυσαρκίας-Οι ιδιαίτερες ψυχολογικές αποκλίσεις του παχύσαρκου ασθενούς

10^η Επιστημονική Διημερίδα Παχυσαρκίας-Μάρτιος 2017
Διάλεξη: Η συναισθηματική Λήψη Τροφής, αναγνώριση και αντιμετώπιση του φαινομένου
Δορυφορικό Συμπόσιο: Ο ρόλος του εγκεφάλου στην πρόσληψη τροφής

12ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας-Δεκέμβριος 2016
Στρογγυλή Τράπεζα: Παχυσαρκία ενηλίκων: κοινωνικό ζήτημα ή ιατρική πρόκληση;- Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και παχυσαρκία

Μετεκπαιδευτική Συνάντηση της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας- Ιούλιος 2016
Στρογγυλή τράπεζα: Χρήσιμα κλινικά θέματα σχετικά με την Παχυσαρκία - Έχουν οι παχύσαρκοι ιδιαίτερες ψυχολογικές αποκλίσεις και πώς τις αναγνωρίζουμε;
Συζήτηση με τους ειδικούς: Δυσκολίες στην αντιμετώπιση του παχύσαρκου ασθενούς

Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων-Ημερίδες Μεταβολισμού- Απρίλιος 2016
Στρογγυλή τράπεζα: Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας

11^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας-Φεβρουάριος 2016
Επιστημονικός Λόγος-Αντίλογος: Η παιδική παχυσαρκία οφείλεται στον τρόπο ζωής ή στην ψυχολογία

11^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας-Φεβρουάριος 2016
Προφορική Ανακοίνωση: Το ερωτηματολόγιο Ενσυνείδητου φαγητού (Mindful Eating Questionnaire). Μία πιλοτική προσπάθεια διευκρίνησης των ψυχομετρικών του χαρακτηριστικών σε φοιτητικό πληθυσμό.

13^ο Πανελλήνιο Συνεδριο Διατροφής και Διαιτολογίας- Νοέμβριος 2015
Στρογγυλή Τράπεζα:Συζήτηση με τους ειδικούς: Δυσκολίες στην αντιμετώπιση του παχύσαρκου ασθενούς. Μια διαφορετική διεπιστημονική προσέγγιση-Υπό το πρίσμα της ψυχολογικής προσέγγισης

2^η Ετήσια κοινή εκδήλωση Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας-Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας- Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας: Διαβήτης και Παχυσαρκία-Συσχετίσεις και αλληλεπιδράσεις-Νοέμβριος 2015
Στρογγυλή Τράπεζα: Η παχυσαρκία ως ρυθμιστικός παράγων της ζωής των διαβητικών τύπου 2-Η ψυχολογική προσέγγιση των χρόνιων φθοροποιών παθήσεων, παχυσαρκίας και διαβήτη τύπου 2.

Επιστημονική Εκδήλωση: Παχυσαρκία-Η βασική αιτία των επιμέρους διαταραχών του Μεταβολικού Συνδρόμου- Οκτώβριος 2015

Στρογγυλή Τράπεζα: Η Παχυσαρκία και τα επιμέρους στοιχεία του Μεταβολικού Συνδρόμου-Η ψυχολογική προσέγγιση των χρόνιων φθοροποιών παθήσεων του μεταβολικού συνδρόμου

23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής-Απρίλιος 2015

Στρογγυλή Τράπεζα: Ψυχογενής Ανορεξία: Πέρα από την εφηβεία και το φύλο-Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες

23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής-Απρίλιος 2015

Εκπαιδευτικό Σεμινάριο: Η κατανόηση του ψυχικά πάσχοντος μέσω διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων-Παρουσίαση κλινικού υλικού

9^η Επιστημονική διημερίδα Παχυσαρκίας «Επιπλοκές Παχυσαρκίας» - Φεβρουάριος 2015

Στρογγυλή Τράπεζα: Εθισμός σε τροφές: Μύθος ή Πραγματικότητα

4ο Πανελλήνιο συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών – Νοέμβριος 2014

Στρογγυλή Τράπεζα: Προκλήσεις στην έρευνα της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Ημερίδα «Μιλώντας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής» -Σεπτέμβριος 2014

Στρογγυλή Τράπεζα: Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στην μέση ηλικία Χρόνιες και Ανθιστάμενες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής-Διαχείριση Εξωτερικού Ασθενή

1^η Σύσκεψη του Εθνικού Δικτύου Πληροφόρησης και άλλων Εταίρων για θέματα Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία - «Διαχείριση του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία» -Ευρωπαϊκή Εκστρατεία «Ασφαλείς και Υγιείς Χώροι Εργασίας» - Ιούλιος 2014

Οι επιπτώσεις της έκθεσης στο εργασιακό άγχος στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και η πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογίας: η Ψυχιατρική οπτική

40ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο- Μάιος 2014

Κλινικό Φροντιστήριο: Ιατρική Παχυσαρκίας
Ψυχολογικά αίτια & ψυχολογικές επιδράσεις του αυξημένου σωματικού βάρους

22ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής - Απρίλιος 2014

Στρογγυλή Τράπεζα: Ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας Χρόνιες και σοβαρές περιπτώσεις Ψυχογενούς Ανορεξίας και η αντιμετώπισή τους

1ο Διεπιστημονικό Συνέδριο «Παχυσαρκία-Διαβήτης» Βιοψυχοκοινωνικές Θεωρήσεις-Νοέμβριος 2013

Στρογγυλή Τράπεζα: Κατάθλιψη και Αυξημένο σωματικό Βάρος
Η σύγχρονη αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην παχυσαρκία: Η θέση της φαρμακοθεραπείας

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Νευροψυχοφαρμακολογίας - Οκτώβριος 2011
Μετωπιαία επιληψία με ψυχιατρικές εκδηλώσεις – Παρουσίαση κλινικής περίπτωσης

Γεωργαντόπουλος Γ., Μπονάκης Α., Δικαίος Δ.

1η Ψυχιατρική Κλινική-1η Νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλινικής Νευροψυχοφαρμακολογίας - Οκτώβριος 2011

Ψυχογενής Ανορεξία με έναρξη στη μέση ηλικία. Παρουσίαση δύο περιστατικών.

Γονιδάκης Φ., Γεωργαντόπουλος Γ., Κωνσταντακόπουλος Γ., Βάρσου Ε.

Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, 1η Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

2016 έως σήμερα

Εισηγητής και επόπτης στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής και της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

2017 έως σήμερα

Εισηγητής και επόπτης στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Γνωσιακής – Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

2017 έως σήμερα

Εισηγητής στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα του Διετούς Σεμιναρίου: «Θεραπεία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής» της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς σε συνεργασία με την Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική

2016 έως σήμερα

Εισηγητής στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Σακχαρώδης Διαβήτης – Παχυσαρκία» του τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

2016 έως σήμερα

Συμμετοχή στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ για τους Ειδικευόμενους Ψυχιάτρους, «Διαταραχές πρόσληψης τροφής»

2016 έως σήμερα

Συμμετοχή στο Προπτυχιακό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα της Α΄Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής»

Οκτώβριος 2016-Δεκέμβριος 2017

Εκπαιδευτής στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής-Υπουργείο Υγείας Κύπρου

Οκτώβριος 2017

Εκπαιδευτικό σεμινάριο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας, στο δίκτυο Ιατρών Εργασίας της Γενικής ΕΞΥ.Π.Π Προστασία

Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2017

Εκπαίδευση στελεχών εταιρειών συνεργαζομένων της Hellas EAP στη Διαχείριση Κρίσεων και Τραυματικών Γεγονότων εντός και εκτός εργασιακού χώρου

Ιούνιος 2016

Εκπαιδευτικό σεμινάριο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας, στο δίκτυο Ιατρών Εργασίας της Γενικής ΕΞΥ.Π.Π Προστασία

Οκτώβριος 2015-Δεκέμβριος 2018

Εκπαίδευση του δικτύου εξωτερικών συνεργατών ειδικών ψυχικής υγείας, της εταιρείας Hellas EAP -Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Ανθρώπινου Δυναμικού σε θέματα κλινικής αξιολόγησης και διαχείρισης επειγουσών καταστάσεων στην κλινική πρακτική.

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΕΣ ΟΜΙΛΙΕΣ

Ιατροκοινωνική Εκδήλωση Ιατρικού Συλλόγου Πατρών σε συνδιοργάνωση με την Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας για την Παιδική Παχυσαρκία: «Ψυχολογία και Παιδική Παχυσαρκία - μια αμφίδρομη σχέση»

«Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής: Γενικά Χαρακτηριστικά και αντιμετώπιση» στο πλαίσιο ημερίδας ενημέρωσης με θέμα «Ο ρόλος της κοινωνίας και των ΜΜΕ στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής» στη Σιβιτανίδειο Δημόσια Σχολή- Ακαδημαϊκό έτος 2014-2015

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

«Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην ψυχική υγεία», Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία-Εκδόσεις Παρισιάνου 2020

«Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στην ψυχιατρική κλινική έρευνα», Ηθική και Δεοντολογία στην Ψυχική Υγεία-Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2014

«Διαταραχή γενικευμένου άγχους: Φαρμακολογικές προσεγγίσεις», Κλινική Ψυχοφαρμακολογία Επίκαιρα Θέματα-2^{ος} Κύκλος- Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2013

«Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή: Φαρμακολογικές προσεγγίσεις» Κλινική Ψυχοφαρμακολογία Επίκαιρα Θέματα-2^{ος} Κύκλος- Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2013

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

2017 έως σήμερα

Εκπρόσωπος της Ελληνικής Εταιρείας Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών στην European Association for Behavioural and Cognitive Therapies- EABCT

2018 έως σήμερα

Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών

2015 έως σήμερα

Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

Συμμετοχή σε Πολυκεντρική Ευρωπαϊκή μελέτη για την Ανθεκτική Κατάθλιψη-TRD3 (2012-2013)

Συμμετοχή σε Πολυκεντρική Ευρωπαϊκή μελέτη για την αναζήτηση νέων μεταλλαγών στη Σχιζοφρένεια (2013)

Συμμετοχή ως συντονιστής στη μελέτη COSI του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα (2017)

Πίνακας Περιεχομένων

| | |
|--|----|
| Όρκος του Ιπποκράτη | 2 |
| Ευχαριστίες | 3 |
| Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα..... | 4 |
| Περίληψη | 20 |
| Abstract | 23 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 26 |
| 1. Εισαγωγή | 26 |
| 2. Η Εξέλιξη των γνωσιακών ψυχοθεραπειών για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.... | 31 |
| 3. Εισαγωγή στη Μεταγνωσιακή λειτουργία | 35 |
| 3.1. Εισαγωγή στην έννοια των Μεταγνωσιών | 35 |
| 3.2 Μεταγνωσιακή γνώση (Metacognitive knowledge) | 38 |
| 3.3 Μεταγνωσιακές εμπειρίες (Metacognitive Experiences) | 40 |
| 3.4 Μεταγνωσιακές στρατηγικές (Metacognitive strategies)..... | 41 |
| 3.5 Η αντίληψη της εσωτερικής πραγματικότητας - αναστοχαστική ικανότητα..... | 42 |
| 3.6 Μεταγνωσιακές πεποιθήσεις..... | 44 |
| 4. Το μεταγνωσιακό μοντέλο των ψυχικών διαταραχών | 45 |
| 4.1 Ανησυχία και ιδεομνηρκασμός στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής | 48 |
| 4.2 Επικέντρωση της προσοχής σε απειλητικά ερεθίσματα και δυσλειτουργικές στρατηγικές στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής..... | 50 |
| 4.3 Εμμονικός τρόπος σκέψης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής..... | 52 |
| 5. Ευρήματα από την έως σήμερα μελέτη της μεταγνωσιακής λειτουργίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής | 52 |
| 6. Ευρήματα από την έως σήμερα μελέτη της παραληρητικότητας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής | 57 |
| 7. Ευρήματα από την έως σήμερα μελέτη της κλινικής εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής | 62 |
| 8. Σκοπός και Υποθέσεις της παρούσας μελέτης..... | 64 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 68 |
| 1. Μεθοδολογία | 68 |
| 1.1 Κριτήρια συμμετοχής και αποκλεισμού..... | 68 |
| 1.2 Αρχικός υπολογισμός του δείγματος συμμετεχουσών στη μελέτη..... | 69 |
| 1.3 Οριστικό δείγμα συμμετεχουσών στη μελέτη | 70 |
| 1.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων..... | 72 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 1.5 | Στατιστική Ανάλυση..... | 78 |
| 1.6 | Αναφορά στις μεταβλητές της μελέτης | 79 |
| 2. | Αποτελέσματα..... | 81 |
| 2.1 | Έλεγχος Αξιοπιστίας | 81 |
| 2.2 | Έλεγχος κανονικότητας | 81 |
| 2.3 | Διαφορές σε δημογραφικούς, κλινικούς και σωματομετρικούς παράγοντες μεταξύ των ομάδων ΨΑ, ΨΒ και ΥΜ..... | 82 |
| 2.4 | Μεταγνωσιακοί Παράγοντες (Αναστοχαστική Λειτουργία και Δυσλειτουργικές Μεταγνωσιακές Πεποιθήσεις) | 84 |
| 2.5 | Διαφορές σε δημογραφικούς, κλινικούς και σωματομετρικούς παράγοντες μεταξύ των ομάδων ΨΑ-Π, ΨΑ-ΥΚ και ΨΒ | 93 |
| 2.6 | Παραληρητικότητα, Κλινική Εναισθησία και η σχέση τους με Μεταγνωσιακούς παράγοντες..... | 94 |
| 3. | Συζήτηση..... | 113 |
| 3.1 | Η μεταγνωσιακή λειτουργία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής..... | 113 |
| 3.2 | Η παραληρητικότητα στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής | 120 |
| 3.3 | Η κλινική εναισθησία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής..... | 124 |
| 3.4 | Σχέση μεταγνωσιακών παραγόντων και παραληρητικότητας / εναισθησίας..... | 126 |
| 3.5 | Προεκτάσεις των αποτελεσμάτων της έρευνας..... | 130 |
| 3.6 | Περιορισμοί της παρούσας μελέτης | 135 |
| | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 138 |
| | Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη | 138 |

Ευρετήριο Πινάκων

| | | |
|------------|--|----|
| Πίνακας 1: | Συντελεστές (α) του Cronbach, για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν και τις υποκλίμακές τους | 81 |
| Πίνακας 2: | Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ), Ψυχογενή Βουλιμία, (ΨΒ), και υγιών μαρτύρων (ΥΜ)..... | 83 |
| Πίνακας 3: | Αναστοχαστικότητα, Αυτεπίγνωση και δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις στην Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ), Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ) και Υγιείς Μάρτυρες (ΥΜ)..... | 85 |
| Πίνακας 4: | Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με διαταραχή πρόληψης τροφής..... | 88 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 5: Μοντέλα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων πρόβλεψης των εξαρτημένων μεταβλητών EDE-Q Συνολικό Σκορ, HADS-Άγχος, HADS-Κατάθλιψη, MOCI Συνολικό Σκορ σε ασθενείς με ΔΠΤ..... | 90 |
| Πίνακας 6: Ανάλυση πιθανής διαμεσολάβησης συνοδού συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας στη σχέση μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και ειδικής συμπτωματολογίας των ΔΠΤ..... | 92 |
| Πίνακας 7: Δημογραφικά, σωματομετρικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ) | 93 |
| Πίνακας 8: Εκτίμηση παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας στις ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ) | 95 |
| Πίνακας 9: Θεματικές ενότητες επικρατουσών πεποιθήσεων οι οποίες εκτιμήθηκαν με την κλίμακα BABS στο δείγμα της μελέτης | 98 |
| Πίνακας 10: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και δημογραφικών και σωματομετρικών παραγόντων στις ασθενείς με ΔΠΤ..... | 100 |
| Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και δημογραφικών παραγόντων στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία | 101 |
| Πίνακας 12: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία..... | 102 |
| Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία..... | 103 |
| Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ κλινικής εναισθησίας και δημογραφικών και σωματομετρικών παραγόντων στις ασθενείς με ΔΠΤ..... | 103 |
| Πίνακας 15: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ κλινικής εναισθησίας και δημογραφικών και σωματομετρικών παραγόντων σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία..... | 104 |
| Πίνακας 16: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ κλινικής εναισθησίας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία..... | 104 |
| Πίνακας 17: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία..... | 106 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 18: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας (συμπεριλαμβανομένου του βαθμού παραληρητικότητας) και κλινικής εναισθησίας (και υποκλιμάκων αυτής) στις ασθενείς με ΔΠΤ..... | 107 |
| Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας με μεταγνωσιακούς παράγοντες σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία..... | 108 |
| Πίνακας 20: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας με μεταγνωσιακούς παράγοντες σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία..... | 110 |
| Πίνακας 21: Μοντέλα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων πρόβλεψης των εξαρτημένων μεταβλητών Βαθμός παραληρητικότητας και Κλινική εναισθησία σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία..... | 112 |

Ευρετήριο Εικόνων

| | |
|--|-----|
| Εικόνα 1: Το Μοντέλο Αυτορρυθμιζόμενης Εκτελεστικής Λειτουργίας-Self-Regulatory Executive Function | 46 |
| Εικόνα 2: Σχηματική απεικόνιση του δείγματος της μελέτης..... | 70 |
| Εικόνα 3: Διάγραμμα ροής συμμετεχόντων στη μελέτη..... | 71 |
| Εικόνα 4: Διάμεσοι των υποπληθυσμών του δείγματος για την αναστοχαστικότητα, την αυτεπίγνωση και τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις. | 86 |
| Εικόνα 5: Διάμεσοι της συνολικής βαθμολογίας BABS στις υπο-ομάδες ασθενών..... | 96 |
| Εικόνα 6: Διάμεσοι της συνολικής βαθμολογίας SAI-ED στις υπο-ομάδες ασθενών..... | 96 |
| Εικόνα 7: Διάγραμμα κοινής απεικόνισης των διαμέσων παραληρητικότητας (BABS Συνολικό σκορ) και Κλινικής Εναισθησίας στις υπο-ομάδες ασθενών..... | 97 |
| Εικόνα 8: Διάγραμμα θεματικών ενοτήτων που ορίστηκαν ως κυρίαρχες και ορίζουσες τη διατροφική συμπεριφορά των ασθενών, όπως προέκυψαν από τη συνέντευξη της κλίμακας BABS.. | 98 |
| Εικόνα 9: Κατηγοριοποίηση των ασθενών (% επί των περιπτώσεων) με βάση το βαθμό παραληρητικότητας στις υπό εξέταση πεποιθήσεις όπως αυτός καθορίστηκε από τις βαθμολογίες στην κλίμακα BABS. | 100 |
| Εικόνα 10: Διάγραμμα διασποράς βαθμού παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας στις ασθενείς με ΔΠΤ, ανάλογα με τη διάγνωση..... | 107 |

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση του σύνθετου ρόλου των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, της αναστοχαστικότητας, της παραληρητικότητας και της εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ), των μεταξύ τους σχέσεων και των πιθανών συσχετίσεών τους τόσο με ειδικά όσο και με συνοδά συμπτώματα. Το Ερωτηματολόγιο για τις Μεταγνωσίες (Metacognitive Questionnaire-30, MCQ-30), η κλίμακα για την εκτίμηση της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης (Self-Reflection and Insight Scale-SRIS), η Συνέντευξη για την Εκτίμηση της Εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Interview based Schedule for the Assessment of Insight in Eating Disorders), η Κλίμακα Εκτίμησης των Πεποιθήσεων Brown (*Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS*), το Ερωτηματολόγιο για την Εξέταση των Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q), η Νοσοκομειακή Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) και η Κλίμακα Ιδιοψυχαναγκαστικών Συμπτωμάτων (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory - MOCI) χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση 44 γυναικών ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ), 50 γυναικών ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ) και 37 γυναικών υγιών μαρτύρων.

Οι ασθενείς με ΨΑ και ΨΒ παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, οι οποίες συσχετίζονταν θετικά τόσο με τα ειδικά συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών όσο και τα συνοδά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Τόσο οι ασθενείς με ΨΑ όσο και εκείνοι με ΨΒ παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους υγιείς μάρτυρες στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας MCQ-30, και στις υποκλίμακες *θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία, αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*. Οι ασθενείς με ΨΑ επιπλέον εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία από τις υγιείς μάρτυρες στη βαθμολογία της υποκλίμακας *νοητική αυτοσυνείδηση*. Οι *αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και ανάγκη για έλεγχο της σκέψης* εμφάνισαν τις ισχυρότερες θετικές συσχετίσεις με τα ειδικά συμπτώματα των διατροφικών

διαταραχών και τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Σε αναλύσεις παλινδρόμησης οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις προέβλεπαν το 21%, 38%, 25% και 28% της διακύμανσης στις συνολικές βαθμολογίες των EDE-Q, HADS-Anxiety, HADS-Depression και MOCI, αντίστοιχα. Οι αναλύσεις διαμεσολάβησης ανέδειξαν πως η συνοδός συμπτωματολογία δεν διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και ειδικών συμπτωμάτων των ΔΠΤ. Κατά συνέπεια, οι δυσλειτουργίες στις μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορεί να αντικατοπτρίζουν ένα κοινό, δια-διαγνωστικό μονοπάτι στην ΨΑ και ΨΒ προς ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΔΠΤ.

Σε ό,τι αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ άλλων μεταγνωσιακών παραγόντων και των κλινικών συμπτωμάτων, η *αυτεπίγνωση* βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την *ανησυχία για την τροφή*, τη συνολική βαθμολογία EDE-Q και τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Η *αυτεπίγνωση* βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά και με δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις όπως *αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία, και νοητική αυτοπεποίθηση*. Τα αποτελέσματα αυτά υποδुकνείουν πως η αυτεπίγνωση στις ασθενείς με ΔΠΤ, πιθανώς αντανακλά την τάση τους τείνουν να υπερεκτιμούν τη δική τους μάλλον στενή και άκαμπτη παρακολούθηση της εσωτερικής τους κατάστασης. Αντιθέτως, υπήρξε στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αναστοχαστικότητας και των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων *νοητική αυτοσυνείδηση, ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται*, εύρημα που υποδुकνείει πως οι ασθενείς με ΔΠΤ είναι ικανές για εμπλοκή σε υγιείς αναστοχαστικές διαδικασίες.

Μόνο ορισμένες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και όχι οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες παραληρητικές πεποιθήσεις. Ειδικότερα, η ομάδα της ψυχογενούς ανορεξίας περιοριστικού τύπου, ΨΑ-Π εμφάνισε σε μεγαλύτερη συχνότητα παραληρητικές πεποιθήσεις (33,33%) από τις ασθενείς με

υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου ψυχογενή ανορεξία, ΨΑ-ΥΚ (13,04%). Σε όλες τις υποομάδες ασθενών υπήρξαν ασθενείς που κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες πτωχή εναισθησία.

Ο βαθμός παραληρητικότητας στις ασθενείς με ΨΑ βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τον *Περιορισμό της τροφής*, ενώ στις ασθενείς με ΨΒ βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την *Ανησυχία για το σχήμα σώματος*, *Ανησυχία για το βάρος σώματος*, τη συνολική βαθμολογία EDE-Q και τη συνοδό συμπτωματολογία, δηλαδή άγχος, κατάθλιψη και ψυχαναγκαστικότητα.

Η κλινική εναισθησία στις ασθενείς με ΨΑ βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τον *περιορισμό της τροφής*, ενώ στις ασθενείς με ΨΒ η κλινική εναισθησία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την *ανησυχία για το σχήμα σώματος*, την *ανησυχία για το βάρος σώματος*, τη συνολική βαθμολογία EDE-Q, και την ψυχαναγκαστικότητα. Παρατηρήθηκε ισχυρή στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του *βαθμού παραληρητικότητας* και της *κλινικής εναισθησίας* στις ασθενείς με ΔΠΤ. Τα ανωτέρω ευρήματα επιβεβαιώνουν τη σημασία της αξιολόγησης των παραμέτρων αυτών στην κλινική πρακτική. Κατά συνέπεια, η ίδια η στάση του θεραπευτή, η θεραπευτική σχέση αλλά και η ίδια η θεραπεία θα πρέπει να προσεγγίσει τα ελλείμματα εναισθησίας ώστε να οικοδομηθεί σταδιακά μία κατάλληλη θεραπευτική συμμαχία.

Στην ομάδα ασθενών με ΨΒ στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ του *βαθμού παραληρητικότητας* με δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις και ειδικότερα τις *αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται*, την *ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και τη νοητική αυτοπεποίθηση*. Αντιθέτως, οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις *ανησυχία σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και η ανάγκη για έλεγχο της σκέψης* σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την *επίγνωση του νοσηρού*, την *επίγνωση συμπτωμάτων και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία*.

Λέξεις Κλειδιά

Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία, Μεταγνωσιακή Λειτουργία, Παραληρητικότητα, Εναισθησία

Abstract

The present study aimed to investigate the complex role of dysfunctional metacognitive beliefs, self-reflectivity, delusionality and clinical insight in Eating Disorders (ED), their inter-relationships and their possible association with both specific and comorbid symptoms. The Metacognitive Questionnaire - MCQ-30, the Self-Reflection and Insight Scale -SRIS, the Interview based Schedule for the Assessment of Insight in Eating Disorders - SAI-ED, the Brown Assessment of Beliefs Scale - BABS, the Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q, the Hospital and Anxiety and Depression Scale - HADS and the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory - MOCI were used to assess 44 female patients with Anorexia Nervosa (AN), 50 female patients with Bulimia Nervosa and 37 healthy female controls.

Patients with AN and BN featured higher scores of dysfunctional metacognitive beliefs, which were positively correlated with both specific symptoms of eating disorders and the comorbid symptoms of anxiety, depression, and obsessionality. More specifically, both AN and BN patients featured higher scores than healthy controls on the overall MCQ-30 score, and on the subscales of *positive beliefs about worry*, *negative beliefs about uncontrollability and danger*, and *need to control thoughts*. Patients with AN also featured higher scores on the *cognitive self-consciousness* subscale. *Negative beliefs about uncontrollability and danger* and *need to control thoughts* featured the strongest positive correlations with ED and comorbid symptoms. In regression analyzes, dysfunctional metacognitive beliefs predicted 21%, 38%, 25%, and 28% of variance in the overall EDE-Q, HADS-Anxiety, HADS-Depression, and MOCI scores, respectively. Mediation analyses have shown that comorbid symptomatology does not mediate the relationship between dysfunctional metacognitive beliefs and specific symptoms of ED. Consequently,

dysfunctions in metacognitive beliefs may reflect a common, trans-diagnostic pathway in EDs towards a wide range of symptoms.

Regarding the correlations between other metacognitive factors and clinical symptoms, *insight* was found to be statistically significantly positively correlated to *food concern*, overall EDE-Q score, and comorbid symptoms of anxiety, depression, and obsessionality. *Insight* was found to be statistically significantly positively correlated with dysfunctional metacognitive beliefs such as *negative beliefs about uncontrollability and danger*, *need to control thoughts*, *positive beliefs about worry* and *cognitive confidence*. These results suggest that self-insight in patients with EDs probably reflects their tendency to overestimate their own rather intense and rigid monitoring of their internal condition. In contrast, there was a statistically significant negative correlation between self-reflection and dysfunctional cognitive beliefs, such as *cognitive self-consciousness*, *negative beliefs about uncontrollability and danger* and *need to control thoughts*, findings that imply that ED patients are capable of engaging in healthy self-reflection processes.

Only some of AN patients and none of BN patients were categorized as having delusional beliefs. In particular, the group of restrictive-type AN showed higher frequency of delusional beliefs (33.33%) than patients with binge-purging, type of AN (13.04%). In all subgroups of patients there were patients who were categorized as having poor insight.

In AN patients, delusionality was found to be statistically significantly positively correlated with *food restriction*, while in patients with BN it was found to be statistically significantly positively correlated with *concern about body shape*, *concern about body weight*, and overall EDE-Q score, as well as with comorbid symptomatology, i.e. anxiety, depression and obsessionality. On the contrary, clinical insight was found to be statistically significantly negatively correlated with *food restriction* in patients with AN, while in patients with BN it was found to be statistically significantly negatively correlated with *body shape concern*, *body weight concern*, overall EDE-Q score, and obsessionality. A statistically significant negative correlation was observed between delusionality and clinical insight in ED patients. The above findings confirm the importance of regular evaluation of these

parameters in clinical practice. Therefore, the therapists' attitude, the therapeutic relationship and the treatment itself should approach potential insight deficits for a suitable therapeutic alliance to be gradually built.

In the BN sample, delusionality was also found to be statistically significantly positively correlated with dysfunctional metacognitive beliefs and in particular *negative beliefs about uncontrollability and danger, need to control thoughts and cognitive confidence (lack of)*. On the contrary, dysfunctional metacognitive beliefs about *negative beliefs about uncontrollability and danger* and *need to control thoughts* were statistically significantly negatively associated with clinical insight subscales, namely *disorder awareness, symptoms awareness, and treatment compliance*.

Key words

Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Metacognitions, Delusionality, Insight

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν σοβαρές ψυχικές διαταραχές οι οποίες χαρακτηρίζονται από σοβαρές και εμμένουσες δυσλειτουργικές συμπεριφορές διατροφής και παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα τα οποία μπορούν να διακριθούν σε ψυχολογικά, συμπεριφορικά και σωματικά (Fairburn & Harrison, 2003). Οι κυριότερες ΔΠΤ περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία και την διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (American Psychiatric Association, 2013). Οι ασθενείς με ΔΠΤ πάσχουν από σοβαρές σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (Westmoreland et al. 2016), βιώνοντας σημαντική έκπτωση της ποιότητας ζωής (Winkler et al. 2014). Οι ασθενείς, ιδιαίτερα οι πάσχοντες από τις καλά μελετημένες Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ) και Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ) εμφανίζουν κοινά πυρηνικά ψυχοπαθολογικά ευρήματα, όπως η υπεραξιολόγηση της σημασίας του βάρους και σχήματος του σώματος και της ανάγκης για έλεγχο αυτών, τα οποία οδηγούν σε έντονη ανησυχία και δυσφορία. Η υπεραξιολόγηση αυτή θα πρέπει να διαχωρισθεί από την πιθανή δυσαρέσκεια με το σώμα την οποία συχνά εμφανίζει ο γενικός πληθυσμός (Maguire et al. 2008). Οι δυσλειτουργικές γνωσίες (αυτόματες σκέψεις, πεποιθήσεις και διεργασίες) παίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στη δημιουργία, όσο και στη διαίωνιση της συμπτωματολογίας της ΨΑ και ΨΒ και έχουν βρεθεί να αφορούν την εικόνα σώματος, την αυτοεκτίμηση και την ίδια την τροφή (Fairburn et al. 2003). Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) για την διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας πρέπει να πληρούνται τα κάτωθι κριτήρια:

1. Επίμονος περιορισμός της προσλαμβανόμενης τροφής που να οδηγεί σε σημαντική μείωση του σωματικού βάρους (<85% αυτού που αναμένεται με βάση την ηλικία, το φύλο, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και την σωματική υγεία της ασθενούς).
2. Έντονος φόβος αύξησης του σωματικού βάρους ή αλλαγής του σχήματος του σώματος, εξαιτίας του οποίου ακολουθούνται επίμονες συμπεριφορές οι οποίες

εμποδίζουν την αύξηση του βάρους, ακόμα και όταν αυτό βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα.

3. Διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος ή απόδοση ιδιαίτερης σημασίας στο σχήμα και βάρος του σώματος σε βαθμό που να επηρεάζουν σημαντικά την αξιολόγηση εαυτού ή οδηγούν σε παρατεταμένη απώλεια ικανότητας αναγνώρισης των κινδύνων που ενέχει το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος.

Αναγνωρίζονται δύο υπότυποι της ΨΑ: Ο περιοριστικός τύπος, όπου η ασθενής περιορίζει πολύ την προσλαμβανόμενη τροφή και ο υπερφαγικός / καθαρτικός τύπος όπου η ασθενής έχει επεισόδια όπου προβαίνει σε κατανάλωση τροφής μεγαλύτερη του επιθυμητού και ακολουθεί καθαρτική συμπεριφορά.

Για τη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) πρέπει να πληρούνται τα κάτωθι κριτήρια:

1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ως επεισόδιο υπερφαγίας ορίζεται εκείνο όπου σε μία διακριτή περίοδο λαμβάνει χώρα κατανάλωση φαγητού αναμφίβολα μεγαλύτερη από αυτή που θα κατανάλωναν οι περισσότεροι άνθρωποι σε ανάλογο χρόνο και συνθήκες, με ταυτόχρονη αίσθηση απώλειας ελέγχου της κατανάλωσης της τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου.
2. Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά με σκοπό την αποφυγή της αύξησης του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, παρατεταμένη νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.
3. Η υπερφαγία και οι απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, για διάστημα τριών μηνών.
4. Η αυτοεκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται υπέρμετρα από την εικόνα και το βάρος του σώματος.
5. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στο πλαίσιο επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Αν και οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής χαρακτηρίζονται από την τάση να χρησιμοποιείται το βάρος και το σχήμα του σώματος ως βασικός γνώμονας της αυτοεκτίμησης (Vitousek & Hollon 1990), η αντιμετώπιση των διατροφικών

συμπτωμάτων, η μεταβολή της στάσης απέναντι στη διατροφή και η ανάκτηση φυσιολογικού βάρους δεν διασφαλίζουν θετικό μακροπρόθεσμο θεραπευτικό αποτέλεσμα στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων. Για αυτό το λόγο τα τελευταία χρόνια η έρευνα έχει επεκταθεί στην αναζήτηση επιπλέον νοητικών παραγόντων, δηλαδή, αποκλίσεων και ιδιαιτεροτήτων στον τρόπο σκέψης των ασθενών, οι οποίες μπορεί να έχουν ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ως τέτοιοι, έχουν περιγραφεί, για παράδειγμα, η αίσθηση ελλιπούς ικανότητας ελέγχου (Sassaroli 2008), η νοητική ακαμψία (Tchanturia et al. 2004) και η τάση νοητικής επικέντρωσης σε λεπτομέρειες παρά στη συνολική εικόνα (Lopez et al. 2008).

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βασική συνιστώσα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ΔΠΤ και η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) την πλέον συνιστώμενη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (NICE 2004). Παρά την αδιαμφισβήτητη χρησιμότητά της, οι σχετικές μετα-αναλύσεις υποδεικνύουν πως η αποτελεσματικότητά της ΓΣΘ είναι περιορισμένη, ειδικά για την ψυχογενή ανορεξία, με μεγάλα ποσοστά υποτροπών (Fairburn 2003). Τα ανωτέρω καθώς και η αναγνώριση ορισμένων πρόσθετων μηχανισμών διατήρησης των διαταραχών αυτών, πέρα από την κοινή υπερεκτίμηση του περιορισμού της πρόσληψης τροφής, οδήγησαν στην ανάπτυξη ενός τροποποιημένου μοντέλου ΓΣΘ από τον Fairburn και τους συνεργάτες του (Fairburn 2008, Fairburn et al. 2009), το οποίο επιπλέον εντάσσει θεραπευτικές παρεμβάσεις για τέσσερις πρόσθετους μηχανισμούς διαίωξης της νόσου: την τελειοθηρία, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη δυσκολία στη ρύθμιση του συναισθήματος και τις διαπροσωπικές δυσκολίες. Παρότι οι τροποποιήσεις αυτές βελτίωσαν εν μέρει την κατανόηση των ΔΠΤ και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, η πολυπλοκότητα των διαταραχών αυτών και ο υψηλός βαθμός θεραπευτικής αποτυχίας ωθεί τους ερευνητές και τους κλινικούς στην αναζήτηση τρόπων περαιτέρω βελτίωσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων μέσω περαιτέρω ανάπτυξης των γνωσιακών μοντέλων (Agras, 2019). Στην ίδια κατεύθυνση με τα ανωτέρω, μία τέτοια πρόταση αποτελεί τα τελευταία έτη η επέκταση πέρα από το ίδιο το περιεχόμενο της σκέψης, δηλαδή, το «τί» το άτομο σκέφτεται, στο «πώς»,

δηλαδή στη διεργασία της σκέψης, η οποία αποτελεί και τη βασική έννοια της μεταγνωσιακής συλλογιστικής.

Η μελέτη της μεταγνωσιακής λειτουργίας μέχρι σήμερα περιλαμβάνει δύο ερευνητικές κατευθύνσεις, τη διερεύνηση των μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και της ικανότητας μεταγνωσιακής επεξεργασίας των βιωμάτων. Η πρώτη κατεύθυνση αφορά τις πεποιθήσεις των ατόμων για τις γνωσιακές και συναισθηματικές τους αντιδράσεις (π.χ. θετικές και αρνητικές πεποιθήσεις για την ανησυχία) ενώ η δεύτερη αναφέρεται στην ικανότητα αναστοχασμού (self-reflectiveness) και εκτίμησης των βιωμάτων από το ίδιο το άτομο. Κλινικό σύστοιχο της μεταγνωσιακής ικανότητας κατά μία ευρεία έννοια συνιστά η κλινική εναισθησία, δηλαδή η επίγνωση του νοσηρού (David et al. 2012). Αμφότερα τα πεδία έρευνας της μεταγνωσιακής λειτουργίας είναι ενδεχόμενο να αφορούν βασικά νοητικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Ο όρος μεταγνωσίες αναφέρθηκε πρώτα από τον Flavell (1979), ο οποίος τις περιέγραψε ως την επίγνωση του ατόμου για τις γνωσιακές του διεργασίες, ενώ λίγα χρόνια αργότερα ο Wells το 1999 περιέγραψε τις μεταγνωσίες ως γνωσιακούς παράγοντες οι οποίοι παρακολουθούν, ερμηνεύουν και ελέγχουν τη σκέψη. Η έννοια που αποδίδεται στο πρόθεμα «μέτα» είναι αυτή της «άνωθεν» ή αλλιώς «πέρα από». Σύμφωνα με τον Wells, αυτές διακρίνονται περαιτέρω στη μεταγνωσιακή γνώση, τις μεταγνωσιακές εμπειρίες και τις μεταγνωσιακές στρατηγικές, ενώ επιπλέον θεωρείται πως οι μεταγνωσίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τη συνείδηση και την επίγνωση της νοητικής κατάστασης του ατόμου (Koriat 2007).

Η διερεύνηση της σχέσης των μεταγνωσιών με τη ψυχοπαθολογία φαίνεται να είναι εκτεταμένη κατά την τελευταία δεκαετία, όπως αυτή αποτυπώνεται βιβλιογραφικά διεθνώς. Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες στη διαταραχή γενικευμένου άγχους, την κατάθλιψη, τη σχιζοφρένεια, τις ουσιοεξαρτήσεις, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η εκτεταμένη αυτή έρευνα έχει οδηγήσει σε διαπιστώσεις σχετικές με την παρουσία προβληματικών μεταγνωσιών λειτουργιών, όπως η θετική στάση απέναντι στην ανησυχία, ο

ιδεομηρυκασμός, η προσήλωση στα απειλητικά ερεθίσματα καθώς και δυσλειτουργικών στρατηγικών, όπως η συναισθηματική αποφυγή, η καταστολή της σκέψης και ο εμμονικός τρόπος σκέψης. Με βάση αυτά τα ευρήματα διαμορφώθηκαν ειδικές στρατηγικές θεραπευτικής παρέμβασης, όπως π.χ. η Μεταγνωσιακή Θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Wells & Colbear 2012) και την κατάθλιψη (Wells & Parageorgiou 2004). Παρά την αναγνώριση ότι η μεταγνωσιακή λειτουργία εμπλέκεται ενδεχομένως στην ανάπτυξη και τη διαιώνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής η αντίστοιχη μελέτη του ρόλου των μεταγνωσιών στο πεδίο αυτό είναι μέχρι σήμερα περιορισμένη.

Η εκτεταμένη έρευνα στον τομέα της εναισθησίας στη σχιζοφρένεια και γενικότερα τις ψυχώσεις οδήγησε στην αντίληψη πως η εναισθησία δεν αποτελεί ένα ενιαίο αλλά ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η αναγνώριση της παρουσίας της ψυχικής νόσου, η αναγκαιότητα για λήψη θεραπείας και η συμμόρφωση σε αυτήν και τέλος, η αναγνώριση των ψυχολογικών συμπτωμάτων και η απόδοσή τους στη νόσο (Amador et al. 1993). Τόσο η αναγνώριση των συμπτωμάτων όσο και η απόδοσή τους στη νόσο, προϋποθέτουν την ικανότητα του ασθενούς για αναστοχασμό και την επανεκτίμηση και πιθανή διόρθωση λανθασμένων αρχικών εκτιμήσεων, διαδικασίες οι οποίες σαφώς άπτονται των μεταγνωσιακών ικανοτήτων του ατόμου (Beck 2004). Αντιστοίχως, το φαινόμενο της εναισθησίας μπορεί να μελετηθεί σε δύο επίπεδα, της κλινικής εναισθησίας (επίγνωση του νοσηρού) και της γνωσιακής εναισθησίας (μεταγνωσιακή επεξεργασία των βιωμάτων) (Beck 2004).

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, οι κλινικοί που ασχολούνται με ασθενείς που πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής συχνά περιγράφουν άλλοτε άλλο βαθμό έλλειψης εναισθησίας ή ακόμα και την ίδια την απόλυτη άρνηση της νόσου, γεγονός που συμβάλλει σε δυσκολίες στην αξιολόγηση των ασθενών αυτών, στην αποφυγή της ίδιας της θεραπείας, καθώς και στην ελλιπή σύμπλευση σε αυτήν, με τελικό αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας της θεραπείας και υποτροπών (Fassino et al. 2009, Kaplan & Garfinkel 1999, Vandereycken 2006).

2. Η Εξέλιξη των γνωσιακών ψυχοθεραπειών για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βασική συνιστώσα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ΔΠΤ μαζί με την τροποποίηση της στάσης του ατόμου απέναντι στη διατροφή και την ανάκτηση του σωματικού βάρους. Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) την πλέον συνιστώμενη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (NICE 2004). Παρ' όλα αυτά η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία ιδιαίτερα, περιγράφεται πως είναι τουλάχιστον μέτρια, στην καλύτερη περίπτωση, με τα ποσοστά ύφεσης να ποικίλλουν από μελέτη σε μελέτη και να κυμαίνονται μεταξύ 25% και 70% (Steinhausen 2002, Lowe et al. 2001, Eckert et al. 1995, Strober 1980). Τα υψηλότερα ποσοστά έχουν βρεθεί σε δείγματα εφήβων, πιθανώς λόγω της μικρής χρονικής διάρκειας της διαταραχής σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Οι μελέτες που πραγματοποιούνται σε πληθυσμούς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής επηρεάζονται από πολυάριθμους περιορισμούς. Αυτοί περιλαμβάνουν: τα περιορισμένα μεγέθη δειγμάτων, τα υψηλά ποσοστά εξόδου των ασθενών από τη μελέτη, τις ανεπαρκείς διαδικασίες τυχαιοποίησης των ασθενών, την πολυδιάστατη φύση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και την ασάφεια ορισμού σταδίων της νόσου, παράγοντες που συνολικά συνηγορούν υπέρ μίας ατελούς μεθοδολογίας (Guarda 2008, Bulik et al. 2007, Mahon 2000). Παρ' όλα αυτά, η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα φαίνεται να αποτελεί μία δημοφιλή επιλογή θεραπείας για ενήλικες ασθενείς με ΔΠΤ (Roth et al. 2005). Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός πως η ΓΣΘ αποτελεί μία γενικά δημοφιλή ψυχοθεραπεία για ένα πλήθος ψυχικών διαταραχών, καθώς και στο γεγονός πως η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ για την ψυχογενή βουλιμία έχει καλά εδραιωθεί (Wilson et al. 2002).

Οι απαρχές της γέννησης της γνωσιακής συλλογιστικής για την ψυχογενή ανορεξία μπορούν να αναχθούν ήδη στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις της Bruch. Παρά το γεγονός πως η Bruch ήταν ψυχαναλυτικού θεωρητικού προσανατολισμού, εκείνη τόνισε πρώτη την αξία του τρόπου σκέψης αυτών των ασθενών. Τόνισε για παράδειγμα την ύπαρξη της «παραλυτικής αίσθησης ανεπάρκειας που διαπερνά

κάθε σκέψη και δραστηριότητα αυτών των ασθενών» (Bruch 1973). Τις ιδέες της Bruch στη συνέχεια επεξεργάστηκαν περαιτέρω οι Garner και Bermis σε δύο άρθρα (Garner & Bermis, 1982, Garner & Bermis 1985) στα οποία περιγράφησαν οι εφαρμογές στην ψυχογενή ανορεξία των βασικών αρχών της γνωσιακής θεωρίας και θεραπείας σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο θεραπείας της κατάθλιψης όπως αυτό περιγράφηκε από τον Beck. Με βάση τη γνωσιακή συλλογιστική αυτών των άρθρων οι Vitousek και συνεργάτες εκπόνησαν μια σειρά από άρθρα που έχουν επικεντρωθεί σε διάφορους παράγοντες, όπως: ο ρόλος της επεξεργασίας των πληροφοριών (Vitousek & Holon 1990), η αναπαράσταση του εαυτού (Vitousek & Ewald 1993), τα κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Vitousek & Manke 1994) και το κίνητρο των ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής (Vitousek et al. 1998). Διάφοροι ερευνητές-συγγραφείς έχουν επικαιροποιήσει και εν μέρει τροποποιήσει κατά καιρούς το μοντέλο αυτό διατηρώντας την κεντρική του παραδοχή ότι οι ακραίες έντασης ανησυχίες σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος είναι το κύριο χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών (Wolff & Serpell 1998). Σε αυτό το πλαίσιο ήταν σημαντική και η συμβολή της ανάλυσης του Slade σχετικά με τον σπουδαίο ρόλο της ανάγκης για έλεγχο τόσο στην ανάπτυξη όσο και στη διατήρηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η ανάγκη αυτή εκφράζεται μέσω του περιορισμού της τροφής η οποία με τη σειρά της ενισχύει θετικά την αίσθηση επιτυχίας και την αυτοεκτίμηση, ενώ ενισχύει αρνητικά μέσω του φόβου για ενδεχόμενη αύξηση του βάρους και συντελεί στην αποφυγή των άλλων προκλήσεων της καθημερινότητας (Slade 1982).

Στη συνέχεια, οι Fairburn, Zafra και Cooper το 1999 (Fairburn et al. 1999) επεσήμαναν σε άρθρο τους επιπλέον παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην ανάπτυξη και διατήρηση της εκάστοτε διαταραχής πρόσληψης τροφής, αποδίδοντας μεγάλη σημασία στην ανάγκη για έλεγχο που εκδηλώνεται μέσα από τον έλεγχο της πρόσληψης τροφής στο πλαίσιο της τελειοθρίας και της αίσθησης αναξιότητας του ατόμου (Fairburn et al. 1999). Οι ίδιοι οι συγγραφείς αναφέρουν πως αυτό που τους οδήγησε στην ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου ήταν πως αυτή η ανάγκη για έλεγχο της πρόσληψης τροφής δεν κατείχε σημαντική θέση στα προηγούμενα μοντέλα. Θεωρώντας το γνωσιακό μοντέλο των Garner και Bermis πολύπλοκο στην πράξη

θεώρησαν πως ένα επικαιροποιημένο, δομημένο και απλούστερο μοντέλο που εστιάζει στην ανάγκη για έλεγχο της πρόσληψης τροφής θα ήταν πιο εύκολο στην εφαρμογή του, όσο και αποτελεσματικό. Σημείωναν δε, πως η θεραπεία θα πρέπει να εστιάζει στο θέμα του ελέγχου και στις περιπτώσεις που υπάρχουν δυσκολίες στην εφαρμογή της να διευρύνεται σε επιπλέον παράγοντες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, τη δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων, αλλά και τις οικογενειακές συγκρούσεις, όπως πρότειναν οι Garner και Bermis.

Το μοντέλο των Fairburn, Zafran και Cooper (Fairburn et al. 1999) αναφέρεται σε δύο διακριτές περιόδους, την περίοδο έναρξης και την περίοδο παράτασης της διαταραχής. Στην πρώτη, εστιάζει στην προϋπάρχουσα αίσθηση αναποτελεσματικότητας και τελειοθρίας του ατόμου. Η ανάγκη για έλεγχο στρέφεται αρχικά σε άλλες δραστηριότητες, όπως οι ακαδημαϊκές ή οι αθλητικές επιδόσεις, αλλά τελικά καταλήγει στον έλεγχο της πρόσληψης τροφής. Η στάση αυτή επηρεάζει αντίστοιχα και τη στάση του περιβάλλοντος του ασθενούς. Εάν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία, ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής έχει άμεσο αντίκτυπο στην ελαχιστοποίηση του φόβου ωρίμανσης. Αν το άτομο ήταν αρχικά υπέρβαρο το περιβάλλον αρχικά ενισχύει θετικά τον περιορισμό της τροφής από το πάσχον μέλος. Στη δεύτερη περίοδο, ο περιορισμός της τροφής πάλι κατέχει εξέχουσα θέση. Ενισχύει την αίσθηση του ατόμου πως διατηρεί τον έλεγχο. Το άτομο λαμβάνει σημαντική θετική ενίσχυση από το αίσθημα επιτυχίας το οποίο το κυριεύει και με αυτόν τον τρόπο λαμβάνει ισχυρότατη ενίσχυση της επάρκειας και της αυτοεκτίμησής του. Σε αυτό το μοντέλο άλλα σημαντικά θέματα της ζωής όπως οι σχέσεις με τους άλλους παραβλέπονται.

Ο ίδιος ο υποσιτισμός ενισχύει περαιτέρω τον περιορισμό της τροφής. Το φυσιολογικό για τους άλλους αίσθημα της πείνας βιώνεται τελικά ως απειλή για το άτομο το οποίο αισθάνεται πως κινδυνεύει να απολέσει τον έλεγχο και να καταναλώσει τροφή. Ο κορεσμός από την άλλη ενισχύει την αίσθηση της αναποτελεσματικότητας. Ταυτόχρονα, ο υποσιτισμός προκαλεί δυσκολίες στη συγκέντρωση και ακόμα μεγαλύτερη στένωση του πεδίου της προσοχής καθώς και των ενδιαφερόντων. Η υπερβολική ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος ενισχύουν ακόμα περισσότερο τον περιορισμό της τροφής. Αυτός ο

μηχανισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί μία ακραία έκφανση των σύγχρονων δυτικών πολιτισμικών αντιλήψεων για το σχήμα και το βάρος και την υπεραξία της ισχύτητας. Η ανάγκη για έλεγχο εκφράζεται μέσω συνεχών τελετουργιών όπου η παραμικρή μεταβολή (π.χ. στις ενδείξεις του βάρους στη ζυγαριά, στους πόντους, στην αίσθηση ενός ρούχου στο σώμα, στην όψη στον καθρέφτη) οδηγεί σε καταστροφολογία από το πάσχον μέλος (Fairburn et al. 1999).

Παρά την αδιαμφισβήτητη χρησιμότητα της στην κλινική εφαρμογή, οι σχετικές μετα-αναλύσεις υποδεικνύουν πως παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά υποτροπών (Fairburn 2003), ειδικότερα στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Το τροποποιημένο μοντέλο ΓΣΘ από τον Fairburn και τους συνεργάτες του (Fairburn 2008, Fairburn et al. 2009), χαρακτηρίζεται από την ένταξη τεσσάρων επιπρόσθετων σημείων παρέμβασης, τα οποία αφορούν σε μηχανισμούς διαίτησης της νόσου: την τελειοθρία, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη δυσκολία στη ρύθμιση του συναισθήματος και τις διαπροσωπικές δυσκολίες. Επιπρόσθετα, έχει σχεδιαστεί με μία δια-διαγνωστική συλλογιστική η οποία τοποθετεί ως στόχο της θεραπείας την ίδια την πυρηνική ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών (δηλαδή την υπεραξιολόγηση της σημασίας του σχήματος και του βάρους του σώματος), αντί να εστιάζει στις ειδοποιούς διαφορές της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Στην τελική του μορφή, το γενικό θεωρητικό μοντέλο μπορεί να προσαρμοστεί στην εκάστοτε περίπτωση, ανάλογα με την εξατομικευμένη διαμόρφωση των παραγόντων και διαδικασιών που συντηρούν και διαιωνίζουν τη διαταραχή.

Παρά την εξέλιξη στην κατανόηση και τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, στην πράξη η εγωσυντονική φύση της διαταραχής φέρει μαζί της πολλά εμπόδια κατά τη διεξαγωγή της θεραπείας. Οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά άλλοτε άλλα επίπεδα εμπλοκής στη θεραπεία (Cooper 2005). Η αμφιθυμία που τους χαρακτηρίζει υπονομεύει όχι μόνο την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς τους (Gale et al. 2006) αλλά και την ίδια τη συνέχιση της θεραπείας (Mahon 2000). Συχνά, είναι η πίεση από τα μέλη της οικογένειας ή φίλους και όχι τα προσωπικά κίνητρα, που πείθουν άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής να διερευνήσουν την πιθανότητα να προσέλθουν στη θεραπεία (Vitousek et al 1998). Αλλά ακόμα και

αν τελικά έχουν αναπτυχθεί προσωπικά κίνητρα, αυτά πολύ συχνά είναι ατελή, όπως συμβαίνει στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία οι οποίες πολλές φορές προσέρχονται στη θεραπεία με αίτημα την απαλλαγή από τα βουλιμικά επεισόδια, διατηρώντας όμως την ισχυρόεφεση και την προσπάθεια για περιορισμό της προσλαμβανόμενης τροφής ακέραια. Η δυσκολία στη σύμπλευση, η αμφιθυμία ή ακόμα και η αντίσταση στην αλλαγή κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυξάνει δυστυχώς την πιθανότητα διακοπής της.

3. Εισαγωγή στη Μεταγνωσιακή λειτουργία

3.1. Εισαγωγή στην έννοια των Μεταγνωσιών

Οι μεταγνωσίες έχουν περιγραφεί όπως είδαμε παραπάνω (Wells 1995) ως νοητικοί παράγοντες οι οποίοι παρακολουθούν, ερμηνεύουν και ασκούν έλεγχο στη σκέψη και διακρίνονται θεωρητικά σε τρεις ευρείες κατηγορίες: τη μεταγνωσιακή γνώση, τις μεταγνωσιακές εμπειρίες και τις μεταγνωσιακές στρατηγικές. Η έρευνα αναφορικά με τις μεταγνωσίες έχει αναπτυχθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε διάφορους τομείς της ψυχολογίας, όπως για παράδειγμα η αναπτυξιακή και η πειραματική, αλλά αυτό έχει συμβεί ιδιαίτερος στον τομέα της κλινικής ψυχολογίας. Η έρευνα σχετικά με τις μεταγνωσίες είναι εκτεταμένη, λόγω του γεγονότος ότι αυτή η λειτουργία είναι αναπόφευκτα συνδεδεμένη με τη συνείδηση και επίγνωση των νοητικών καταστάσεων (Koriat, 2007). Οι διαδικασίες της σκέψης σύμφωνα με τον Wells θα μπορούσαν να παρομοιαστούν με τη δραστηριότητα μιας μουσικής ορχήστρας, όπου τα διάφορα νοητικά φαινόμενα αντιστοιχούν με την παρουσία πληθώρας μουσικών οργάνων. Προκειμένου να αναπαραχθεί ένα αποδεκτό, οργανωμένο αποτέλεσμα είναι απαραίτητη η παρουσία ενός υπεύθυνου μαέστρου που θα ενορχηστρώσει και θα παρακολουθεί την εξέλιξη της εκτέλεσης του έργου, τροποποιώντας αυτήν όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Οι μεταγνωσίες λειτουργούν σε αντιστοιχία ως ο μαέστρος της σκέψης. Σε μια πιο απλουστευμένη απόδοση, οι μεταγνωσίες έχουν περιγραφεί ως οι γνωσίες που αναφέρονται στις ίδιες τις γνωσίες. Παρακολουθούν, ελέγχουν και

αξιολογούν τα παραγόμενα νοητικά φαινόμενα και τη διαδικασία της ενημερότητας της σκέψης (Wells 2008).

Για τους περισσότερους, η όποια πιθανή συναισθηματική δυσφορία είναι παροδική καθώς στην πράξη μαθαίνουμε να υιοθετούμε τρόπους να αντιμετωπίζουμε τις αρνητικές γνώσεις (δηλαδή, τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις) οι οποίες είναι αναμενόμενα αυτόχθονα παράγωγα του νου. Η μεταγνωσιακή προσέγγιση βασίζεται στην ιδέα ότι οι άνθρωποι εγκλωβίζονται σε μία διαταραχή, καθώς η μεταγνωσιακή τους λειτουργία δεν τους επέτρεψε να ακολουθήσουν ένα λειτουργικό σχέδιο αυτορρύθμισης προκειμένου να ανταποκριθούν στις εσωτερικές εμπειρίες, παρά τους εγκλώβισε σε νοητικές διεργασίες, οι οποίες με τη σειρά τους διατηρούν και ενισχύουν το αρνητικό συναίσθημα και τις αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις για τον εαυτό.

Η Μεταγνωσιακή Θεραπεία (ΜΓΘ) (Wells 2011) βασίζεται στην αρχή ότι η μεταγνωσιακή λειτουργία είναι κομβικής σημασίας για την κατανόηση της λειτουργίας της νόησης και τη δημιουργία των συνειδητών εμπειριών που έχουμε για τον εαυτό μας και τον περιβάλλοντα κόσμο μας. Η μεταγνωσιακή λειτουργία διαμορφώνει τα πεδία στα οποία εστιάζουμε την προσοχή μας και ως αποτέλεσμα και τους παράγοντες που με αυτόν τον τρόπο γίνονται συνειδητοί. Διαμορφώνει επίσης εκτιμήσεις, απόψεις, επιρροές, καθώς και τα είδη των στρατηγικών που χρησιμοποιούνται ώστε να ρυθμιστούν οι σκέψεις και τα συναισθήματα (Wells 2008). Η αρχική ανάπτυξη ενός μοντέλου βασισμένου στη μεταγνωσιακή θεραπεία αφορούσε στο ρόλο των μεταγνωσιών στην αιτιολογία και την διαίωνιση της διαταραχής γενικευμένου άγχους. (Wells, 1995, 1999).

Μια από τις βασικές αρχές της κλασικής Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ) είναι πως η δυσλειτουργία στο επίπεδο των γνώσεων, δηλαδή των σκέψεων και των πεποιθήσεων είναι αυτή που προδιαθέτει σε μία ψυχολογική διαταραχή αλλά και οδηγεί στη διαίωνιση αυτής. Η προσέγγιση της ΓΣΘ σε ό,τι αφορά την παρουσία της εκάστοτε ψυχολογικής διαταραχής συνίσταται στο ότι δεν είναι τα ίδια τα γεγονότα που προκαλούν το πρόβλημα, αλλά ο τρόπος με τον οποίο τα γεγονότα αυτά ερμηνεύονται. Με αυτόν τον τρόπο η ΓΣΘ εστιάζει στις ερμηνείες

που οι άνθρωποι αποδίδουν στις εμπειρίες τους, εσωτερικές και εξωτερικές. Υποθέτοντας ότι το πρόβλημα έγκειται στις εσφαλμένες και στρεβλές απόψεις για τον εαυτό και τον κόσμο, ασχολείται με την τροποποίηση και του περιεχομένου της σκέψης και του βαθμού βεβαιότητας του ατόμου για την ορθότητά τους.

Η ΜΓΘ είναι σε απόλυτη συμφωνία με αυτήν τη συλλογιστική, καθιστώντας την και αυτή μία γνωσιακή θεραπεία. Διαφοροποιείται από τις προηγούμενες προσεγγίσεις στο ότι προσδιορίζει ένα ιδιαίτερο πεδίο των σκέψεων και των πεποιθήσεων ως υπαίτιο για την εμφάνιση και διαίωνιση των διαταραχών. Τόσο στη ΓΣΘ όσο και στη ΜΓΘ, το περιεχόμενο των σκέψεων και των πεποιθήσεων είναι αυτό που καθορίζει τον τύπο της ψυχικής διαταραχής, εάν αυτή εμφανιστεί. Για παράδειγμα, οι σκέψεις του ατόμου σχετικά με τον κίνδυνο μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση μίας αγχώδους διαταραχής, ενώ οι σκέψεις αυτο-υποτίμησης μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Παρ' όλα αυτά η ΜΓΘ τοποθετείται μερικώς τροποποιημένα ως προς την άποψη αυτή, με το βασικό ισχυρισμό πως όλοι οι άνθρωποι εμφανίζουν αντίστοιχες σκέψεις αλλά το γεγονός πως αυτές είναι κατά κανόνα παροδικές υποδεικνύει την περιορισμένη σημασία του περιεχομένου της σκέψης. Αντίθετα, προτείνει ως καθοριστικής σημασίας άλλους νοητικούς παράγοντες και διεργασίες που μπορεί να οδηγούν το άτομο σε έναν τρόπο σκέψης ο οποίος χαρακτηρίζεται από τη διαρκή και επαναλαμβανόμενη παρουσία σκέψεων, πεποιθήσεων και λανθασμένων στρατηγικών αντιμετώπισης (Wells 1995).

Στη ΜΓΘ οι πεποιθήσεις θεωρούνται ως τα προϊόντα των μεταγνωσιακών λειτουργιών οι οποίες δημιουργούν πρότυπα εστίασης της προσοχής και οδηγούν με αυτόν τον τρόπο επανειλημμένα στη δημιουργία παρόμοιων σκέψεων ή μέσω της λειτουργίας της προσοχής στην υπερβολική εστίαση σε αυτές τις σκέψεις. Ως αποτέλεσμα αυτής της προσέγγισης τόσο οι ίδιες οι μεταγνωσίες όσο και ο τρόπος σκέψης θα πρέπει να διερευνηθούν και τροποποιηθούν στο πλαίσιο της θεραπείας. Με τον γενικό όρο λοιπόν μεταγνωσίες περιγράφεται μια σειρά από αλληλένδετους παράγοντες που αποτελούνται από οποιαδήποτε γνώση ή νοητική διαδικασία εμπλέκεται στην ερμηνεία, παρακολούθηση ή έλεγχο της νοητικής λειτουργίας. Στις ενότητες που ακολουθούν θα αναφερθούμε στις τρεις βασικές κατηγορίες μεταγνωσιών.

3.2 Μεταγνωσιακή γνώση (Metacognitive knowledge)

Ιδιαίτερα διαδεδομένος όρος στη σχολική ψυχολογία, ο όρος μεταγνωσιακή γνώση αναφέρεται γενικότερα στη γνώση ή τις πεποιθήσεις που το άτομο έχει αποκτήσει σχετικά με τους παράγοντες οι οποίοι δρουν, ή αλληλεπιδρούν προκειμένου να επηρεάσουν την πορεία και το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ιδίου με τους στόχους και τις στρατηγικές του, ή αλλιώς στις πεποιθήσεις και τις θεωρίες τις οποίες το άτομο έχει αναπτύξει οι οποίες αφορούν στη δική του σκέψη ή ακόμα και στους άλλους όπως τους αντιλαμβάνεται ως γνωσιακά όντα (Flavell 1979). Σε μία άλλη απόδοση του όρου, η μεταγνωσιακή γνώση αποτελεί το σύνολο των πεποιθήσεων που το άτομο έχει αναπτύξει. Για παράδειγμα, αυτή η γνώση συμπεριλαμβάνει πεποιθήσεις του ατόμου για συγκεκριμένους τύπους σκέψεων καθώς και πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τις νοητικές του λειτουργίες, όπως η μνήμη ή η συγκέντρωσή του, τον τρόπο λειτουργίας αυτών, ή την εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους (Miler, 1985). Αν κάποιος, για παράδειγμα, θεωρεί πως δεν συγκρατεί εύκολα ορισμένες λεπτομέρειες, μπορεί να εστιάζει την προσοχή του στο να καταβάλλει περισσότερη προσπάθεια ώστε να τις συγκρατεί. Ή και το αντίστροφο, κάποιος ο οποίος θεωρεί πως είναι καλός στο να συγκρατεί λεπτομέρειες, μπορεί να καταβάλλει μικρότερη προσπάθεια για αυτόν το σκοπό. Ως άλλο παράδειγμα, αν κάποιος θεωρεί πως η παρουσία ορισμένων σκέψεων είναι επιβλαβής, η παρουσία τέτοιων σκέψεων ασφαλώς επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά συναισθηματικά στις σκέψεις αυτές. Όπως γίνεται αντιληπτό, η μεταγνωσιακή γνώση μπορεί είτε να είναι είτε ορθή είτε εσφαλμένη, καθώς το άτομο μπορεί να υποτιμά ή να υπερεκτιμά την αξία σκέψεων ή δυνατοτήτων του. Η διαμόρφωση της μεταγνωσιακής γνώσης επέρχεται βιωματικά μέσα από τη συμμετοχή του ατόμου σε μεταγνωσιακές εμπειρίες του παρελθόντος. Σύμφωνα με τη μεταγνωσιακή θεωρία υπάρχουν δύο τύποι μεταγνωσιακής γνώσης: α) η ρητή, δηλωτική γνώση (explicit knowledge) η οποία είναι εύκολα προσβάσιμη και μπορεί να αποδοθεί λεκτικά και β) η σιωπηρή, διαδικαστική γνώση (implicit knowledge) η οποία δεν είναι εύκολα προσβάσιμη και δεν αποδίδεται λεκτικά (Wells 2000, Wells & Matthews 1994).

Ρητή γνώση είναι εκείνη που μπορεί να εκφραστεί λεκτικά, όπως για παράδειγμα φαίνεται από τις φράσεις «η ανησυχία μπορεί να προκαλέσει καρδιακή προσβολή», ή «αν εστιάσω στον κίνδυνο και είμαι πιο προσεκτικός θα αποφύγω τις συνέπειες». Η σιωπηρή γνώση δεν είναι άμεσα λεκτικά προσβάσιμη. Μπορεί κάποιος να τη φανταστεί ως το σύνολο των κανόνων ή αλγορίθμων που χρησιμοποιούνται προκειμένου να καθοδηγηθεί η σκέψη, όπως είναι οι παράγοντες που ελέγχουν την εστίαση της προσοχής, της αναζήτησης της μνήμης και της χρήσης ευρετικών κανόνων προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα και να παρθούν αποφάσεις. Στην ουσία, θα μπορούσε κάποιος να πει πως η σιωπηρή, διαδικαστική γνώση συμπεριλαμβάνει κατά μία έννοια το σύνολο των δεξιοτήτων της σκέψης του ατόμου.

Στο πλαίσιο αναφοράς μας στις μεταγνωσιακές γνώσεις, θα περιγράψουμε ακροθιγώς την παρουσία δύο ειδών πεποιθήσεων οι οποίες θα αναλυθούν εκτενέστερα σε επόμενη ενότητα: τις θετικές και τις αρνητικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις. Οι θετικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις αναφέρονται στα προσδοκόμενα από το άτομο οφέλη ή τα πλεονεκτήματα της συμμετοχής του ατόμου στις εκάστοτε νοητικές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα φαίνεται από τη σκέψη «ανησυχώντας για το τί μπορεί να συμβεί αποφεύγω τον κίνδυνο». Οι αρνητικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις αφορούν την ειδική σημασία, την επικινδυνότητα και το αίσθημα απώλειας ελέγχου την οποία μπορεί να συνεπάγονται ορισμένες σκέψεις ή εμπειρίες, όπως φαίνεται από το παράδειγμα «αν έχω βίαιες σκέψεις, κάποια φορά μπορεί να χάσω τον έλεγχο και να τις πραγματοποιήσω» φαινόμενο το οποίο συχνά απαντάται σε ορισμένους ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Στη μεταγνωσιακή θεραπεία δίδεται ιδιαίτερη αξία στην παρουσία αυτών των πεποιθήσεων καθώς οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις αποτελούν σημείο κλειδί για τον τρόπο που το άτομο ανταποκρίνεται στις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα του (Wells 2009). Αποτελούν την κινητήριο δύναμη πίσω από τον δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης που προκαλεί τη συναισθηματική δυσφορία και με αυτόν τον τρόπο η παρουσία τους παρατείνει τη διαταραχή.

3.3 Μεταγνωσιακές εμπειρίες (Metacognitive Experiences)

Οι μεταγνωσιακές εμπειρίες αφορούν τις συνειδητές νοητικές ή συναισθηματικές εμπειρίες οι οποίες συνοδεύουν ή σχετίζονται με κάποιο νοητικό φαινόμενο (Flavel 1979), δηλαδή αφορούν συγκεκριμένα εκείνα τα αντικείμενα μεταγνωσιακής γνώσης τα οποία έχουν εισέλθει στη συνείδηση. Στην ίδια κατεύθυνση με αυτόν τον αρχικό ορισμό, έχουν περιγραφεί και ως οι εκτιμήσεις και τα συναισθήματα που τα άτομα έχουν για την ψυχική τους κατάσταση (Wells 1995). Σε αντίθεση με τη μεταγνωσιακή γνώση, βρίσκονται πολύ πιο κοντά στην πραγματική νοητική επεξεργασία από χρονικής άποψης και είναι παρούσες στη βραχύχρονη μνήμη. Όπως έχει περιγράψει ο Flavel (1979), έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ίδια τη διεργασία της σκέψης και την επιλογή στρατηγικής. Παράδειγμα αποτελεί η αρνητική ερμηνεία την οποία αποδίδουν οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή για την ψυχική τους κατάσταση, η οποία προέρχεται από την όχλησή τους από τις ιδεοληψίες. Η ανησυχία για την ίδια την ανησυχία που είναι ένα χαρακτηριστικό της διαταραχής γενικευμένου άγχους είναι ένα άλλο παράδειγμα μεταγνωσιακής εμπειρίας, όπως είναι και οι παρερμηνείες που αναφέρονται από τους ασθενείς με διαταραχή πανικού όταν πιστεύουν πως είναι έτοιμοι να χάσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους ή του μυαλού τους.

Στη ΜΓΘ, οι αρνητικές αξιολογήσεις των συναισθημάτων και των σκέψεων συμβάλλουν στην αίσθηση απειλής και στην προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει τη σκέψη του (Wells 2011). Συχνά, αυτές οι υποκειμενικές μεταγνωσιακές εμπειρίες διαμορφώνονται με δυσλειτουργικό τρόπο και παραμένουν δυσλειτουργικές και άρα μη ενδεδειγμένες. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή οποίος πάσχει από ιδεοληπτικές σκέψεις ότι θα μπορούσε να χάσει τον έλεγχο του μυαλού του και να διαπράξει φόνο μπορεί να επικεντρωθεί στην προσπάθεια για ενδελεχή ανάλυση της μνήμης του για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα προκειμένου να επιβεβαιώσει πως δεν έχει πράξει κάτι τέτοιο. Σε αυτήν την περίπτωση, τυχόν κενά στην λεπτομερή αυτή αποτύπωση που θα επιχειρήσει, ενδεχομένως να παρερμηνευθούν από τον ίδιο ως διαστήματα κατά τη διάρκεια των οποίων θα μπορούσε να είχε διαπράξει αυτήν την αποτρόπαιη πράξη. Σε αυτό

το παράδειγμα, η εκτίμηση για την κατάσταση της μνήμης του ατόμου (μεταγνωσιακή εμπειρία) συντελεί στη διατήρηση του συναισθήματος του άγχους και την ενίσχυση των ίδιων των ιδεοληψιών.

3.4 Μεταγνωσιακές στρατηγικές (Metacognitive strategies)

Ο όρος αυτός αφορά τις διαδικασίες ή στρατηγικές οι οποίες εφαρμόζονται σκοπίμως από το άτομο και αποσκοπούν στον έλεγχο και την τροποποίηση των νοητικών φαινομένων αλλά και της συμπεριφοράς εν τέλει, στο πλαίσιο της συναισθηματικής και γνωσιακής αυτορρύθμισης,. Αφορούν τον έλεγχο των νοητικών διεργασιών, σε αντιδιαστολή με τις προαναφερθείσες μεταγνωσιακή γνώση και μεταγνωσιακές εμπειρίες οι οποίες αποτελούν εκφάνσεις της διεργασίας παρακολούθησης των νοητικών διεργασιών. Όπως είναι αντιληπτό, οι στρατηγικές που επιλέγονται μπορεί να επιτείνουν, να περιορίζουν ή να τροποποιούν τη φύση των νοητικών δραστηριοτήτων (Wells 2009a, Wells 2009b). Επιπλέον ζήτημα αποτελεί το χρονικό σημείο εκείνο κατά το οποίο το άτομο επιλέγει να υιοθετήσει μεταγνωσιακές στρατηγικές, ως αντίδραση σε εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Μερικές από αυτές τις στρατηγικές έχουν ως στόχο τη μείωση της έντασης σκέψεων ή αρνητικών συναισθημάτων τροποποιώντας τις πτυχές της νοητικής λειτουργίας. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να εστιάσει την προσοχή του προς μία ενδεχόμενη απειλή σε μια προσπάθεια να προετοιμασθεί, ή μπορεί να προσπαθήσει να καταστείλει δυσάρεστες σκέψεις, να προσπαθήσει να ενεργοποιήσει θετικές σκέψεις, ή να επιχειρήσει να απομονώσει το αρνητικό συναίσθημα.

Στο πλαίσιο της παρουσίας ψυχικών διαταραχών, η συνήθης υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς είναι πως δεν διατηρεί πλέον τον έλεγχο των νοητικών φαινομένων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πλέον συνηθισμένες στρατηγικές να είναι αυτές που αφορούν την προσπάθεια για έλεγχο της σκέψης. Οι προσπάθειες αυτές τείνουν να είναι αντιπαραγωγικές, τουλάχιστον μακροπρόθεσμα. Περιλαμβάνουν τις προσπάθειες να κατασταλούν ορισμένες σκέψεις, να υπεραναλυθούν εμπειρίες ώστε να βρεθούν απαντήσεις, ή να προβλεφθεί το τί μπορεί να συμβεί στο μέλλον, έτσι ώστε να αποφευχθούν ενδεχόμενες προβληματικές καταστάσεις και να

αποφευχθούν ενδεχόμενοι κίνδυνοι. Οι στρατηγικές αυτές εξαρτώνται απόλυτα από τη μεταγνωσιακή γνώση και τη μεταγνωσιακή εμπειρία και συνδυάζονται με αυτές προκειμένου να διαμορφωθεί ένα εσωτερικό σύστημα με βάση το οποίο το άτομο αντιδρά σε γνωσιακό και συναισθηματικό επίπεδο.

3.5 Η αντίληψη της εσωτερικής πραγματικότητας - αναστοχαστική ικανότητα

Τα διάφορα νοητικά φαινόμενα, όπως για παράδειγμα οι σκέψεις ή οι πεποιθήσεις, κατά κανόνα δεν αντιμετωπίζονται ως διακριτά γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στο νου και άρα δεν θεωρούνται ως ξεχωριστά αντικείμενα του εσωτερικού μας κόσμου. Αντιθέτως, βιώνονται από το άτομο αυτόματα όπως τα νοητικά φαινόμενα συντήκονται με την εξωτερική ή εσωτερική πραγματικότητα. Καθώς μέσω αυτών των φαινομένων γίνονται αντιληπτές τόσο η εξωτερική όσο και η εσωτερική πραγματικότητα, αυτές ενεργούν ως φίλτρο που επηρεάζει την εσωτερική αναπαράσταση της πραγματικότητας, και έτσι διακριτά νοητικά φαινόμενα όπως οι σκέψεις ή οι πεποιθήσεις δεν διακρίνονται από την άμεση εμπειρία του ίδιου του εαυτού και του κόσμου.

Αυτή η λειτουργία μπορεί να αντιπαραβληθεί με τη μεταγνωσιακή λειτουργία σύμφωνα με την οποία οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις μπορούν να παρατηρηθούν συνειδητά ως γεγονότα ξεχωριστά από τον εαυτό και τον κόσμο (Wells 2008). Αυτά τα νοητικά γεγονότα είναι απλώς κάποια μορφή εσωτερικής αναπαράστασης και χαρακτηρίζονται από ποικίλο βαθμό ακρίβειας και εγκυρότητας. Σε αυτή τη λειτουργία η σχέση του ατόμου με τα διάφορα νοητικά φαινόμενα θα μπορούσε να είναι αυτή ενός παρατηρητή ο οποίος τις παρατηρεί ως μέρος μιας ευρύτερης πολύπλευρης συνειδητής εμπειρίας.

Σε συνέχεια αυτού του σκεπτικού ανήκει και η κατάσταση που περιγράφεται με τον όρο «αποστασιοποιημένη ενσυνειδητότητα - detached mindfulness» ο οποίος αναφέρεται στην αντικειμενική συνειδητοποίηση και παρατήρηση μιας σκέψης ή πεποίθησης, ενώ ο όρος detached αναφέρεται σε δύο παράγοντες: α) την απεμπλοκή της νοητικής ή άλλης δραστηριότητας ως απάντηση στην παρουσία της σκέψης και β) τον διαχωρισμό της συνειδητής εμπειρίας του εαυτού από τη σκέψη

αυτή. Με αυτόν τον τρόπο, μια αρνητική σκέψη ή πεποίθηση μπορεί να παρατηρηθεί ως υφιστάμενη έξω από τα όρια του εαυτού και άρα να μπορεί ακόμα και να θεωρηθεί άνευ σημασίας για την αυτορρύθμιση. Το άτομο δεν είναι πλέον αναγκασμένο να καθορίζει τον εαυτό του ή να ερμηνεύει τον κόσμο του με αναφορά σε αυτή. Όπως περιέγραψε ο Wells, η διαδικασία αυτή δεν έχει κάποια σχέση με την επικέντρωση στον εαυτό ή την αυτοσυνείδηση, διαδικασίες οι οποίες θα μπορούσαν να ενεργοποιούν και άλλες διαδικασίες παρακολούθησης της νόησης και άρα με αυτόν τον τρόπο να έχουν εν δυνάμει αρνητική χροιά.

Η μεταγνωσιακή λειτουργία συμπεριλαμβάνει την έννοια της αναστοχαστικής ικανότητας, την ικανότητα δηλαδή του ατόμου να παρακολουθεί και να κατανοεί τα νοητικά του φαινόμενα. Ο Grant (2001) όρισε δύο διαφορετικές μεταγνωσιακές δομές που σχετίζονται με την αναστοχαστική ικανότητα, την αναστοχαστικότητα και την αυτεπίγνωση. Με βάση αυτό δημιουργήθηκε ένα εργαλείο αυτοαναφοράς προς αξιολόγηση των παραπάνω, η κλίμακα αναστοχαστικότητας και αυτεπίγνωσης Self-Reflection and Insight Scale (SRIS) (Grant et al., 2002). Η αναστοχαστικότητα αναφέρεται στην τάση και την εμπλοκή του ατόμου στην επικέντρωση στον εαυτό ως μέρος μίας διεργασίας αποκόμισης οφέλους και σχετίζεται με την αυτοαξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, η οποία με τη σειρά της αποτελεί μέρος του κύκλου αυτορρύθμισης για την επίτευξη στόχων. Η αυτεπίγνωση αναφέρεται στην υποκειμενική σαφήνεια της κατανόησης των σκέψεων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς (Carver and Scheier, 1998). Αυτή η έννοια της αυτεπίγνωσης δεν πρέπει να συγχέεται με την επίγνωση του νοσηρού, ή αλλιώς την κλινική εναισθησία. Για αυτόν τον λόγο και χρησιμοποιούμε διαφορετικό όρο για να την αποδώσουμε, τον όρο αυτεπίγνωση, ενώ στην Αγγλική γλώσσα οι έννοιες αυτές αποδίδονται και οι δύο με τον όρο "insight". Πάντως, θα πρέπει να αναφέρουμε πως η αντίληψη για τον όρο insight ποικίλλει ανάλογα με το τί έχει κατά νου ο καθείς που αναφέρεται σε αυτό και για αυτόν το λόγο θα ήταν σκοπιμότερη η αναφορά στην έννοια του «insight into...», όπου με αυτόν τον τρόπο προσδιορίζεται επακριβώς η επίγνωση του ατόμου για κάτι (όπως για παράδειγμα η αυτεπίγνωση, ή επίγνωση του νοσηρού, η επίγνωση των συμπτωμάτων, η επίγνωση της ανάγκης για θεραπεία κ.ο.κ)

Υπάρχουν ορισμένες, αλλά όχι σταθερές ενδείξεις που υποδηλώνουν μια πιθανή σχέση μεταξύ αναστοχαστικότητας και αυτεπίγνωσης, όπως αυτές αποτιμούνται με την κλίμακα SRIS, και της ψυχοπαθολογίας. Η αυτεπίγνωση, αλλά όχι η αναστοχαστικότητα, βρέθηκε να συνδέεται με αυξημένη υποκειμενική ευημερία και ικανοποίηση με τη ζωή (Lyke 2009, Harrington & Loffredo, 2010). Αντίθετα, η έλλειψη αυτεπίγνωσης έχει βρεθεί σε μελέτες να σχετίζεται με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Grant et al. 2002, Silvia & Phillips, 2011, Nakajima et al. 2017). Η υπερβολική εμπλοκή του ατόμου σε αναστοχαστικές διεργασίες μπορεί επίσης να σχετίζεται με την ψυχοπαθολογία, καθώς οι δυσπροσαρμοστικές μορφές επικέντρωσης στον εαυτό είναι κοινό εύρημα στην κατάθλιψη (Gotlib and Joormann, 2010), τις αγχώδεις και άλλες διαταραχές (Parageorgiou & Wells 2004). Αν και έχει βρεθεί ότι η αναστοχαστικότητα συσχετίζεται θετικά με το άγχος από τους Grant et al. (2002), σε πιο πρόσφατες μελέτες που χρησιμοποίησαν την κλίμακα SRIS, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αναστοχαστικότητας και του άγχους ή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Silvia & Phillips 2011, Nakajima et al., 2017).

3.6 Μεταγνωσιακές πεποιθήσεις

Στο μεταγνωσιακό μοντέλο για τις ψυχικές διαταραχές σημαντικός ρόλος αποδίδεται στην παρουσία δυσλειτουργικών πεποιθήσεων οι οποίες αφορούν στις ίδιες τις διεργασίες της σκέψης. Υπάρχουν δύο βασικά διακριτά θεματικά πεδία αυτών των μεταγνωσιακών πεποιθήσεων οι οποίες κατέχουν εξέχουσα θέση στο μοντέλο αυτό: οι θετικές και οι αρνητικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις (Wells 2009).

Οι πρώτες αφορούν τη χρησιμότητα που αποδίδει το άτομο σε στρατηγικές όπως η ανησυχία, ο ιδεομηρυκασμός, η παρακολούθηση της απειλής ή άλλες παρόμοιες στρατηγικές. Αναφέρονται δηλαδή σε θετικές ιδιότητες που αποδίδει το άτομο στις διαδικασίες αυτές, θεωρώντας πως μέσω αυτών των διεργασιών αποκομίζει ένα όφελος. Παραδείγματα αποτελούν οι πεποιθήσεις: «αν ανησυχώ όλα θα πάνε καλά», «όποιος δεν ανησυχεί είναι απροετοίμαστος», «πρέπει να ελέγχω τη σκέψη μου για να μη συμβεί κάτι κακό», «αν εστιάζω στον κίνδυνο θα παραμένω ασφαλής». Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως αν και σε μία πρώτη ανάγνωση ίσως να

φαίνονται ρεαλιστικές ως σκέψεις, εύκολα αμφισβητούνται όμως ως προς την ουσιαστική χρησιμότητά τους καθώς για παράδειγμα κανείς δεν μπορεί να εστιάσει σε όλους τους κινδύνους, ή με το να εστιάζει διαρκώς στους κινδύνους κινδυνεύει τελικά να απολέσει τη λειτουργικότητά του σε άλλους τομείς της καθημερινότητας.

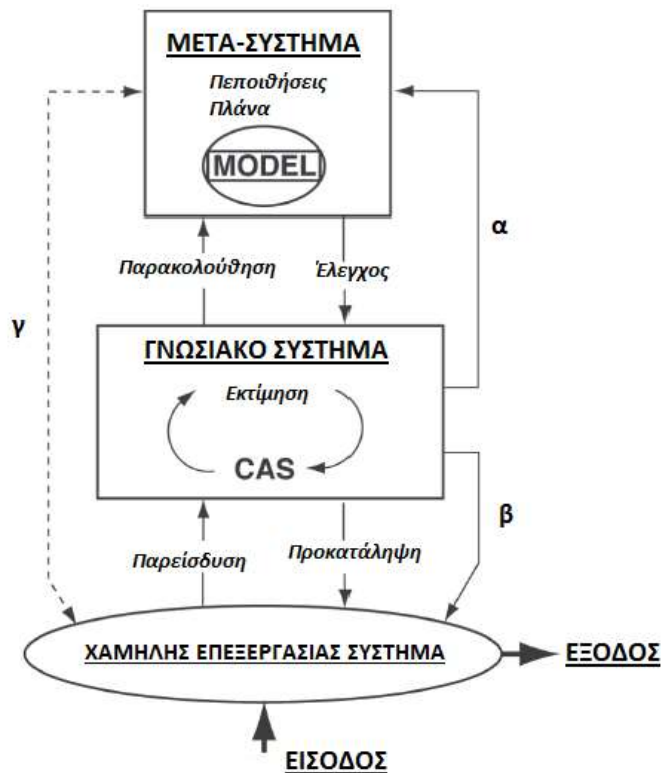
Το δεύτερο πεδίο των μεταγνωσιακών πεποιθήσεων αφορά το αρνητικό νόημα που αποδίδει το άτομο στα εσωτερικά νοητικά φαινόμενα, το οποίο προκύπτει από την αίσθηση μη ελέγχου αυτών. Υπάρχουν δύο ευρείες υποκατηγορίες των αρνητικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων: εκείνες που αφορούν την αδυναμία ελέγχου των σκέψεων και εκείνων που αφορούν τον κίνδυνο που πηγάζει από αυτή την αδυναμία, τη σημασία και το νόημα της αδυναμίας αυτής. Αυτές οδηγούν σε μία περαιτέρω αίσθηση αποτυχίας λόγω της πρόκλησης αρνητικών και απειλητικών ερμηνειών των ψυχικών φαινομένων. Παραδείγματα τέτοιων σκέψεων αποτελούν οι «δεν ελέγχω την ανησυχία μου», «η ανησυχία μπορεί να με κάνει να χάσω το μυαλό μου», «οι κακές σκέψεις μπορεί να με οδηγήσουν σε κακές πράξεις», «αν δεν μπορώ να ελέγξω τη σκέψη μου τότε δεν μπορώ να ελέγξω το μυαλό μου».

Αυτές οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις οδηγούν στην επιλογή ακατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης και αυτορρύθμισης οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν την προσβασιμότητα των αρνητικών νοητικών φαινομένων μέσω υιοθέτησης ακατάλληλων στρατηγικών, όπως η ανησυχία, η παρακολούθηση της απειλής, η αποφυγή και η καταστολή της σκέψης (Wells 2000), ενισχύοντας τελικά με αυτόν τον τρόπο τη συναισθηματική δυσφορία. Αυτή η προσέγγιση υποδηλώνει ότι οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορούν να είναι αιτιώδεις παράγοντες που έχουν σημαντικό ρόλο στην προδιάθεση, την ανάπτυξη και διατήρηση του άγχους (Bailey & Wells 2015), σε μία διαδικασία απορρύθμισης του συναισθήματος η οποία φαίνεται να είναι διαδιαγνωστική (McEvoy & Mahoney 2013), η οποία θα αναλυθεί ειδικότερα στην επόμενη ενότητα.

4. Το μεταγνωσιακό μοντέλο των ψυχικών διαταραχών

Στο μεταγνωσιακό μοντέλο των ψυχικών διαταραχών, βασική επεξεργαστική δομή θεωρείται το Μοντέλο Αυτορρυθμιζόμενης Εκτελεστικής Λειτουργίας Self-

Regulatory Executive Function (S-REF) (Wells & Matthews 1994) το οποίο έχει ως λειτουργία την παρακολούθηση των γνωσιακών και μεταγνωσιακών παραγόντων οι οποίοι καθορίζουν τον έλεγχο της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου ανά πάσα στιγμή, σε πραγματικό χρόνο. Το μοντέλο αυτό απεικονίζεται σχηματικά στο ακόλουθο διάγραμμα.



Εικόνα 1: Το Μοντέλο Αυτορρυθμιζόμενης Εκτελεστικής Λειτουργίας, Self-Regulatory Executive Function (S-REF). Προσαρμογή από Wells and Matthews (1994). CAS: Cognitive Attentional Syndrome,

Στο μοντέλο αυτό οι νοητικές διεργασίες έχουν διαχωρισθεί σε τρία αλληλεπιδρώντα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της αυτόματης και αναστοχαστικής επεξεργασίας (χαμηλού επιπέδου επεξεργασία), η οποία βρίσκεται σε απευθείας σύνδεση με τη συνειδητή επεξεργασία των σκέψεων και των συμπεριφορών (γνωσιακή επεξεργασία) και ένα μετα-σύστημα το οποίο είναι μεταγνωσιακού χαρακτήρα (μεταγνωσιακή επεξεργασία) (Wells & Matthews 1994) (Wells & Matthews 1996). Στο μοντέλο αυτό το μεταγνωσιακό σύστημα είναι ξεχωριστό ως δομή από τα άλλα συστήματα αλλά αλληλεπιδρά με αυτά μέσω των διαφόρων διαδικασιών επεξεργασίας.

Με βάση το Μοντέλο Αυτορρυθμιζόμενης Εκτελεστικής Λειτουργίας Self-Regulatory Executive Function (S-REF), η ευαλωτότητα στην ψυχολογική δυσλειτουργία, η ανάπτυξη και η διατήρηση της εκάστοτε ψυχικής διαταραχής, σχετίζεται με το Σύνδρομο Νοητικής Λειτουργίας-Προσοχής Cognitive-Attentional Syndrome (CAS) το οποίο χαρακτηρίζεται από την ανησυχία και τον ιδεομηρυκασμό, την προσήλωση στα απειλητικά ερεθίσματα και την υιοθέτηση μη λειτουργικών στρατηγικών αυτορρύθμισης οι οποίες αποτυγχάνουν να τροποποιήσουν δυσπροσαρμοστικές απόψεις για τον εαυτό (Wells & Matthews 1996). Με άλλα λόγια, με βάση αυτό το μοντέλο το μεταγνωσιακό σύστημα δυσλειτουργεί και οι μεταγνωσιακές λειτουργίες καθίστανται δυσπροσαρμοστικές. Για τους περισσότερους ανθρώπους οι καταστάσεις έντονης συναισθηματικής συγκίνησης ή αρνητικής αποτίμησης του εαυτού (π.χ., θλίψη, άγχος, θυμός, αίσθημα αναξιότητας) απομονώνονται και αποκτούν προσωρινό χαρακτήρα, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο σε μία έγκαιρη και αποτελεσματική συναισθηματική ρύθμιση. Ωστόσο, το Σύνδρομο Νοητικής Λειτουργίας-Προσοχής έχει δυσμενείς επιπτώσεις, εγκλωβιστικές για το άτομο σε έναν φαύλο κύκλο ο οποίος χαρακτηρίζεται από παρατεταμένες ή επαναλαμβανόμενες καταστάσεις δυσλειτουργίας της μεταγνωσιακής λειτουργίας και κατ'επέκταση της αυτορρύθμισης (Wells 2000).

Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από την παρουσία μεταγνωσιακών πεποιθήσεων οι οποίες συνοδεύουν την ανησυχία και την ιδεομηρυκαστική εξεργασία, καθοδηγούν την προσοχή και χρησιμεύουν ως πηγή για την ερμηνεία και τον έλεγχο των νοητικών φαινομένων, όπως για παράδειγμα των ανεπιθύμητων σκέψεων. Τόσο οι θετικές όσο και οι αρνητικές πεποιθήσεις εμπλέκονται στο μοντέλο S-REF. Αμφότερες συμβάλλουν συνήθως σε δυσλειτουργία, αλλά το ακριβές στάδιο και ο σαφής τρόπος με τον οποίο κάθε φορά αυτό λαμβάνει χώρα ενδέχεται να διαφέρει μεταξύ των ποικίλων κλινικών διαταραχών, αλλά και από άτομο σε άτομο. Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως στο μοντέλο αυτό κατανόησης των ψυχικών διαταραχών δίδεται ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο σκέψης παρά στο ίδιο το περιεχόμενο αυτών. Ως παράδειγμα εφαρμογής του μοντέλου αυτού αναφέρουμε τη θεώρηση πως οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις για την ανησυχία είναι εκείνες που οδηγούν στο συναίσθημα του άγχους (Wells 2009).

Σε αντίθεση με τις συναισθηματικές, τις αγχώδεις και άλλες διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι εξαρτήσεις, ένα σαφές και εστιασμένο μεταγνωσιακό μοντέλο ως βάση για την κατανόηση και την παρέμβαση στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δεν υφίσταται στην παρούσα φάση. Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας μία πρώτη απόπειρα ενσωμάτωσης μεταγνωσιακών αρχών και τεχνικών περιλαμβάνεται σε ένα θεραπευτικό εγχειρίδιο γνωσιακής και μεταγνωσιακής θεραπείας (Cooper, Todd, Wells 2009). Οι βασικές αρχές της μεταγνωσιακής θεωρίας θα μπορούσαν να είναι βοηθητικές εν μέρει στην κατανόηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, καθώς τα πρώτα ευρήματα από αυτό το πεδίο έρευνας αρχίζουν να παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία, όπως θα δούμε σε επόμενη ενότητα. Ορισμένες από τις κεντρικές πτυχές της μεταγνωσιακής λειτουργίας που αφορούν το Σύνδρομο Νοητικής Λειτουργίας-Προσοχής θα εξετασθούν στις επόμενες ενότητες. Αυτές περιλαμβάνουν την ανησυχία και τον ιδεομηρυκασμό, την επικέντρωση της προσοχής σε απειλητικά ερεθίσματα και την υιοθέτηση μη βοηθητικών στρατηγικών, όπως η συναισθηματική αποφυγή, η καταστολή των σκέψεων και ο εμμονικός τρόπος σκέψης.

4.1 Ανησυχία και ιδεομηρυκασμός στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Η ανησυχία και ο ιδεομηρυκασμός φαίνεται πως είναι εμφανείς σε πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (Ehrings & Watkins 2008, Watkins et al. 2007)). Η ανησυχία αποτελεί τη συνισταμένη μιας αλυσίδας από σκέψεις και εικόνες αρνητικά συναισθηματικά φορτισμένες και σχετικά ανεξέλεγκτες (Brokovec et al 1983). Αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια του νου να επιλυθεί ένα ζήτημα, του οποίου η έκβαση είναι αβέβαιη και περιλαμβάνει το ενδεχόμενο αρνητικών συνεπειών. Η ανησυχία για παράδειγμα, φέρεται να εμφανίζεται συχνά στις ΔΠΤ (Startup et al. 2013, Sternheim et al. 2012). Η χρόνια ανησυχία που προκαλείται από την παρερμηνεία των εσωδεκτικών ερεθισμάτων ή από τα ερεθίσματα που αφορούν την κοινωνική αξιολόγηση των ατόμων που πάσχουν από ΔΠΤ συνδέονται με ερεθίσματα που αφορούν την τροφή και το βάρος και εκδηλώνονται τελικά ως υπερεγρήγορη

σχετικά με τις εσωδεκτικές αισθήσεις ή διαισθανόμενες αλλαγές του σώματος. Είναι χαρακτηριστικό, επίσης, στην κλινική πράξη πως ελάχιστου βαθμού, απόλυτα φυσιολογικές διακυμάνσεις στο σχήμα και το βάρος ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής μπορούν κατά συνέπεια να οδηγήσουν σε γνωσιακή παρερμηνεία της απειλής και καταστροφοποίηση (Hildebrandt et al. 2010). Επιπροσθέτως, η ανησυχία σχετικά με την αξιολόγηση από τους άλλους, είναι συχνή σε ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής όπως άλλωστε και η συννόσηση με διαταραχή κοινωνικού άγχους και άλλες αγχώδεις διαταραχές (Pallister & Waller 2008, De Kaye et al. 2004). Ενδεικτικά αναφέρουμε πως ο διαβίου επιπολασμός της διαταραχής γενικευμένου άγχους έχει βρεθεί να είναι αρκετά υψηλός, καθορισμένος από μελέτες από 30% έως και 50% στα άτομα με ΔΠΤ (Godart et al. 2003, Lilienfeld et al. 1998).

Ο ιδεομηρυκασμός, ως όρος, αναφέρεται στο νοητικό φαινόμενο όπου η προσοχή του ατόμου εστιάζεται παθητικά σε επίμονες, επαναλαμβανόμενες, συνειδητές σκέψεις οι οποίες έχουν αρνητικό, σημαντικό για το άτομο, περιεχόμενο (Nolen-Hoeksema 2000). Ο ιδεομηρυκασμός έχει κυρίως μελετηθεί σε σχέση με την κατάθλιψη (Roelofs et al. 2009, Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema 1993), ενώ ο ιδεομηρυκασμός σε σχέση με το σχήμα και το βάρος του σώματος αντιπροσωπεύει ένα συχνά αναφερόμενο, κύριο χαρακτηριστικό των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (Wolff & Serpell 1998). Επιπλέον, έρευνες (Cowdrey & Park 2012, Cowdrey & Park 2011) έχουν υποδείξει πως οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, ειδικότερα, εμφανίζουν ενίοτε θετικές πεποιθήσεις σχετικά με προσδοκώμενα οφέλη από την εμπλοκή τους σε ιδεομηρυκαστικές διεργασίες. Μελέτες λειτουργικής νευροαπεικόνισης σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, εξάλλου έχουν επανειλημμένα επαληθεύσει την παρουσία της εστίασης της προσοχής και την επακόλουθη ανάπτυξη υπερεγρήγορης ως αποτέλεσμα έκθεσης των ασθενών αυτών σε αλληλουχίες εικόνων που αφορούσαν την τροφή ή το σχήμα σώματος (Brooks et al. 2012 Brooks et al. 2011). Η υπερβολική ενασχόληση των ασθενών αυτών με το βάρος και το σχήμα του σώματος και την τροφή εξηγείται εν μέρει από την παρουσία γνωσιακών στρεβλώσεων που συνδέουν άρρηκτα την ανησυχία και τον ιδεομηρυκασμό με τη διαταραχή.

4.2 Επικέντρωση της προσοχής σε απειλητικά ερεθίσματα και δυσλειτουργικές στρατηγικές στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Είναι πλέον γενικά αποδεκτό πως οι διάφορες τροφές και το βάρος και το σχήμα του σώματος κατέχουν διαφορετική αξία για τα άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι περισσότερες τροφές, η κατανάλωσή τους ή μία ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους θεωρούνται ως μια απειλή η οποία πρέπει να παραμένει διαρκώς υπό έλεγχο. Αποδίδεται υπερβολική έμφαση στα εσωδεκτικά ερεθίσματα, τα σχετικά εξωτερικά ερεθίσματα-νύξεις από το περιβάλλον και τις όποιες υποκειμενικές αρνητικές πληροφορίες για το σχήμα, το βάρος και την τροφή. Επιπλέον, οι πάσχοντες από διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι ιδιαίτερα αυστηροί στις προσδοκίες και την αυτοκριτική τους, καθώς και ιδιαίτερα αυτομομφικοί σε ό,τι αφορά την κατανάλωση τροφής ή το σώμα τους και αυτό με τη σειρά του οδηγεί πολλές φορές σε αποφάσεις που είναι δυνητικά επιβλαβείς, όπως για παράδειγμα οι καθαρικές συμπεριφορές ή η εξοντωτική γυμναστική.

Η υπερεγρήγορη για την παρακολούθηση της απειλής μπορεί να εκδηλωθεί μέσω υιοθέτησης συμπεριφορών ελέγχου του σώματος, όπως μέσω του συχνού ζυγίσματος, του επαναλαμβανόμενου ελέγχου της εικόνας του εαυτού στον καθρέφτη, της σύγκρισης του σχήματος του σώματός τους με το σχήμα σώματος άλλων ανθρώπων, τον επαναλαμβανόμενο έλεγχο σημείων του σώματος όπως οι προβολές των οστών κάτω από το δέρμα (Shafraan et al. 2003). Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από τις διαδικασίες αυτές ερμηνεύονται με έναν προκατειλημμένα αρνητικό τρόπο και ως συνέπεια τελικά παρερμηνεύονται ως απειλή για τη διατήρηση του ελέγχου που ενσαρκώνεται μέσω της διατήρησης του περιορισμού στη λήψη τροφής (Fairburn et al. 1999). Ο τακτικός, επαναλαμβανόμενος έλεγχος του σώματος βρίσκεται σε άμεση αντιδιαστολή με την αποφυγή της έκθεσης σε αυτό, μια στρατηγική που επίσης υιοθετείται συχνά και εμφανίζεται πρακτικά μέσω της άρνησης για ζύγιση, την ένδυση με φαρδιά ρούχα προκειμένου να μειώνεται η ενημερότητα για το σχήμα του σώματος, την άρνηση για θέα του σώματος ή ειδικά των σημείων εκείνων που το πάσχον από διαταραχή πρόσληψης τροφής άτομο θεωρεί ιδιαίτερα προβληματικά. Από κοινού, αυτές οι στρατηγικές ενισχύονται και

πριμοδοτούνται από το πάσχον άτομο λόγω του βραχυπρόθεσμου αγχολυτικού αποτελέσματός τους, μειώνουν βραχυπρόθεσμα αλλά όχι μακροπρόθεσμα, την ανησυχία για το σώμα και τη δυσαρέσκεια με αυτό και τελικά οδηγούν στην υπερτίμηση του σχήματος και του βάρους τα οποία πλέον συνιστούν απειλή (Fairburn et al. 1999).

Η αποφυγή και η καταστολή της σκέψης, ως στρατηγικές, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και την διαιώνιση της διαταραχής. Η αποφυγή χρησιμοποιείται ως ένα μέσον ώστε να ρυθμιστεί η εσωτερική συναισθηματική εμπειρία. Η στρατηγική αυτή είναι σαφώς προβληματική καθώς είναι πρακτική που δεν οδηγεί στη ρύθμιση συναισθημάτων και σκέψεων και ως εκ τούτου δεν παρέχει στο άτομο επαρκή ανατροφοδότηση για την καταπολέμηση λανθασμένων πεποιθήσεων. Η βιωματική αποφυγή, ειδικότερα, έχει βρεθεί να είναι μια σημαντική πτυχή της υποκείμενης παθολογίας. Η βιωματική αποφυγή αναφέρεται στην αποφυγή των ανεπιθύμητων εσωτερικών νοητικών φαινομένων. Αυτά περιλαμβάνουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις αναμνήσεις και τις εσωδεκτικές αισθήσεις (Hayes et al 1996). Τα άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής τείνουν να αποφεύγουν τα αρνητικά συναισθήματα πολύ περισσότερο από τους υγιείς μάρτυρες λόγω της υιοθέτησης αρνητικών πεποιθήσεων σχετικών με τη βίωση και έκφραση συναισθημάτων (Hambrook et al. 2011, Costorphine 2006).

Η ανωτέρω αναφερθείσα στρατηγική είναι ένα σαφές παράδειγμα μεταγνωσιακής δυσλειτουργίας. Η υιοθέτηση της αποφυγής ως στρατηγικής αυτορρύθμισης επιτείνει περαιτέρω τα αρνητικά συναισθήματα και το ειδικό περιεχόμενο της σκέψης, όπως για παράδειγμα σκέψεις για το βάρος και το σχήμα του σώματος (Geller et al. 2000). Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον πως ανάλογες συμπεριφορές αποφυγής έχει βρεθεί πως αναπτύσσονται και απέναντι στα θετικά συναισθήματα (Forbush & Watson 2006), κατάσταση που αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για ισχνοέφεση και δυσαρέσκεια με το σώμα (Buchholz et al. 2007). Καθίσταται λοιπόν σαφές πως τα άτομα με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής υιοθετούν σε μεγάλο βαθμό μεταγνωσιακές στρατηγικές ελέγχου όπως η απόσπαση της προσοχής, η καταστολή της σκέψης και η αποφυγή σε μια προσπάθεια να ελέγξουν τα αρνητικά συναισθήματά τους.

4.3 Εμμοιικός τρόπος σκέψης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Μια άλλη σχετική παρατήρηση στη βιβλιογραφία των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ότι η νοητική ευελιξία είναι αντιστρόφως ανάλογη προς τον βαθμό της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και μάλιστα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για τα δυσμενή αποτελέσματα της διαταραχής στη σωματική υγεία (Wendell et al 2010). Αρκετές έως σήμερα μελέτες έχουν υποδείξει πως τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν εμμοιικό τρόπο σκέψης (Abbate-Daga et al. 2011, Tchanturia et al. 2004a), ιδιαίτερα σε διεργασίες που απαιτούν εναλλαγή και μετατόπιση της εστίασης της προσοχής (Tchanturia et al 2004b). Πράγματι, η νοητική ακαμψία, με τη μορφή της εμμοιότητας, της υπερενασχόλησης με τις λεπτομέρειες και τη δυσκολία στην προσαρμογή έχουν θεωρηθεί ως χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών (Tchanturia et al 2004b) και έχουν συσχετισθεί θετικά με τη μη ανοχή της αβεβαιότητας (Konstantellou & Reynolds 2010). Αυτές οι άκαμπτες στρατηγικές μπορεί να εμποδίσουν την ίδια την επιτυχή τροποποίηση της συμπεριφοράς στη θεραπεία ακόμη και σε ασθενείς που αρχικά εμφανίζουν υψηλό κίνητρο (Tchanturia 2001).

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την ύπαρξη ελλειμμάτων στην ικανότητα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία για μετατόπιση της εστίασης της προσοχής (Roberts et al. 2007) Ο όρος αυτός αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου για μετακίνηση μεταξύ διαφορετικών νοητικών-συναισθηματικών καθηκόντων και απαιτεί την αναστολή ή τουλάχιστον την αναπροσαρμογή του αρχικού τρόπου σκέψης. Αυτή η ικανότητα είναι αναγκαία συνθήκη προκρινόμενου να εξασφαλιστεί η ευελιξία στη συμπεριφορά, η οποία με τη σειρά της αποτελεί προϋπόθεση προκειμένου το άτομο να έχει τη δυνατότητα να προσαρμοσθεί στις συνεχώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος.

5. Ευρήματα από την έως σήμερα μελέτη της μεταγνωσιακής λειτουργίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Η έως τώρα έρευνα σχετικά με τη μεταγνωσιακή λειτουργία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχει περιοριστεί αποκλειστικά στη διερεύνηση των

μεταγνωσιακών πεποιθήσεων των ασθενών. Το Ερωτηματολόγιο για τις Μεταγνωσίες (Metacognitive Questionnaire-30, MCQ-30) (Wells & Cartwright-Hatton 2004) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο στο οποίο περιέχονται πέντε υποκλίμακες. (1) Οι «θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία» αποτιμούν το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η ανησυχία ή οι επίμονες σκέψεις είναι χρήσιμες και βοηθούν στην επίλυση των προβλημάτων ή στην αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. (2) Οι «αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται», μετρούν το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η ανησυχία ή οι επίμονες σκέψεις είναι ψυχικά ή σωματικά επικίνδυνες. (3) Η «νοητική αυτοπεποίθηση» αναφέρεται στην εμπιστοσύνη την οποία το άτομο έχει στις νοητικές του δεξιότητες, δηλαδή τη λειτουργία της προσοχής, της μνήμης και την παρακολούθηση της πραγματικότητας. (4) Η «ανάγκη για έλεγχο της σκέψης» μετρά το βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι αν μια σκέψη δεν ελέγχεται, αυτό θα επιφέρει σοβαρές συνέπειες και ως εκ τούτου, ορισμένες σκέψεις πρέπει να κατασταλούν. (5) Η «νοητική αυτοσυνείδηση» μετρά την τάση ενός ατόμου να παρακολουθεί τα νοητικά φαινόμενα και να επικεντρώνεται στις εσωτερικές διεργασίες. Υψηλή βαθμολογία σε κάθε υποκλίμακα υποδηλώνει αυξημένη παρουσία της αντίστοιχης στρατηγικής αντιμετώπισης. Η Ελληνική έκδοση του MCQ-30 (Tyraldou et al. 2014) έχει φανεί πως αποτελεί ένα κατανοητό και ψυχομετρικά κατάλληλο μέσο, καθώς και ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση αυτών των διαστάσεων των μεταγνωσιών στον ελληνικό πληθυσμό.

Συγκριτικά με άλλες διαταραχές, όπως οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, η διερεύνηση της μεταγνωσιακής λειτουργίας σε ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να υπολείπεται και σε αριθμό μελετών αλλά και σε ό,τι αφορά την απαρτίωση των ευρημάτων προς την ανάπτυξη ενός μοντέλου θεραπευτικής παρέμβασης. Μόλις την τελευταία δεκαετία έχει παρουσιαστεί ένας μικρός αριθμός μελετών για τη διερεύνηση της μεταγνωσιακής λειτουργίας, και ειδικότερα τη διερεύνηση των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, σε αυτόν τον πληθυσμό, κυρίως σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία.

Στην πρώτη δημοσιευμένη από αυτές (Cooper 2007), η οποία αφορούσε μια προκαταρκτική μελέτη σε ένα μικρό δείγμα, εξετάστηκαν οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις σε γυναίκες με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας. Σε σύγκριση με τις δύο ομάδες ελέγχου τις οποίες αποτελούσαν γυναίκες σε δίαιτα και γυναίκες που δεν βρίσκονταν σε δίαιτα, οι γυναίκες με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο MCQ-30. Ειδικότερα, υπέδειξαν υψηλά επίπεδα αρνητικών πεποιθήσεων σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, ανάγκης για έλεγχο, νοητικής αυτοπεποίθησης και νοητικής αυτοσυνείδησης, υποδηλώνοντας ότι οι βαθμολογίες στις τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες ήταν σημαντικά υψηλότερες στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία έναντι των δύο άλλων ομάδων. Εξαίρεση αποτελούσαν οι μη σημαντικά αυξημένες βαθμολογίες τους στην υποκλίμακα των Θετικών πεποιθήσεων για την ανησυχία. Επιπλέον, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ελέγχου. Η μελέτη αυτή ως η πρώτη μελέτη αξιολόγησης των μεταγνωσιών στις διατροφικές διαταραχές έδειξε ότι το θέμα χρήζει περαιτέρω έρευνας.

Πράγματι, ένα χρόνο αργότερα, με βάση τα ευρήματα αυτά, η ίδια ερευνητική ομάδα (Woolrich 2008) διεξήγαγε άλλη μία προκαταρκτική μελέτη όπου ερευνήθηκε ένα παρόμοιο δείγμα μέσω ημι-δομημένης συνέντευξης, προκειμένου να διερευνήσει τις μεταγνωσίες και τις στρατηγικές ελέγχου. Σε αυτήν τη μελέτη φάνηκε πως τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία έτειναν να πιστεύουν πως οι σκέψεις τους ήταν ανεξέλεγκτες και μη φυσιολογικές. Επιπλέον, χρησιμοποιούσαν στρατηγικές ελέγχου, όπως η καταστολή των σκέψεων, η επικέντρωση στην παρακολούθηση των άλλων, ο ιδεομηρυκασμός, η απόσπαση της προσοχής μέσω δραστηριότητας, η αποφυγή πυροδοτικών καταστάσεων και η αυτό-τιμωρία, αλλά οι προσπάθειές τους ήταν λιγότερο επιτυχημένες στη χρήση της στρατηγικής της επανεκτίμησης της σκέψης τους. Είναι ενδιαφέρον ότι το ήμισυ των ασθενών της ομάδας με ΨΑ δήλωσε πως σκοπίμως χρησιμοποιούσε αυτές τις στρατηγικές προκειμένου να αισθάνονται χειρότερα με τον εαυτό τους, δήλωση που βρίθει μεταγνωσιακών διεργασιών. Οι ερευνητές ως εκ τούτου πρότειναν πως οι

μεταγνωσίες μπορεί να διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της νόσου, μέσω της ενίσχυσης των αρνητικών αξιολογήσεων για τον εαυτό.

Μια επόμενη μελέτη (Konstantellou 2010) διερεύνησε τόσο τις μεταγνωσίες όσο και την μη ανοχή της αβεβαιότητας, σε ένα μη κλινικό δείγμα ατόμων διερευνώντας παράλληλα τη διατροφική τους συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με προβληματική διατροφική συμπεριφορά επέδειξαν αυξημένη βαθμολογία στις τρεις από τις πέντε υποκλίμακες του MCQ-30 και τη συνολική αυτού βαθμολογία, καθώς και χαμηλή ανοχή της αβεβαιότητας. Επιπλέον, οι συγγραφείς διαπίστωσαν θετική συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων αυτών. Τα ευρήματα, σύμφωνα με τους ερευνητές, υποδεικνύουν ότι η μη ανοχή της αβεβαιότητας και οι μεταγνωσίες διαδραματίζουν κομβικής σημασίας ρόλο στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, ανατροφοδοτώντας έναν δυσλειτουργικό τρόπο σκέψης.

Το 2011, άλλη μία δημοσιευμένη μελέτη (McDermott 2011) αφορούσε τη διερεύνηση δυσλειτουργικών μεταγνωσιών σε γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς έδειξε ότι οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία σε τέσσερις από τις πέντε υποκλίμακες του MCQ-30 σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, με εξαίρεση τις θετικές πεποιθήσεις για τις μεταγνωσίες, ευρήματα που ήταν στην ίδια κατεύθυνση με αυτά που προέκυψαν από τη μελέτη της Cooper και των συνεργατών.

Μια άλλη, πιο πρόσφατη μελέτη (Kleinbichler 2013), διερεύνησε τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά γυναικών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία οι οποίες εξετάστηκαν για να διευκρινισθεί αν διαπιστώνονται διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης μεταγνωσιών και τη φύση αυτών, σε σχέση με μία ομάδα ενηλίκων γυναικών σε δίαιτα και μία άλλη που δε βρισκόταν σε δίαιτα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η ομάδα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία επέδειξε συνολικά υψηλότερες βαθμολογίες δυσλειτουργικών μεταγνωσιών, ιδιαίτερα αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και μεταγνωσίες σχετικές με την ανάγκη για έλεγχο της σκέψης. Τα μεταγνωσιακά θέματα τα οποία αναδείχθηκαν από την ποιοτική ανάλυση ήταν σχετικά με τον

κοινωνικό εαυτό και τον έλεγχο. Αν και οι στρατηγικές έλεγχου της σκέψης δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά, το δείγμα με ψυχογενή ανορεξία επέδειξε συχνότερη χρησιμοποίηση της στρατηγικής της αυτό-τιμωρίας και λιγότερο συχνή χρησιμοποίηση της απόσπασης της προσοχής.

Σε μία επόμενη μελέτη (Olstad 2015) που είχε ως σκοπό να διερευνήσει την ύπαρξη δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και τη σχέση τους με τα κλινικά συμπτώματα της νόσου σε ασθενείς με διαταραχή πρόσληψη τροφής (συμπεριλαμβανομένης για πρώτη φορά και της ψυχογενούς βουλιμίας), ανέδειξε την ανάγκη για έλεγχο της σκέψης ως την πλέον σημαντική από τις πεποιθήσεις αυτές. Οι ερευνητές βρήκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και κλινικών συμπτωμάτων και μάλιστα η ανάλυση με τη χρήση ενός μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης υπέδειξε πως οι πρώτες εξηγούν το 50% της διακύμανσης της έντασης των κλινικών συμπτωμάτων.

Ακόμα μία μελέτη (Davenport 2015), αυτή τη φορά σε ασθενείς με τυπική και άτυπη ψυχογενή ανορεξία οι οποίες λάμβαναν θεραπεία, διερεύνησε την ύπαρξη δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και τη συσχέτισή τους με την ισχνοέφεση. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν πως η ύπαρξη δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων είναι ένα κοινό γνώρισμα και στην άτυπη και στην τυπική μορφή της ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ η συσχέτισή τους με την ισχνοέφεση ήταν στατιστικά σημαντική. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν πως η ισχνοέφεση μπορούσε να προβλεφθεί από τις θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία και την ανάγκη για έλεγχο της σκέψης στις ασθενείς με τυπική ψυχογενή ανορεξία, ενώ στην άτυπη από της αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια έλεγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και αντίστροφα από την νοητική αυτοσυνείδηση.

Τέλος, μία επιπλέον μελέτη (Vann 2014) η οποία ακολούθησε μικτή μεθοδολογία, τόσο ποσοτική όσο και ποιοτική, σε 27 ασθενείς με διαταραχή πρόσληψη τροφής, διερεύνησε το κατά πόσον η παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων έχει διαγνωστικό χαρακτήρα, με τα αποτελέσματα της μελέτης να

επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση καθώς δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις ήταν παρούσες τόσο σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία όσο και σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία.

6. Ευρήματα από την έως σήμερα μελέτη της παραληρητικότητας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Οι ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, εμφανίζουν αρκετά κοινά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά, όπως την υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους του σώματός τους, γεγονός που επαυξάνει την ανησυχία σχετικά με αυτές τις παραμέτρους. Είναι προφανές πως στη διαδικασία αυτή, οι δυσλειτουργικές γνωσίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών και έχουν περιγραφεί να αφορούν την εικόνα σώματος, την αυτοεκτίμηση και την τροφή (Fairburn 2003). Τέτοιες δυσλειτουργικές αντιλήψεις των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία αντανακλώνται εν μέρει στα κριτήρια του διαγνωστικού συστήματος DSM-5, όπως για παράδειγμα ο έντονος φόβος αύξησης του βάρους, η διαταραγμένη αντίληψη με την οποία βιώνεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματος και η επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του ιδιαίτερα χαμηλού βάρους (American Psychiatric Association, 2013). Ειδικά το τελευταίο χαρακτηριστικό ήταν ανέκαθεν τόσο προεξάρχον που ιστορικά θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί πως η Bruch περιέγραψε την ψυχογενή ανορεξία ως νόσο η οποία χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή της εικόνας σώματος, η οποία προσλαμβάνει «παραληρητικές διαστάσεις», τη διαταραχή στην αντίληψη ή την ακριβή αναγνώριση και ταυτοποίηση σωματικών καταστάσεων (π.χ. πείνας, εξάντλησης) και συναισθημάτων και την αίσθηση αναποτελεσματικότητας που διακατέχει τις ασθενείς σε όλες τις νοητικές και πρακτικές τους δραστηριότητες (Bruch 1962). Ειδικά για αυτήν την «παραληρητική άρνηση της ισχύος» η Bruch πίστευε πως διακρίνει την τυπική ψυχογενή ανορεξία από την άτυπη μορφή της.

Σε ό,τι αφορά στην ψυχογενή βουλιμία, ο Russell περιέγραψε την ύπαρξη υπερτιμημένων ιδεών που αναφέρονται στον κίνδυνο αύξησης του σωματικού

βάρους και στην εκτίμηση των ασθενών για το μέγεθος και το σχήμα του σώματος. Παρατήρησε επίσης τον ισχυρό βαθμό βεβαιότητας που επιδεικνύουν οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία διακρίνοντάς έτσι τις ιδέες αυτές από τις ιδεοληψίες όπου εξ' ορισμού αυτές βιώνονται από το άτομο ως εγωδυστονικές και αναγνωρίζεται το ανορθολογικό τους περιεχόμενο (Russell 1979, Russell 1983).

Στη συνέχεια, η ύπαρξη υπερτιμημένων ιδεών στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, τόσο στην ψυχογενή ανορεξία όσο και στην ψυχογενή βουλιμία, υιοθετήθηκε και από άλλους. (Garner & Bemis 1985). Παρά το γεγονός ότι αυτές οι αντιλήψεις/πεποιθήσεις των ασθενών αναφέρονται ή τουλάχιστον υπονοούνται σε πρόσφατα διαγνωστικά κριτήρια, ο βαθμός βεβαιότητας των ασθενών για αυτές τις αντιλήψεις/πεποιθήσεις δεν αποτιμάται συγκεκριμένα. Αντιθέτως, στα διαγνωστικά κριτήρια του ταξινομικού συστήματος DSM-5 για άλλες μη ψυχωσικές διαταραχές, όπου μπορεί να παρατηρηθούν υπερβολικής έντασης πεποιθήσεις ή ακόμα και πλήρης απουσία εναισθησίας, όπως η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και η Διαταραχή Σωματικής Δυσμορφίας, χρησιμοποιούνται προσδιοριστές που αναφέρονται στο επίπεδο εναισθησίας όπως «με καλή εναισθησία», «με πτωχή εναισθησία» και «με απουσία εναισθησίας/ή με παραληρηματικές πεποιθήσεις». Αυτοί οι προσδιοριστές αντικατοπτρίζουν παραλλαγές της νόσου, λαμβάνοντας υπόψη την εναισθησία του ασθενή και την ένταση της βεβαιότητας του για τις υπό εξέταση πεποιθήσεις.

Το θέμα αυτό της παρουσίας ενός ψυχοπαθολογικού συνεχούς έχει περιγραφεί και νωρίτερα, και μία διαστασιακή άποψη σχετικά με την παραληρητικότητα των πεποιθήσεων έχει επανειλημμένα προταθεί ως κατάλληλη μέθοδος διερεύνησης της ψυχοπαθολογίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Phillips et al. 1995, Vandereycken 2006) υπονοώντας ότι η ύπαρξη ενός τέτοιου συνεχούς μπορεί τελικά να αποδειχθεί πιο έγκυρη, και σε τελική ανάλυση, κλινικά περισσότερο χρήσιμη. Το ίδιο το διαγνωστικό εγχειρίδιο αναγνωρίζει τη δυσκολία διαχωρισμού μεταξύ μίας παραληρητικής ιδέας και μίας υπερτιμημένης ιδέας, αναφέροντας «Ο διαχωρισμός αυτός είναι ορισμένες φορές δύσκολος και απαιτεί εν μέρει να βασισθεί στο βαθμό βεβαιότητας του ατόμου για την ιδέα, παρά τις σαφείς ή

εύλογες αντιφατικές αποδείξεις σχετικά με την αξιοπιστία της» (American Psychiatric Association, 2013, σελ. 87)

Εν τω μεταξύ, οι κλινικοί που ασχολούνται με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής τυπικά έρχονται αντιμέτωποι με τη δυσκαμψία των ασθενών να τροποποιήσουν σκέψεις ή πεποιθήσεις σχετικές με το βάρος και το σχήμα του σώματος, τα εσωδεκτικά ερεθίσματα όπως το αίσθημα πληρότητας, την απώλεια του ελέγχου, τις ίδιες τις ιδιότητες της τροφής ή ακόμα και τη φυσιολογία του σώματος. Τα υπάρχοντα γνωσιακά-συμπεριφορικά ψυχοθεραπευτικά μοντέλα υποδεικνύουν αυτές τις γνωσιακές στρεβλώσεις ως ιδιαίτερα άκαμπτες και διαβρωτικές, αναγνωρίζοντας τον καταλυτικό τους ρόλο στην εκδήλωση και ιδίως την διαίωνηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Είναι όμως φανερό πως παρά τα παραπάνω, πολύ λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί έως τώρα με σκοπό να εξετασθεί προσεκτικά ο διαστατικός χαρακτήρας της βεβαιότητας στις πεποιθήσεις των ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Οι πρώτες μελέτες που εξέτασαν την παραληρητικότητα των πεποιθήσεων στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής με την Κλίμακα Εκτίμησης των Πεποιθήσεων του Πανεπιστημίου Brown (Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS) επικεντρώθηκαν κυρίως σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία.

Η πρώτη προσπάθεια εκτίμησης της ύπαρξης παραληρητικών ιδεών στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, αμιγώς σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, έγινε από τον Steinglass και συν. (2007). Επρόκειτο για μία πιλοτική μελέτη σε μικρό δείγμα ασθενών (n = 25) με περισσότερες από τις μισές ασθενείς να βρίσκονται σε νοσηλεία κατά την περίοδο της μελέτης, όπου σε ό,τι αφορά τις θεματικές κατηγορίες που προέκυψαν από τη συνέντευξη της κλίμακας BABS αναφέρθηκαν τα ευρήματα: α) φόβος για το σχήμα/βάρος του σώματος (n = 17), β) φόβος απώλειας του ελέγχου (στο φαγητό) (n = 4), γ) ανησυχία για το αίσθημα πληρότητας (στο φαγητό) (n = 2) και (δ) άλλου είδους ανησυχία (n = 2). Η μέση συνολική βαθμολογία στην BABS των ασθενών της προαναφερθείσας μελέτης βρέθηκε $9,9 \pm 5,4$. Επίσης, παραληρητικές πεποιθήσεις παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 20%.

Η μελέτη των Hartmann και συν. (2013) είχε σκοπό να διερευνήσει με τη χρήση της BABS την παραληρητικότητα των πεποιθήσεων που αφορούσαν την εικόνα σώματος σε 19 ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και 22 ασθενείς με Διαταραχή Σωματικής Δυσμορφίας. Το δείγμα των ασθενών με ανορεξία εστίασε κατά τη συνέντευξη της BABS σε ιδέες που αφορούσαν την εικόνα σώματος. Η μέση συνολική βαθμολογία στην BABS των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία της προαναφερθείσας μελέτης βρέθηκε να είναι $12,32 \pm 5,43$. Επίσης, παραληρητικές πεποιθήσεις παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 16% και υπερτιμημένες ιδέες σε ποσοστό 26%. Στη μελέτη αυτή η ύπαρξη παραληρητικότητας δε βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με παραμέτρους όπως ο ΔΜΣ ή η διάρκεια της νόσου, αλλά παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με την ανησυχία για το σχήμα του σώματος και την ισχυρότερη.

Η μελέτη των Mountjoy και συν. (2015) είχε ως στόχο τη σύγκριση της έντασης των πεποιθήσεων σε ένα δείγμα ασθενών με κλινική ή υποκλινική ψυχογενή ανορεξία ($n = 20$), με τη δυσαρέσκεια με το σώμα το οποίο μπορεί να εμφανίζει ο γενικός πληθυσμός και με την παραληρητική σε ένταση παρουσία ιδεών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Η μέση συνολική βαθμολογία στην BABS των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρέθηκε να είναι $11,70 \pm 4,50$. Αναδείχθηκε πως οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία είχαν μεγαλύτερη ενασχόληση με την κυρίαρχη ιδέα και περισσότερο άγχος από τις υπόλοιπες ομάδες. Επίσης, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφάνιζαν παραληρητικής έντασης πεποιθήσεις σε ποσοστό 10% και υπερτιμημένες ιδέες σε ποσοστό 30%.

Η μελέτη του Κωνσταντακόπουλου και συν (Konstantakopoulos et al. 2012, Κωνσταντακόπουλος 2013) είναι η μόνη σχετική μελέτη έως τώρα που έχει συμπεριλάβει στο δείγμα ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ($n = 33$) και ψυχογενή ανορεξία ($n = 39$). Στη μελέτη αυτή διαχωρίστηκαν και μελετήθηκαν ξεχωριστά οι δύο υπότυποι της ψυχογενούς ανορεξίας. Από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε πως μόνο οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, και κυρίως εκείνοι με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου παρουσιάζουν παραληρητικής έντασης ιδέες που αφορούν την εικόνα σώματος. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας BABS των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία ($13,46 \pm 4,76$) ήταν στατιστικά υψηλότερη

εκείνων με ψυχογενή βουλιμία ($11,15 \pm 3,38$). Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρχε και μεταξύ των δύο υποτύπων ανορεξίας με την ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου να εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας BABS. Παραληρητικής έντασης ιδέες για την εικόνα σώματος εμφάνισε το 45,5% των ασθενών με περιοριστικό τύπο ανορεξίας και το 5,9% των ασθενών με υπερφαγικό / καθαρτικό τύπο. Υπερτιμημένες ιδέες εμφάνισαν όλες οι υποομάδες των ασθενών, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους, στη μεν ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου σε ποσοστό 27,3%, σε αυτήν υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου σε ποσοστό 23,5% και στην ψυχογενή βουλιμία σε ποσοστό 30,3%. Ο βαθμός παραληρητικότητας δε συσχετίστηκε σημαντικά με τον παρόντα ή τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ, ούτε με τη διάρκεια νόσου, αλλά με την μικρότερη ηλικία έναρξης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού παραληρητικότητας με κάποια παράμετρο βαρύτητας της συμπτωματολογίας στην ψυχογενή ανορεξία, υπήρξε όμως θετική συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό παραληρητικότητας και τη δυσαρέσκεια με το σώμα.

Ο βαθμός παραληρητικότητας βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με ειδικούς δείκτες βαρύτητας των συμπτωμάτων στην ψυχογενή βουλιμία. Συγκεκριμένα, βρέθηκε θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της BABS με εντονότερες διαιτητικές συμπεριφορές – αλλά όχι με βουλιμικά συμπτώματα – καθώς και με συγκεκριμένες ψυχολογικές παραμέτρους όπως η αίσθηση αναποτελεσματικότητας και ο φόβος ωρίμανσης, ενώ δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση του βαθμού παραληρητικότητας με το ΔΜΣ, τρέχοντα ή ελάχιστο κατά το παρελθόν. Αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο βαθμό παραληρητικότητας και στη διάρκεια της νόσου το οποίο ερμηνεύθηκε από τους ερευνητές με την υπόθεση πως ίσως οι υπερτιμημένες ιδέες για την εικόνα σώματος εμφανίζονται εντονότερα στις πρωιμότερες φάσεις κατά την πορεία της ψυχογενούς βουλιμίας ενώ σταδιακά η βεβαιότητα και ακαμψία που χαρακτηρίζουν τις πεποιθήσεις αυτές αμβλύνονται (Konstantakopoulos et al. 2012).

7. Ευρήματα από την έως σήμερα μελέτη της κλινικής εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Η έλλειψη κλινικής εναισθησίας είχε αρχικά θεωρηθεί πως χαρακτηρίζει κατεξοχήν τους ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές, αν και ανέκαθεν ήταν χαρακτηριστικό γνώρισμα πολλών ψυχιατρικών διαταραχών. Η κλινική εναισθησία θεωρείται πλέον μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει: την κατανόηση και αποδοχή της παρουσίας μίας ψυχικής διαταραχής, τον εντοπισμό και την αναγνώριση συγκεκριμένων σημείων και συμπτωμάτων, την απόδοση αυτών των συμπτωμάτων στη διαταραχή, την κατανόηση των συνεπειών της διαταραχής, καθώς και την επίγνωση της ανάγκης για θεραπεία. (David 1990, Amador & David, 1998).

Η κλινική εναισθησία με τον πολυδιάστατο χαρακτήρα που πλέον της αποδίδεται, θεωρείται πλέον πως προϋποθέτει τη μεταγνωσιακή συνειδητοποίηση των προαναφερθεισών παραμέτρων. Προκειμένου να αποδοθεί η έννοια της κλινικής εναισθησίας έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες εννοιολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες εξελίσσονται ιστορικά από θεωρητικά μοντέλα κινητοποίησης μηχανισμών άμυνας, όπου η έλλειψη κλινικής εναισθησίας θεωρήθηκε ισοδύναμο της άρνησης της νόσου, έως πιο περίπλοκα μοντέλα που αποδίδουν το φαινόμενο σε διάφορα ελλείμματα, νοητικά, νευροψυχολογικά και νευροβιολογικά (David et al. 2012)

Στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι γνωστό πως οι ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής συχνά αρνούνται τα συμπτώματά τους. Κατά συνέπεια, εμφανίζονται φαινόμενα όπως η αποφυγή της θεραπείας, και υψηλά ποσοστά διακοπής αυτής (Fassino et al. 2009, Kaplan & Garfinkel 1999, Vandereycken 2006). Όπως και στην κλασική περιγραφή της ψυχογενούς ανορεξίας, από τον Charles Lasague (1873) η φράση όπου περιέγραψε «ως σύμπτωμα, σχεδόν ένα σημείο», «Δεν υποφέρω και άρα πρέπει να είμαι καλά», μπορεί να ακουστεί σε διάφορες παραλλαγές από πολλούς ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Ακόμη και ιατρικό προσωπικό το οποίο δεν είναι εξοικειωμένο με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής μπορεί εύκολα να αναγνωρίσει αυτήν την ιδιαίτερη στάση των ασθενών. Έχει επίσης αποδειχθεί από μελέτες ότι η κλινική εναισθησία παραμένει σταθερή με την πάροδο του χρόνου σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (Greenfeld κ.ά., 1991) Είναι

επίσης γνωστό ότι η έλλειψη κλινικής εναισθησίας μπορεί να συμβάλει σε πληθώρα δυσκολιών στον εντοπισμό, την αξιολόγηση, τη θεραπευτική διαδικασία και υψηλά ποσοστά υποτροπής των ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής (Vitousek et al. 1991)

Παρά τις ανωτέρω αναφερθείσες παρατηρήσεις, λιγοστές μελέτες αποπειράθηκαν έως τώρα να διερευνήσουν την κλινική εναισθησία των ασθενών με διαταραχή πρόσληψη τροφής. Οι αρχικές προσπάθειες προσέγγιζαν το θέμα με ένα μάλλον διχοτομικό τρόπο, ως ένα φαινόμενο «όλα ή τίποτα», με τη χρήση διαφορετικών μεθοδολογιών. Τέτοιες ήταν, για παράδειγμα, η υποκειμενική αξιολόγηση του θεράποντα (Fisher et al. 2001), οι εκτιμήσεις από παρατηρούμενες, δυσανάλογες με την κλινική εικόνα, χαμηλές βαθμολογίες σε ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς από ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής (Couturier & Lock, 2006, Viglione et al. 2006). Η ίδια η ασυνέπεια στον ορισμό της έλλειψης κλινικής εναισθησίας, η οποία οδήγησε σε ασυνεπή κριτήρια σε αυτές τις μελέτες, πιθανότατα να εξηγεί επαρκώς τις πολύ μεγάλες αποκλίσεις στα ευρήματα των μελετών τα οποία κυμαίνονται από 15% έως 80%.

Από τις παλαιότερες μελέτες προέκυψαν ευρήματα που έχουν συνδέσει την άρνηση της νόσου με χειρότερη πρόγνωση και χαμηλότερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Saccomani et al. 1998, Halmi et al. 1979), ενώ η μη ετοιμότητα για αλλαγή βρέθηκε ότι συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας (Ametller et al. 2005), διακοπής της ενδονοσοκομειακής θεραπείας και χειρότερης έκβασής της (Geller et al. 2004). Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση της άρνησης της νόσου με κλινικά συμπτώματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής, αυτή βρέθηκε να σχετίζεται με βαρύτερη διαταραχή εικόνας σώματος (Casper et al. 1979) και με μεγαλύτερη βαρύτητα διατροφικών συμπτωμάτων (Steinhausen 1986). Αντικρουόμενα ήταν τα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση άρνησης τη νόσου και της συνοδού συμπτωματολογίας, όπως καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας (Newton et al. 1988) (Eckert et al. 1982).

Με δεδομένο πλέον πως η έννοια της κλινικής εναισθησίας μετεξελίχθηκε ως οφειλόταν στην πορεία των ετών στην πολυδιάστατη, σύγχρονη μορφή της,

παρατηρήθηκε μία αντίστοιχη εξέλιξη στα εργαλεία εκείνα τα οποία χρησιμοποιούνται για την εκτίμησή της. Η έλλειψη ενός τέτοιου κατάλληλου μέσου για την προσέγγιση της έννοιας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής οδήγησε στην ανάπτυξη μιας πολυδιάστατης κλίμακας, της Κλίμακας για την Εκτίμηση της Εναισθησίας στις ΔΠΤ, Schedule for the Assessment of Insight-modification for EDs (SAI-ED). Η κλίμακα αυτή προέκυψε από την προσαρμογή και εξέλιξη αντίστοιχης κλίμακας η οποία χρησιμοποιείται για τη μελέτη της κλινικής εναισθησίας σε ασθενείς με ψύχωση, την Κλίμακα για την Εκτίμηση της Εναισθησίας (Schedule for the Assessment of Insight, SAI) (David 1990, Kemp & David 1997).

Παλαιότερη μελέτη η οποία αξιολόγησε την εναισθησία σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μέσω μιας δομημένης συνέντευξης που είχε χρησιμοποιηθεί προηγουμένως σε ασθενείς με ψύχωση, ανέδειξε πως υπήρχε θετική συσχέτιση του βαθμού εναισθησίας με το επίπεδο ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και αρνητική συσχέτιση με τη βαρύτητα των κλινικών συμπτωμάτων (Greenfield 1991). Επιπλέον, σε μία πιο πρόσφατη μελέτη στην οποία χρησιμοποιήθηκε πολυδιάστατη κλίμακα εκτίμησης της εναισθησίας ειδικά προσαρμοσμένη για ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής, προέκυψε ότι περίπου το 24% των ασθενών με ΨΑ στερούνται εναισθησίας, ενώ οι ασθενείς με περιοριστικού τύπου ψυχογενή ανορεξία σεμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα εναισθησίας (Konstantakopoulos et al. 2011). Στο σύνολο των ασθενών της μελέτης ο βαθμός ελλείμματος της εναισθησίας βρέθηκε να συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με έλλειμμα στις εκτελεστικές λειτουργίες και συγκεκριμένα με το βαθμό νοητικής ακαμψίας.

8. Σκοπός και Υποθέσεις της παρούσας μελέτης

Ένας εκ των σκοπών της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της κλινικής σημασίας των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και άλλων μεταγνωσιακών παραγόντων, όπως της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης. Για το λόγο αυτό μελετήσαμε την επίδραση των μεταγνωσιακών παραγόντων στη βαρύτητα τόσο των συμπτωμάτων των ΔΠΤ, όσο και της συνοδής

συμπτωματολογίας, όπως άγχος, κατάθλιψη και ψυχαναγκαστικότητα. Στο πλαίσιο της διερεύνησης αυτής μελετήσαμε τις συσχετίσεις μεταγνωσιακών παραγόντων και συμπτωμάτων, αλλά επιπροσθέτως και μέσω μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης εξετάστηκε ο βαθμός στον οποίον οι μεταβολές στις τιμές των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων μπορούν να προβλέπουν τις μεταβολές των τιμών των μεταβλητών που αφορούν τα κλινικά συμπτώματα των ασθενών. Επιπλέον, ελέγχθηκε και κατά πόσο η συνοδός συμπτωματολογία μπορεί να παίζει ρόλο διαμεσολαβητή στη σχέση μεταγνωσιακών παραγόντων και κλινικών συμπτωμάτων των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στο δείγμα συμπεριλάβαμε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία καθώς οι πρώτες βιβλιογραφικές αναφορές που διερευνούσαν τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εστίαζαν κυρίως σε πληθυσμούς με ψυχογενή ανορεξία. Η απόφαση να περιληφθούν μόνον γυναίκες ασθενείς (και αντίστοιχα για την ομάδα ελέγχου) πάρθηκε καθόσον για την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία τα επιδημιολογικά δεδομένα υποσημαίνουν πως είναι 8-9 φορές συχνότερες στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Εξ' όσων γνωρίζουμε πρόκειται για την πρώτη μελέτη μέχρι σήμερα η οποία εξετάζει σε βάθος τη μεταγνωσιακή λειτουργία, ερευνώντας και άλλους μεταγνωσιακούς παράγοντες πέραν των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, εκτιμώντας την πιθανή συσχέτισή τους με μία πληθώρα συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι ασθενείς με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, και διερευνώντας πιθανές διαμεσολαβητικές σχέσεις.

Ένας επιπλέον σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της ύπαρξης παραληρητικής έντασης πεποιθήσεων σε ασθενείς με ΔΠΤ, και της επίδρασής τους τόσο στα κλινικά συμπτώματα της νόσου, όσο και στην ίδια την επίγνωση του νοσηρού (κλινική εναισθησία). Η έως τώρα έρευνα στην παραληρητικότητα αφορούσε πεποιθήσεις για το βάρος και την εικόνα σώματος, ενώ ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν για πρώτη φορά να διευρύνει το πεδίο μελέτης και σε άλλες κυρίαρχες, αλλά σχετικές με τη διαταραχή, πεποιθήσεις προς διερεύνηση. Επιπλέον, πρόκειται για την πρώτη μελέτη στο πεδίο των ΔΠΤ έως σήμερα η οποία διερευνά πιθανές συσχετίσεις μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων, παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας.

Τέλος, ένας επιπλέον σκοπός ήταν η εκτίμηση της κλινικής εναισθησίας (επίγνωσης του νοσηρού) των ασθενών και η διερεύνηση της σχέσης της με μεταγνωσιακούς παράγοντες και την παραληρητικότητα.

Υποθέσεις της παρούσας μελέτης

Με βάση το προαναφερόμενο σκεπτικό, τον σχεδιασμό της μελέτης αυτής και τα ευρήματα των προηγούμενων σχετικών μελετών υποθέσαμε τα ακόλουθα:

1. Η ομάδα με ψυχογενή ανορεξία (ΨΑ) θα εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων. Συγκεκριμένα, τόσο οι συνολικές βαθμολογίες, όσο και οι βαθμολογίες σε ορισμένες από τις υποκλίμακες του MCQ - 30 θα είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες στην ομάδα ΨΑ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.
2. Η ομάδα με ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ) θα εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων. Συγκεκριμένα, τόσο οι συνολικές βαθμολογίες, όσο και οι βαθμολογίες σε ορισμένες από τις υποκλίμακες του MCQ - 30 θα είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες στην ομάδα ΨΒ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.
3. Θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, όπως αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο MCQ-30, και των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ.
4. Οι ομάδες ΨΑ και ΨΒ θα εμφανίσουν χαμηλότερα επίπεδα ως προς την ομάδα ελέγχου στις μεταγνωσιακές λειτουργίες της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης όπως αυτές αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο SRIS.
5. Θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταγνωσιακών λειτουργιών της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης με τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ.
6. Ο μεγαλύτερος βαθμός παραληρητικότητας των πεποιθήσεων θα παρατηρηθεί στην ομάδα ΨΑ Περιοριστικού Τύπου σε σύγκριση με τις ομάδες ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου και ΨΒ.

7. Θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της παραληρητικότητας και των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου στις ομάδες ΨΑ Περιοριστικού Τύπου, ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου και ΨΒ.
8. Ο μεγαλύτερος βαθμός κλινικής εναισθησίας θα παρατηρηθεί στην ομάδα ΨΒ σε σύγκριση με τις ομάδες ΨΑ Περιοριστικού Τύπου και ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου.
9. Θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλινικής εναισθησίας και των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου στις ομάδες ΨΑ Περιοριστικού Τύπου, ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου και ΨΒ.
10. Θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας και της κλινικής εναισθησίας στις ομάδες ΨΑ Περιοριστικού Τύπου, ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου και ΨΒ.
11. Θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας και ορισμένων δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ.
12. Θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλινικής εναισθησίας και ορισμένων δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία

1.1 Κριτήρια συμμετοχής και αποκλεισμού

Κριτήρια συμμετοχής ασθενών

- Διάγνωση Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας με βάση τα κριτήρια στο δημοσιευμένο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM 5 (American Psychiatric Association 2013).
- Ηλικία από 18 έως 45 ετών
- Φύλο: Γυναίκες
- Άρτια γνώση της ελληνικής γλώσσας, γραπτής και προφορικής
- Έγγραφη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης

Κριτήρια αποκλεισμού ασθενών

- Νοητική υστέρηση
- Διάγνωση κατάχρησης αλκοόλ ή εθιστικών ουσιών σύμφωνα με το DSM 5 κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ή διάγνωση εξάρτησης από το αλκοόλ ή άλλες ουσίες σύμφωνα με το DSM 5 κατά το τελευταίο 6μηνο
- Ιστορικό ψυχωσικής διαταραχής ή επεισοδίου άλλης διαταραχής με ψυχωσικά στοιχεία
- Συνυπάρχουσα διαταραχή σωματικής δυσμορφίας ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με πτωχή εναισθησία ή τρέχον βαρύ μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο
- Απροθυμία ή αδυναμία παρακολούθησης της διαδικασίας της μελέτης

Κριτήρια αποκλεισμού υγιών μαρτύρων

- Ατομικό αναμνηστικό ψυχιατρικής διαταραχής
- Λήψη ψυχοτρόπων ουσιών
- Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) μικρότερος του 18,5 ή μεγαλύτερος του 25
- Οικογενειακό ιστορικό διαταραχής πρόσληψης τροφής

1.2 Αρχικός υπολογισμός του δείγματος συμμετεχουσών στη μελέτη

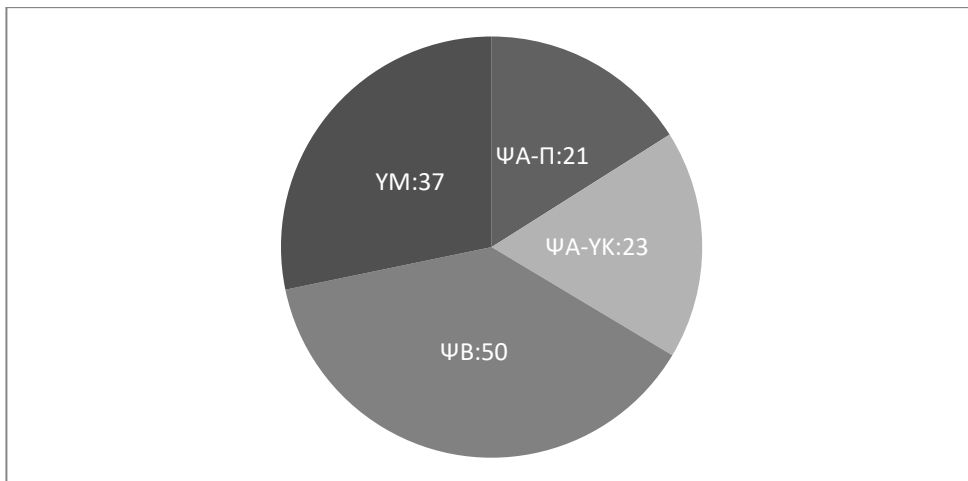
Τη χρονική περίοδο σχεδιασμού του ερευνητικού πρωτοκόλλου, η πλέον πρόσφατη μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκε το μεγαλύτερο έως τότε δείγμα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και υγιών μαρτύρων σε δίαιτα (Kleinbichler 2013), βρέθηκαν διαφορές στη συνολική βαθμολογία του MCQ-30 που αντιστοιχούσαν σε μεγάλο μέγεθος αποτελέσματος (συντελεστής Cohen's $d = 0,95$). Υπολογίσθηκε ότι για την ανάδειξη διαφορών αυτού του μεγέθους με στατιστική ισχύ 0,80 και σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$, θα απαιτούνταν τουλάχιστον 26 συμμετέχουσες σε κάθε ομάδα (ασθενών και υγιών μαρτύρων). Ωστόσο, δεν υπήρχαν έως τότε μελέτες κατά τις οποίες να έχουν εκτιμηθεί άλλες μεταγνωσιακές παράμετροι όπως η αναστοχαστικότητα και η αυτεπίγνωση σε ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής καθώς και οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις στην ψυχογενή βουλιμία. Κατά συνέπεια δεν μπορούσε να υπολογιστεί βάση ευρημάτων για τις ανωτέρω παραμέτρους το προσδοκώμενο αποτέλεσμα και να καθοριστεί αναλόγως το μέγεθος του δείγματος.

Στη μεγαλύτερη έως τότε μελέτη που συνέκρινε το βαθμό παραληρητικότητας των πεποιθήσεων για την εικόνα σώματος ανάμεσα σε ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου, ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου και ψυχογενή βουλιμία (Konstantakopoulos et al. 2012, Κωνσταντακόπουλος 2013) βρέθηκαν διαφορές που αντιστοιχούν σε πολύ μεγάλο μέγεθος αποτελέσματος (συντελεστής Cohen's $d = 1,05$). Βάσει αυτού του μεγέθους υπολογίσθηκε ότι στις αντίστοιχες συγκρίσεις της παρούσας μελέτης για τη διασφάλιση επαρκούς στατιστικής ισχύος (0,80) και σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ θα έπρεπε να συμμετάσχουν στη μελέτη συνολικά τουλάχιστον 66 ασθενείς. Επιπλέον, προκειμένου να επιτευχθεί η ίδια στατιστική ισχύς για τις ισχυρές συσχετίσεις (συντελεστής συσχέτισης $\geq 0,5$), που θα υπολογιστούν μεταξύ των υπό μελέτη παραμέτρων εντός των ομάδων της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, θα έπρεπε κάθε ομάδα να αποτελείται από 29 ασθενείς. Συμπερασματικά, για την αναγκαία στατιστική ισχύ θα έπρεπε να συμπεριληφθούν στη μελέτη μας τουλάχιστον 37 ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, 29 ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και μία αντίστοιχη ομάδα υγιών μαρτύρων.

1.3 Οριστικό δείγμα συμμετεχουσών στη μελέτη

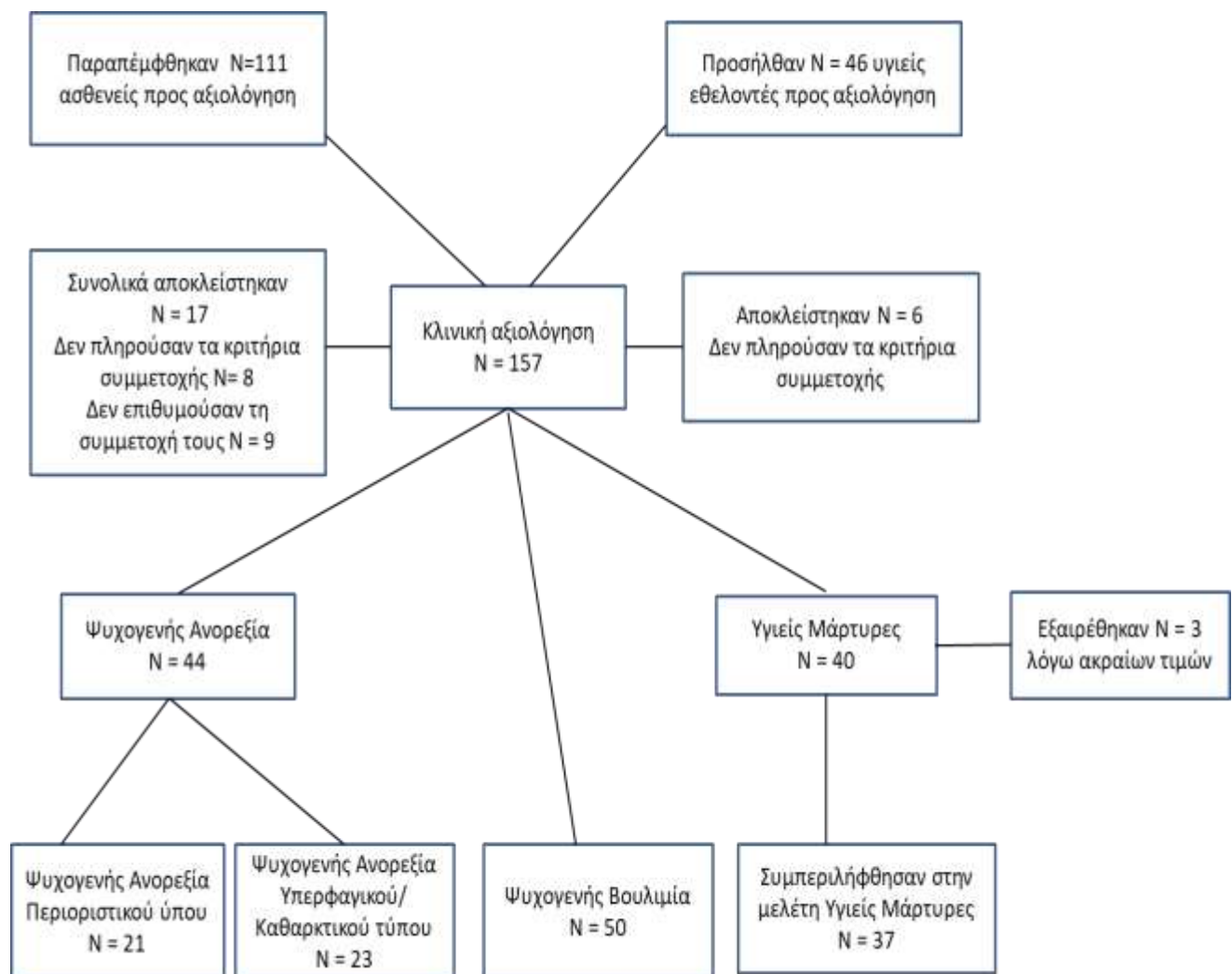
Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης, αποτέλεσαν τελικά 94 ασθενείς γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία και 37 υγιείς μάρτυρες. Η ομάδα των ασθενών αποτελούνταν από γυναίκες οι οποίες παραπέμφθηκαν ή απευθύνθηκαν οι ίδιες για θεραπεία στην Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και οι οποίες αξιολογήθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης προ της έναρξης της τακτικής παρακολούθησής τους σε εξωτερική βάση. Η κλινική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας ή της ψυχογενούς βουλιμίας έγινε από δύο εξειδικευμένους στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ψυχιάτρους, σύμφωνα με τα κριτήρια του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM 5 (American Psychiatric Association 2013). Το τελικό δείγμα των ασθενών αποτελούνταν από 44 ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και 50 ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ). Από τις 44 ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, οι 21 εμφάνιζαν τον υπότυπο ψυχογενής ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π) και 23 ασθενείς αυτόν υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ).

Η υγιής ομάδα ελέγχου περιέλαβε τελικά 37 γυναίκες οι οποίες δήλωσαν την πρόθεσή τους να συμμετάσχουν στην μελέτη και ήταν μέλη του νοσοκομειακού και πανεπιστημιακού προσωπικού ή φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών.



Εικόνα 2: Σχηματική απεικόνιση του δείγματος της μελέτης

Αρχικά, πρόταση να συμμετάσχουν στην μελέτη έγινε σε 111 ασθενείς, όμως 9 δεν επιθυμούσαν τη συμμετοχή τους, ενώ 8 αποκλείστηκαν λόγω των κριτηρίων αποκλεισμού (συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή). Σε ό,τι αφορά την ομάδα υγιών μαρτύρων αρχικά 46 προθυμοποιήθηκαν να συμμετάσχουν, αλλά 9 αποκλείστηκαν είτε λόγω κριτηρίων αποκλεισμού (2 άτομα με ψυχιατρική διαταραχή, 4 άτομα λόγω ΔΜΣ ο οποίος ήταν μεγαλύτερος του 25) και 3 άτομα αποκλείστηκαν από τη μελέτη λόγω ακραίων τιμών στις μεταβλητές ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο, προκειμένου οι συμμετέχουσες να εναρμονιστούν ως προς τις μεταβλητές αυτές και έτσι να εξουδετερωθεί ενδεχόμενη επίδραση αυτών των παραγόντων στις μεταξύ τους συγκρίσεις.



Εικόνα 3: Διάγραμμα ροής συμμετεχόντων στη μελέτη

1.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το ερευνητικό πρωτόκολλο της συγκεκριμένης έρευνας κατατέθηκε και έλαβε έγκριση από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Όλες οι υποψήφιες συμμετέχουσες στη μελέτη εκτιμήθηκαν με βάση τα κριτήρια συμμετοχής και αποκλεισμού. Κατά την εκτίμηση αυτή οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν επίσης εκτενώς για τον σκοπό της έρευνας και για την ακριβή διαδικασία αυτής. Η διασφάλιση της ανωνυμίας και το απόρρητο των προσωπικών στοιχείων, ο τρόπος φύλαξης των δεδομένων, αλλά και η δυνατότητα και η διαδικασία μεταγενέστερης άρνησης της συμμετοχής αυτών ήταν σαφή στις συμμετέχουσες. Κατόπιν της εξασφάλισης της συναίνεσης κατόπιν πληροφόρησης των πιθανών συμμετεχουσών, αυτές υπέγραψαν τη δήλωση συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Με τη διασφάλιση της έγγραφης συναίνεσης, ακολουθούσε η συνεδρία κλινικής εκτίμησης, η οποία περιλάμβανε και τις ημιδομημένες συνεντεύξεις χορήγησης των κλιμάκων BABS και SAI-ED. Τελικά η διαδικασία ολοκληρωνόταν για την κάθε συμμετέχουσα στη μελέτη με τη συμπλήρωση των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

1.4.1 Κλινική εκτίμηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

- Η κλινική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας ή της ψυχογενούς βουλιμίας έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του διεθνούς συστήματος ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM 5 (American Psychiatric Association 2013).
- Μέσω ημιδομημένης συνέντευξης συμπληρώθηκε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο που αφορούσε δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία, το αναπτυξιακό και ιατρικό ιστορικό καθώς και στοιχεία σχετικά με έναρξη, την πορεία της νόσου και την αντιμετώπισή της μέχρι την εξέταση. Ελήφθησαν επίσης στοιχεία οικογενειακού ιστορικού που αφορούσαν την πιθανή ύπαρξη διαταραχών πρόσληψης τροφής και άλλων ψυχικών διαταραχών.

- Το τρέχον βάρος και ύψος των ασθενών μετρήθηκε κατά τη διάρκεια της κλινικής τους εκτίμησης και έμμεσα προσδιορίστηκε ο τρέχων δείκτης μάζας σώματος (Body mass index, BMI) [βάρος (kg)/ύψος (m)²]. Με βάση τις αναφορές των ασθενών υπολογίστηκε επίσης το ελάχιστο κατά το παρελθόν BMI.
- Το *Ερωτηματολόγιο για την Εξέταση των Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q)* (Fairburn 2008) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση των παραμέτρων εκείνων που συνδέονται με αυτές τις διαταραχές. Προήλθε από τη Συνέντευξη για την Εξέταση των Διατροφικών Διαταραχών (EDE) (Fairburn 1993). Το EDE-Q αξιολογεί όχι μόνο διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς, αλλά και άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με τις ΔΠΤ. Εμπεριέχει τέσσερις υποκλίμακες, οι οποίες αφορούν τον περιορισμό της τροφής, την ανησυχία για το φαγητό, την ανησυχία για το βάρος και την ανησυχία για το σχήμα του σώματος. Την επιμέλεια της μετάφρασης στα Ελληνικά είχαν οι Σ. Πλιατσκίδου, Μ. Σαμακουρή και Μ. Λειβαδίτης (Πλιατσκίδου και συν. 2015)

1.4.2 Ειδική εκτίμηση των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης

- Το *Ερωτηματολόγιο για τις Μεταγνωσίες (Metacognitive Questionnaire-30, MCQ-30)* (Wells & Cartwright-Hatton 2004) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εκτιμηθούν οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις των ατόμων που θα συμμετάσχουν στην μελέτη. Στο ερωτηματολόγιο MCQ - 30 περιέχονται πέντε υποκλίμακες. (1) Η υποκλίμακα «θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία» μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η ανησυχία ή οι επίμονες σκέψεις είναι χρήσιμες και βοηθούν στην επίλυση των προβλημάτων ή στην αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων. (2) Η υποκλίμακα «αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται» μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η ανησυχία ή οι επίμονες

σκέψεις είναι ψυχικά ή σωματικά επικίνδυνες. (3) Η υποκλίμακα «νοητική αυτοπεποίθηση» (εκτιμάται η έλλειψη αυτής), αναφέρεται στην εμπιστοσύνη την οποία έχει το άτομο στις νοητικές του δεξιότητες, δηλαδή την προσοχή, τη μνήμη και την αντίληψη της πραγματικότητας. (4) Η υποκλίμακα «ανάγκη για έλεγχο της σκέψης» μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι αν μια σκέψη δεν ελέγχεται, αυτό θα αποφέρει σοβαρές συνέπειες και ως εκ τούτου ορισμένες σκέψεις πρέπει να κατασταλούν. (5) Η υποκλίμακα «νοητική αυτοσυνείδηση» μετρά την τάση ενός ατόμου να παρακολουθεί τη σκέψη του και να επικεντρώνεται στις εσωτερικές διεργασίες αυτής (Wells 2004).

Υψηλή βαθμολογία σε κάθε υποκλίμακα υποδηλώνει αυξημένη παρουσία της αντίστοιχης στρατηγικής αντιμετώπισης. Η Ελληνική έκδοση του MCQ-30 έχει φανεί πως αποτελεί ένα κατανοητό και ψυχομετρικά κατάλληλο μέσο, καθώς και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των μεταγνώσιών στον ελληνικό πληθυσμό (Tyrpaldou et al. 2014).

- Η κλίμακα για την εκτίμηση της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης (*Self-Reflection and Insight Scale-SRIS*) (Grant 2002) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθεί η ικανότητα των ασθενών για αναστοχασμό και ο βαθμός παρουσίας αυτεπίγνωσης. Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 5 σημείων με 20 λήμματα-δηλώσεις τα οποία βαθμολογούνται από το ένα έως το πέντε, με τη βαθμολογία 1 να αντιστοιχεί στη δήλωση «διαφωνώ απολύτως» και τη βαθμολογία 5 να αντιστοιχεί στη δήλωση «συμφωνώ απολύτως». Η κλίμακα έχει μέγιστη βαθμολογία το 40 και περιλαμβάνει δύο επιμέρους υποκλίμακες: 1) την αναγνώριση της ανάγκης και την εμπλοκή σε αναστοχασμό και 2) την αυτεπίγνωση. Η Ελληνική έκδοση της κλίμακας προέκυψε κατόπιν μετάφρασης μετά από άδεια από τον καθηγητή Grant και παρουσιάζει πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας με υψηλό συντελεστή αξιοπιστίας α του Cronbach τόσο για την κλίμακα στο σύνολό της (0,819), όσο και για τις υποκλίμακές της (SRIS Αναστοχαστικότητα: 0,871), (SRIS Αυτεπίγνωση: 0,872) (δεδομένα των ερευνητών προς υποβολή για δημοσίευση).

1.4.3 Εκτίμηση της κλινικής εναισθησίας και της παραληρητικότητας του ιδεασμού

- Η Συνέντευξη για την Εκτίμηση της Εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (*Interview based Schedule for the Assessment of Insight in Eating Disorders, SAI-ED*) (Konstantakopoulos, 2020) είναι μία ημιδομημένη συνέντευξη 8 λημμάτων, για τη διαβαθμισμένη εκτίμηση της εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Αποτελεί εξέλιξη του αντίστοιχου αυτο-συμπληρούμενου εργαλείου (*Schedule for the Assessment of Insight in Eating Disorders, SAI-ED*) (Konstantakopoulos et al., 2011) το οποίο προέρχεται από προσαρμογή αντίστοιχης κλίμακας (SAI-E) (David 1990, Kemp and David 1996), η οποία έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της εναισθησίας στις ψυχωσικές διαταραχές. Η SAI-ED εκτιμά διαφορετικές όψεις της εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και έχει φανεί πως έχει 3 υποκλίμακες, ήτοι: επίγνωση του νοσηρού, επίγνωση των συμπτωμάτων, συμμόρφωση με τη θεραπεία. Συγκεκριμένα αποτιμά: (1) την αναγνώριση ύπαρξης ψυχικής νόσου, (2) την επίγνωση της ανάγκης για θεραπεία, (3α) την αναγνώριση ανησυχίας για το σωματικό βάρος, (3β) την ικανότητα αναγνώρισης του παθολογικού στην ανησυχία για το σωματικό βάρος, (4α) την αναγνώριση των διαταραγμένων συμπεριφορών διατροφής, (4β) την ικανότητα επίγνωσης του παθολογικού στις διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής, (5) την ικανότητα του ασθενούς να λάβει υπόψη του την άποψη ενός άλλου ατόμου (υποθετική αντιπαράθεση), (6) την αποδοχή της θεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της παθητικής αποδοχής). Τα λήμματα 1 και 2 βαθμολογούνται από 0 έως 2, τα λήμματα 3α, 3β, 4α, 4β και 5 βαθμολογούνται από 0 έως 4, και το λήμμα 6 από 0 έως 5, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε καλύτερη εναισθησία (μέγιστη συνολική βαθμολογία της κλίμακας 29).
- Η Κλίμακα Εκτίμησης των Πεποιθήσεων Brown (*Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS*) (Eisen et al. 1998), η οποία εκτιμά μέσω ημιδομημένης συνέντευξης το βαθμό της παραληρητικότητας του ιδεασμού, εφαρμόστηκε προκειμένου να διερευνηθούν πεποιθήσεις των ασθενών σχετικές με τη διαταραχή τους. Η χορήγηση της κλίμακας BABS, προϋποθέτει τον προσδιορισμό της κυρίαρχης πεποίθησης κατά την αρχική φάση της ημιδομημένης συνέντευξης. Πιο

συγκεκριμένα, στη μελέτη μας ζητήθηκε από κάθε ασθενή να αναφέρει ποιες σκέψεις ή πεποιθήσεις είχε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν σημαντικά τη διατροφή της, και ακολούθως, ο εξεταστής και η ασθενής κατέληγαν από κοινού σε μία πρόταση η οποία να εκφράζει με ακρίβεια την κυρίαρχη πεποίθηση προς αξιολόγηση. Η κλίμακα και η ημιδομημένη συνέντευξη μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν στην ελληνική γλώσσα από τους Γ. Κωνσταντακόπουλο και Ε. Βάρσου. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής της BABS σε δείγμα ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής βρέθηκε ότι ήταν άριστες (Konstantakopoulos et al. 2012). Η BABS βαθμολογεί επτά χαρακτηριστικά των πεποιθήσεων, αναφερόμενη στην προηγούμενη της εξέτασης εβδομάδα και συγκεκριμένα τη βεβαιότητα, την αντίληψη των απόψεων των άλλων, την εξήγηση της διαφοράς των απόψεων, την σταθερότητα των πεποιθήσεων, τις προσπάθειες ανασκευής των πεποιθήσεων, την εναισθησία και τις ιδέες αναφοράς. Παρέχει μία διαστασιακή εκτίμηση της παραληρητικότητας (συνολική βαθμολογία στα έξι πρώτα λήμματα) αλλά και τη δυνατότητα κατηγοριοποίησης των πεποιθήσεων σε «παραληρητικές» και «με πτωχή εναισθησία» βάση προσδιορισμένων ελάχιστων βαθμολογιών (cut off points). Συγκεκριμένα, κάθε λήμμα της BABS βαθμολογείται από 0 έως 4 και το άθροισμα των βαθμολογιών των έξι πρώτων λημμάτων αποδίδει την παραληρητικότητα της υπό εξέταση πεποίθησης (μέγιστη βαθμολογία 24). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το κατηγορικό πρότυπο εκτίμησης μέσω της BABS, η πεποίθηση χαρακτηρίζεται παραληρητική (βαθμός παραληρητικότητας 2), εφόσον η βαθμολογία στο πρώτο λήμμα της κλίμακας είναι 4 και συγχρόνως η συνολική βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη από 18. Πτωχή εναισθησία επί του ιδεασμού (βαθμός παραληρητικότητας 1) διαγιγνώσκεται όταν η βαθμολογία στο πρώτο λήμμα της κλίμακας είναι τουλάχιστον 3 και συγχρόνως η συνολική βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη από 13. Σε κάθε άλλη περίπτωση ο βαθμός παραληρητικότητας είναι 0. Στην παρούσα έρευνα αναφερόμαστε στη παραληρητικότητα (ως το άθροισμα των βαθμολογιών των έξι πρώτων λημμάτων) και το βαθμό παραληρητικότητας (τιμές 0,1,2).

1.4.4 Εκτίμηση συνυπάρχουσας συμπτωματολογίας

- Η «*Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης*» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). (Zigmond & Snaith 1983) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εκτιμηθεί η ύπαρξη πιθανής συνοδού καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας. Αξίζει να αναφέρουμε ότι οι ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τα συμπτώματα κατάθλιψης, δεν αφορούν σωματικά χαρακτηριστικά αυτής, όπως η αύπνια και η ελάττωση του βάρους, τα οποία μπορεί να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα της κλίμακας, αφού μπορεί να εμφανιστούν και ως αποτέλεσμα της ίδιας της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Η κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 14 ερωτήσεις από τις οποίες 7 αφορούν την εκτίμηση της αγχώδους και οι υπόλοιπες 7 την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Σε κάθε ερώτηση υπάρχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις οι οποίες βαθμολογούνται από 0-3 με τα μεγαλύτερα σκορ να υποδηλώνουν εντονότερα συμπτώματα. Το συνολικό αποτέλεσμα που προκύπτει για την κάθε διαταραχή ξεχωριστά μπορεί να κυμαίνεται από 0-21. Η HADS έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες και παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί, με καλά αποτελέσματα (Michopoulos et al. 2008).
- Η κλίμακα Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson & Rachman 1977) χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και την εκτίμηση της σοβαρότητάς τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις διωνυμικής επιλογής (σωστό-λάθος). Η μέγιστη βαθμολογία για το γενικό δείκτη είναι 30. Από το MOCI εξάγονται ένας γενικός δείκτης και τέσσερις ειδικοί δείκτες (έλεγχος, καθαριότητα, βραδύτητα και αμφιβολία). Το ερωτηματολόγιο MOCI χαρακτηρίζεται από καλή εσωτερική εγκυρότητα και καλή έως πολύ καλή αξιοπιστία ανάμεσα στα τεστ και συγκλίνουσα εγκυρότητα. Το ερωτηματολόγιο MOCI έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Palermou et al. 2009). Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς μας ενδιαφέρει η αδρή εκτίμηση της συνοδού συμπτωματολογίας σε ό,τι αφορά την

ψυχαναγκαστικότητα, θα αρκεστούμε στη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου, δηλαδή στο γενικό δείκτη.

1.5 Στατιστική Ανάλυση

Η εσωτερική συνοχή των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους ελέγχθηκε μέσω υπολογισμού του συντελεστή (α) του Cronbach. Όλες οι μεταβλητές ελέγχθηκαν αρχικά ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους με βάση τη δοκιμασία Kolmogorov–Smirnov, και τις τιμές κύρτωσης από τα σχετικά διαγράμματα. Καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των μεταβλητών, όπως θα αναφερθεί στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων παρουσίασαν μη κανονική κατανομή αποφασίσθηκε να χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες για λόγους ομοιομορφίας. Μία σειρά από μη παραμετρικές δοκιμασίες Kruskal–Wallis H διεξήχθησαν προκειμένου να γίνουν οι κατάλληλες συγκρίσεις μεταξύ των τριών υποπληθυσμών (ψυχογενούς ανορεξίας-ΨΑ, ψυχογενούς βουλιμίας-ΨΒ και υγιών μαρτύρων-ΥΜ) στις μεταβλητές ηλικία, ΔΜΣ, έτη εκπαίδευσης, στις συνολικές βαθμολογίες των ερωτηματολογίων EDE-Q, MCQ-30, SRIS, HADS, MOCI, BABS, SAI-ED και τις υποκλίμακές τους. Μία σειρά από μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U tests χρησιμοποιήθηκαν post hoc για τις επιμέρους συγκρίσεις ανά δύο ομάδες, ενώ ακολούθως εφαρμόσθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις. Ο συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman (ρ) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών στον κλινικό πληθυσμό με διαταραχή πρόσληψης τροφής. Μέσω αναλύσεων γραμμικής παλινδρόμησης διερευνήθηκε η επίδραση των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων της διαταραχής πρόσληψης τροφής και των συνοδών συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας στις ασθενείς με διαταραχή πρόσληψη τροφής. Η PROCESS macro έκδοση 3.3 για το λογισμικό SPSS (Hayes, 2018) για πολλαπλές αναλύσεις διαμεσολάβησης με τη χρήση bootstrapping (5.000 bootstraps) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξετασθεί κατά πόσον η σχέση μεταξύ των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και των συμπτωμάτων των ΔΠΤ διαμεσολαβείται από τις μεταβλητές που εκφράζουν συνοδά συμπτώματα άγχους κατάθλιψης και

ψυχαναγκαστικότητας, δηλαδή τις: HADS-Anxiety, HADS-Depression and MOCI Total. Η στατιστική σημαντικότητα ελέγχεται στην ανάλυση αυτή με τη χρήση των διορθωμένων από μεροληψία διαστημάτων εμπιστοσύνης (bias corrected and accelerated confidence intervals 95% BCaCI). Όταν η τιμή 0 δεν εμπεριέχεται στο διάστημα εμπιστοσύνης, τότε ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας είναι στο 0,05%. Οι συχνότητες εμφάνισης των τριών κατηγοριών πεποιθήσεων (παραληρητικών, υπερτιμημένων ιδεών και με επαρκή εναισθησία) συγκρίθηκαν μεταξύ των ομάδων ΨΑ-Π, ΨΑ-ΥΚ και ΨΒ μέσω της δοκιμασίας χ^2 . Το κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας ορίσθηκε στα επίπεδα $p = 0,05$ και $p = 0,001$. Για το σύνολο των αναλύσεων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας IBM SPSS Statistics Version 25.0 for Windows.

1.6 Αναφορά στις μεταβλητές της μελέτης

Στο σημείο αυτό, και προκειμένου να διευκολύνουμε την ανάγνωση και κατανόηση των αποτελεσμάτων, κρίνεται σκόπιμο να παραθέσουμε τις μεταβλητές που διερευνήθηκαν στο πλαίσιο αυτής της μελέτης, στη λίστα που ακολουθεί.

Μεταγνωσιακοί Παράγοντες

Μεταγνωσιακές Πεποιθήσεις

- ❖ *Metacognitive Questionnaire-30 - MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία*
- ❖ *Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία -Positive beliefs about worry - PBW*
- ❖ *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται - negative beliefs about uncontrollability of thoughts and danger - NBUD*
- ❖ *Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης - need to control thoughts - NCT*
- ❖ *Νοητική αυτοπεποίθηση (Έλλειψη) - cognitive confidence (lack of) - LCC*
- ❖ *Νοητική αυτοσυνείδηση - cognitive - self-consciousness – CSC*

Αναστοχαστικότητα και Αυτεπίγνωση

- ❖ *SRIS Συνολική Βαθμολογία- Self-Reflection and Insight Scale Total Score*
- ❖ *Αναστοχαστικότητα - Self-Reflection*
- ❖ *Αυτεπίγνωση - Insight*

Κλινική Εναισθησία και Παραληρητικότητα

- ❖ *Κλινική Εναισθησία - SAI-ED Βαθμολογία*
- ❖ *Παραληρητικότητα - BABS Βαθμολογία*
- ❖ *Βαθμός Παραληρητικότητας - Delusional degree*

Συμπτωματολογία Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

- ❖ *Global EDEQ - Συνολική Βαθμολογία*
- ❖ *EDEQ-Περιορισμός της τροφής*
- ❖ *EDEQ-Ανησυχία για το φαγητό*
- ❖ *EDEQ-Ανησυχία για το βάρος του σώματος*
- ❖ *EDEQ-Ανησυχία για το σχήμα του σώματος*

Συνοδός Ψυχιατρική Συμπτωματολογία

- ❖ *HADS-Κατάθλιψη*
- ❖ *HADS-Άγχος*
- ❖ *MOCI-Ψυχαναγκαστικότητα*

2. Αποτελέσματα

2.1 Έλεγχος Αξιοπιστίας

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 1) παρατίθενται οι τιμές του συντελεστή (α) του Cronbach, για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν και τις υποκλίμακές τους, όπως υπολογίσθηκαν από αναλύσεις οι οποίες βασίστηκαν στο υπό μελέτη δείγμα. Ο συντελεστής αυτός χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν. Καθώς τιμές μεγαλύτερες του 0,7 ή του 0,8 θεωρούνται ικανοποιητικές, παρατηρείται πως η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των εργαλείων της συγκεκριμένης μελέτης είναι αποδεκτή.

Πίνακας 1: Συντελεστές (α) του Cronbach, για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν και τις υποκλίμακές τους

| Κλίμακα/Υποκλίμακα | Cronbach's Alpha |
|--|------------------|
| <i>MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία</i> | 0,918 |
| <i>MCQ-30 Νοητική αυτοπεποίθηση</i> | 0,892 |
| <i>MCQ-30 Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία</i> | 0,878 |
| <i>MCQ-30 Νοητική αυτοσυνείδηση</i> | 0,758 |
| <i>MCQ-30 Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία</i> | 0,895 |
| <i>MCQ-30 Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης</i> | 0,829 |
| <i>SRIS Συνολική Βαθμολογία</i> | 0,819 |
| <i>SRIS Αυτεπίγνωση</i> | 0,872 |
| <i>SRIS Αναστοχαστικότητα</i> | 0,871 |
| <i>BABS Συνολική Βαθμολογία</i> | 0,780 |
| <i>SAI-ED Κλινική εναισθησία Συνολική Βαθμολογία</i> | 0,876 |
| <i>EDEQ Συνολική Βαθμολογία</i> | 0,915 |
| <i>EDEQ Περιορισμός</i> | 0,898 |
| <i>EDEQ Ανησυχία για το φαγητό</i> | 0,840 |
| <i>EQEQ Ανησυχία για το σχήμα του σώματος</i> | 0,948 |
| <i>EDEQ Ανησυχία για το βάρος του σώματος</i> | 0,879 |

2.2 Έλεγχος κανονικότητας

Από τον έλεγχο κανονικότητας με βάση τη δοκιμασία Kolmogorov–Smirnov, τις τιμές κύρτωσης και τα σχετικά ιστογράμματα, βρέθηκε πως κανονική κατανομή παρουσίαζαν μόνο οι μεταβλητές *MCQ Συνολικό Σκορ*, *MCQ - Νοητική αυτοσυνείδηση*, και *EDEQ - Ανησυχία για το φαγητό*. Αντίθετα, μη κανονική

κατανομή εμφάνιζαν οι υπόλοιπες μεταβλητές. Καθώς λοιπόν η συντριπτική πλειοψηφία των μεταβλητών, παρουσίασαν μη κανονική κατανομή αποφασίσθηκε να χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες για λόγους ομοιομορφίας.

2.3 Διαφορές σε δημογραφικούς, κλινικούς και σωματομετρικούς παράγοντες μεταξύ των ομάδων ΨΑ, ΨΒ και ΥΜ

Δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών υποομάδων του δείγματος, δηλαδή την ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, την ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και την ομάδα υγιών μαρτύρων όσον αφορά την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης. Αυτό ήταν αναμενόμενο να παρατηρηθεί, λόγω της εναρμόνισης μεταξύ των ομάδων κατά τη συλλογή του δείγματος. Σε μία σειρά από δοκιμασίες Mann-Whitney U μεταξύ των ομάδων ΨΑ και ΨΒ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία όσον αφορά τη διάρκεια της νόσου. Αντίθετα, ως ήταν αναμενόμενο, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το ΔΜΣ μεταξύ των υποομάδων του δείγματος. Τόσο ο τρέχων όσο και ο ελάχιστος κατά το παρελθόν ΔΜΣ ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότεροι στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία σε σύγκριση με αυτές με ψυχογενή βουλιμία. ($U=377,50$, $p<0,001$ και $U=38,50$, $p<0,001$ αντίστοιχα). Παρατηρήθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ψυχογενή βουλιμία και υγιών μαρτύρων στις βαθμολογίες που αφορούσαν τις μεταβλητές *HADS-Άγχος*, *HADS-Κατάθλιψη* και *MOCI-Συνολικό Σκορ*, καθώς οι δύο ομάδες ασθενών εμφάνιζαν υψηλότερο άγχος, κατάθλιψη και ψυχαναγκαστικότητα από τις υγιείς μάρτυρες. Αντίστοιχα ευρήματα, ως αναμενόταν, παρατηρήθηκαν σε ό,τι αφορά και τις μεταβλητές *EDE-Q Συνολική Βαθμολογία*, *EDE-Q Περιορισμός*, *EDE-Q Ανησυχία για την τροφή*, *EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος*, *EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος*, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ), Ψυχογενή Βουλιμία, (ΨΒ), και υγιών μαρτύρων (ΥΜ)

| | ΨΑ (n=44) | ΨΒ (n=50) Διάμεσοι (IQR) | ΥΜ (n=37) | H | P |
|-------------------------------------|---------------|-----------------------------|--------------|--------|---------|
| Ηλικία (έτη) | 26,00 (10,75) | 24,00 (6,00) | 25,00 (7,00) | 2,53 | ΜΣ |
| Εκπαίδευση (έτη) | 16,00 (3,00) | 16,00 (2,00) | 16,00 (3,00) | 7,51 | ΜΣ |
| ΔΜΣ (kg/m ²) | 16,58 (2,37) | 21,77 (4,45) | 20,94 (2,50) | 84,04 | < 0,001 |
| Ελάχιστος ΔΜΣ (kg/m ²) | 15,49 (2,22) | 18,66 (3,50) | - | 38,50* | < 0,001 |
| Διάρκεια νόσου (έτη) | 5,00 (8,00) | 6,00 (9,00) | - | - | ΜΣ |
| HADS-Άγχος | 13,00 (5,00) | 10,50 (7,00) | 3,00 (2,00) | 68,16 | < 0,001 |
| HADS-Κατάθλιψη | 9,00 (5,00) | 9,00 (5,00) | 2,00 (2,00) | 62,33 | < 0,001 |
| MOCI Συνολική Βαθμολογία | 13,50 (7,75) | 12,00 (8,00) | 5,00 (4,50) | 61,25 | < 0,001 |
| EDE-Q Περιορισμός | 4,80 (1,20) | 4,00 (1,85) | 0,60 (0,80) | 73,53 | < 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για την τροφή | 3,50 (1,90) | 4,00 (1,45) | 0,20 (0,60) | 78,62 | < 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος | 4,50 (2,06) | 4,94 (1,75) | 0,75 (1,25) | 70,10 | < 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος | 3,60 (2,00) | 4,60 (1,65) | 0,40 (1,10) | 74,64 | < 0,001 |
| EDE-Q Συνολική Βαθμολογία | 4,15 (1,34) | 4,45 (1,08) | 0,47 (0,99) | 77,71 | < 0,001 |

IQR: Inter-quartile range-Διατεταρτημοριακό διάστημα, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, ΜΣ: Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι τιμές *p* αφορούν τις μη παραμετρικές δοκιμασίες Kruskal–Wallis *H*. * Δοκιμασία Mann-Whitney *U* μεταξύ των ομάδων ΨΑ και ΨΒ. Στις τιμές *p* που αφορούν στα Mann-Whitney *U* tests εφαρμόστηκε η διόρθωση κατά Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις

2.4 Μεταγνωσιακοί Παράγοντες (Αναστοχαστική Λειτουργία και Δυσλειτουργικές Μεταγνωσιακές Πεποιθήσεις)

2.4.1 Διαφορές σε μεταγνωσιακούς παράγοντες μεταξύ των ομάδων της μελέτης

Σε μία σειρά από μη παραμετρικές δοκιμασίες Kruskal-Wallis, αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών υποομάδων του δείγματος, δηλαδή την ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, την ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και την ομάδα υγιών μαρτύρων όσον αφορά τις μεταβλητές *SRIS Συνολική Βαθμολογία, Αυτεπίγνωση, MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία, Νοητική Αυτοπεποίθηση, Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία, Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικές με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και Νοητική αυτοσυνείδηση*. Οι συγκρίσεις ανά ζεύγη έγιναν με τη χρήση δοκιμασιών Mann-Whitney U και ανέδειξαν πως οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τις υγιείς μάρτυρες σε ό,τι αφορά τις μεταβλητές *SRIS Συνολική Βαθμολογία και Αυτεπίγνωση, MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία, Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία, Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και Νοητική αυτοσυνείδηση*. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και υγιών μαρτύρων όσον αφορά στην *Αναστοχαστικότητα και την Νοητική αυτοπεποίθηση* (Πίνακας 3).

Αντίστοιχα, οι συγκρίσεις ανά ζεύγη ανέδειξαν πως οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τις υγιείς μάρτυρες σε ό,τι αφορά τις μεταβλητές *SRIS Συνολική Βαθμολογία, Αυτεπίγνωση, MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία, Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία, Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και υγιών μαρτύρων όσον αφορά στην *Αναστοχαστικότητα την Νοητική αυτοπεποίθηση και την Νοητική αυτοσυνείδηση* (Πίνακας 3).

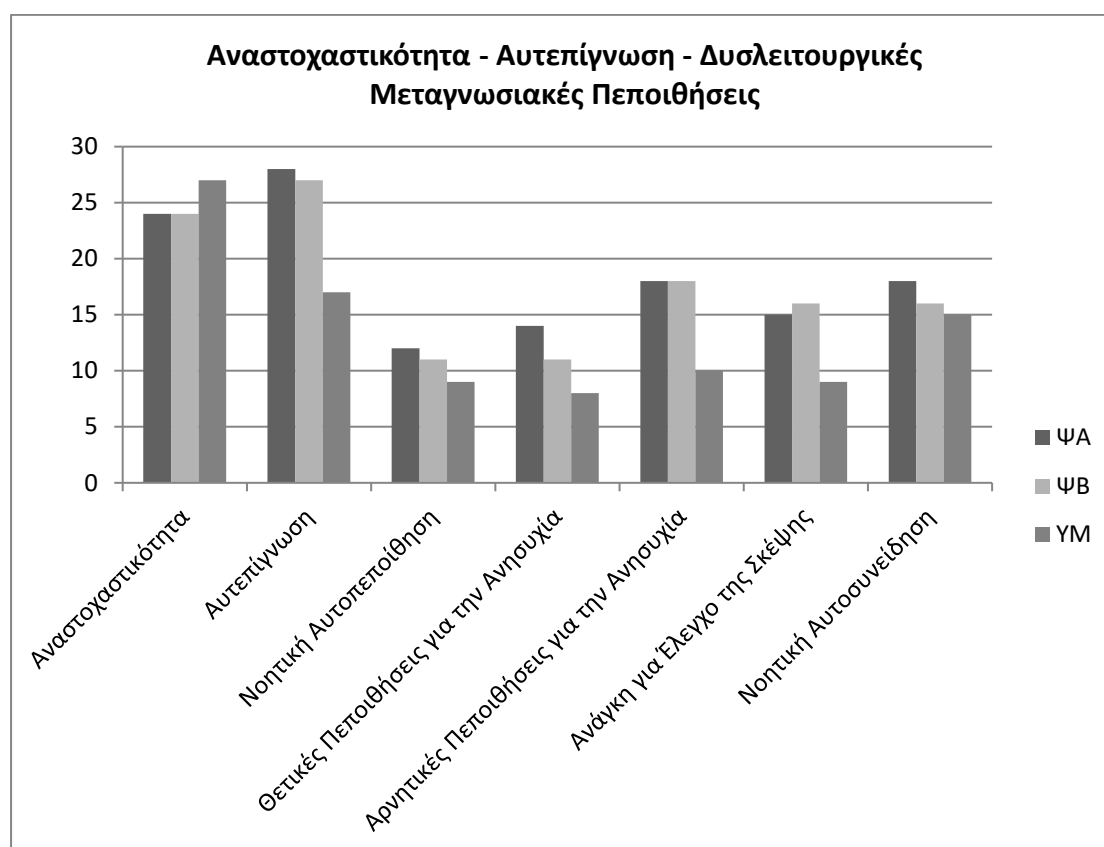
Πίνακας 3: Αναστοχαστικότητα, Αυτεπίγνωση (κλίμακα SRIS) και Δυσλειτουργικές Μεταγνωσιακές Πεποιθήσεις (κλίμακα MCQ-30) στην Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ), Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ) και Υγιείς Μάρτυρες (ΥΜ)

| | ΨΑ (n=37) | ΨΒ (n=44) | ΥΜ (n=50) | H | ρ | U | P' | |
|--|--|-----------|-------------|-------|--------|-------|----------|---------|
| | Διάμεσος (Διατεταρτημοριακό Διάστημα) | | | | | | | |
| SRIS Συνολική Βαθμολογία | 53,00 | 52,00 | 44,00 | 16,28 | <0,001 | ΨΑ-ΥΜ | 385,50 | 0,002 |
| | (8,00) | (11,00) | (11,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | 503,00 | 0,021 |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 969,50 | ΜΣ |
| Αναστοχαστικότητα | 24,00 | 24,00 | 27,00 | 2,24 | ΜΣ | ΨΑ-ΥΜ | | |
| | (9,00) | (9,50) | (12,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | - | - |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | | |
| Αυτεπίγνωση | 28,00 | 27,00 | 17,00 | 51,47 | <0,001 | ΨΑ-ΥΜ | 131,00 | < 0,001 |
| | (8,00) | (7,00) | (5,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | 168,50 | < 0,001 |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 919,00 | ΜΣ |
| MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία | 79,00 | 77,00 | 54,00 | 45,06 | <0,001 | ΨΑ-ΥΜ | 159,50 | < 0,001 |
| | (22,00) | (19,50) | (20,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | 270,00 | < 0,001 |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 966,00 | ΜΣ |
| Νοητική Αυτοπεποίθηση | 12,00 | 11,00 | 9,00 (5,00) | 7,02 | 0,030 | ΨΑ-ΥΜ | 531,00 | ΜΣ |
| | (9,00) | (8,00) | | | | ΨΒ-ΥΜ | 696,00 | ΜΣ |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 985,00 | ΜΣ |
| Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία | 14,00 | 11,00 | 8,00 (6,00) | 17,83 | <0,001 | ΨΑ-ΥΜ | 375,50 | < 0,001 |
| | (6,00) | (6,00) | | | | ΨΒ-ΥΜ | 570,50 | 0,036 |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 898,00 | ΜΣ |
| Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικές με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται | 18,00 | 18,00 | 10,00 | 46,41 | <0,001 | ΨΑ-ΥΜ | 160,50 | < 0,001 |
| | (7,00) | (6,50) | (7,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | 243,00 | < 0,001 |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 1.065,50 | ΜΣ |
| Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης | 15,00 | 16,00 | 9,00 | 41,68 | <0,001 | ΨΑ-ΥΜ | 184,50 | < 0,001 |
| | (7,00) | (4,50) | (5,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | 288,00 | < 0,001 |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 1.016,00 | ΜΣ |
| Νοητική αυτοσυνείδηση | 18,00 | 16,00 | 15,00 | 9,71 | 0,008 | ΨΑ-ΥΜ | 485,00 | 0,041 |
| | (3,00) | (5,50) | (4,00) | | | ΨΒ-ΥΜ | 669,00 | ΜΣ |
| | | | | | | ΨΑ-ΨΒ | 936,00 | ΜΣ |

ΜΣ: Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στις τιμές p' που αφορούν τις δοκιμασίες Mann-Whitney U εφαρμόστηκε η διόρθωση κατά Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί (Εικόνα 4) απεικονίζονται γραφικά τα ευρήματα του προηγούμενου πίνακα σε ό,τι αφορά τις διαμέσους των υποπληθυσμών του δείγματος (Ψυχογενής Ανορεξία - ΨΑ), Ψυχογενής Βουλιμία - ΨΒ) και Υγιείς

Μάρτυρες - ΥΜ) για την αναστοχαστικότητα, την αυτεπίγνωση και τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις.



Εικόνα 4: Διάμεσοι των υποπληθυσμών του δείγματος (Ψυχογενής Ανορεξία - ΨΑ), Ψυχογενής Βουλιμία - ΨΒ) και Υγιείς Μάρτυρες - ΥΜ) για την αναστοχαστικότητα, την αυτεπίγνωση και τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις.

Οι συγκρίσεις ανά ζεύγη μεταξύ των ομάδων ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορά τις μεταβλητές που αναφέρονται στους προαναφερόμενους μεταγνωσιακούς παράγοντες. Έτσι, οι δύο ομάδες ασθενών ενοποιήθηκαν σε μία ομάδα στις επόμενες αναλύσεις οι οποίες αφορούσαν τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταγνωσιακών παραγόντων και κλινικών συμπτωμάτων.

2.4.2 Διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων και κλινικών, σωματομετρικών παραγόντων

Στην επόμενη σειρά αναλύσεων με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman's ρ διερευνήθηκε η πιθανή συσχέτιση μεταγνωσιακών παραγόντων με

κλινικούς παράγοντες, στο ενοποιημένο πλέον κλινικό δείγμα το οποίο περιλάμβανε τις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία. Στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων, και κλινικών συμπτωμάτων των ΔΠΤ, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4). Η μεταβλητή *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται* είχε τους υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης με μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν κλινικά συμπτώματα των ΔΠΤ, δηλαδή τις *EDE-Q Ανησυχία για την τροφή, EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος, EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος, EDE-Q Συνολική Βαθμολογία* (οι συντελεστές συσχέτισης κυμαίνονται μεταξύ 0.24 και 0.40). Οι συντελεστές αντίστοιχων συσχετίσεων για τη μεταβλητή *Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης* έπονταν σε ισχύ (κυμαίνονταν μεταξύ 0,22 και 0,38). Η μεταβλητή *Νοητική Αυτοπεποίθηση* είχε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την μεταβλητή *EDE-Q Ανησυχία για την τροφή*. Δεν παρατηρήθηκαν αντίστοιχες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις για τις εναπομείνουσες μεταβλητές που αφορούν σε δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις δηλαδή τις *Θετικές πεποιθήσεις σχετικά με την ανησυχία και την Νοητική αυτοσυνείδηση*. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων, δηλαδή *δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, αναστοχαστικότητας και αυτεπίγνωσης και του τρέχοντος ΔΜΣ, του ελάχιστου κατά το παρελθόν ΔΜΣ και της διάρκειας της νόσου*.

Αντίστοιχες ήταν οι παρατηρήσεις σε ό,τι αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και συνοδού συμπτωματολογίας, δηλαδή άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των μεταβλητών *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται* (υψηλότεροι συντελεστές συσχέτισης), *Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, Νοητική αυτοπεποίθηση και των μεταβλητών HADS-Κατάθλιψη, HADS-Άγχος, MOCI Συνολική Βαθμολογία* (Πίνακας 4).

Σε ό,τι αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ του μεταγνωσιακού παράγοντα *Αυτεπίγνωση* και των κλινικών συμπτωμάτων παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Ειδικότερα, η μεταβλητή *Αυτεπίγνωση*, βρέθηκε να σχετίζεται

στατιστικά σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές *EDE-Q* *Ανησυχία για την τροφή*, *EDE-Q* *Συνολική Βαθμολογία* και τις μεταβλητές *HADS-Κατάθλιψη*, *HADS-Άγχος*, *MOCI* *Συνολική Βαθμολογία*. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του μεταγνωσιακού παράγοντα *Αναστοχαστικότητα* και των κλινικών συμπτωμάτων, είτε των σχετικών με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, είτε των συνοδών συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με διαταραχή πρόληψης τροφής (n=94)

| | <i>MCQ-30</i> Σ.Βαθμ. | Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης | Αρνητικές πεποιθήσεις για ανησυχία και απώλεια ελέγχου | Θετικές πεποιθήσεις για ανησυχία | Νοητική αυτοσυνείδηση | Νοητική αυτοπεποίθηση | Αυτεπί Γνωση | Ανα Στοχαστι κότητα |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|
| <i>EDE-Q</i> Συν.Βαθμολογία | 0,24* | 0,35** | 0,32* | 0,07 | -0,03 | 0,13 | 0,21* | -0,13 |
| Περιορισμός | 0,04 | 0,17 | 0,06 | 0,04 | 0,06 | -0,02 | 0,13 | -0,15 |
| Ανησυχία για την τροφή | 0,26* | 0,27* | 0,38** | 0,05 | -0,15 | 0,31* | 0,23* | -0,13 |
| Ανησυχία για το βάρος σώματος | 0,14 | 0,22* | 0,24* | -0,02 | -0,15 | 0,06 | 0,14 | -0,05 |
| Ανησυχία για το σχήμα σώματος | 0,34** | 0,38** | 0,40** | 0,09 | 0,08 | 0,17 | 0,15 | -0,15 |
| <i>HADS-Άγχος</i> | 0,49** | 0,31* | 0,57** | 0,18 | 0,14 | 0,35** | 0,29** | -0,13 |
| <i>HADS-Κατάθλιψη</i> | 0,35** | 0,27* | 0,36** | 0,00 | 0,08 | 0,36** | 0,31** | 0,03 |
| <i>MOCI</i> Συνολικό Σκορ | 0,33** | 0,31* | 0,44** | 0,16 | -0,10 | 0,24* | 0,32** | 0,01 |
| Αυτεπίγνωση | 0,35** | 0,27* | 0,40** | 0,30* | -0,14 | 0,31* | | -0,03 |
| Αναστοχαστικότη τα | -0,37** | -0,32* | -0,30* | -0,20 | -0,49** | -0,04 | -0,03 | |

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$

2.4.3 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταγνωσιακών παραγόντων

Από τη διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων (Πίνακας 4) δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών *Αναστοχαστικότητα* και *Αυτεπίγνωση* ($\rho = -0,03$, $\rho = 0,806$). Επιπρόσθετα, η σχέση των δύο αυτών μεταβλητών και αυτών που αφορούν σε δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις παρουσίασαν ετερογένεια. Υπήρξε στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ της *Αναστοχαστικότητας* και των μεταβλητών που αφορούν δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις και ειδικότερα τις *Νοητική*

αυτοσυνείδηση, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία (οι συντελεστές συσχέτισης ρ κυμαίνονταν μεταξύ -0,30 και -0,49). Αντιθέτως, υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής Αυτεπίγνωση με τις μεταβλητές Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία, Νοητική αυτοπεποίθηση και MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία (οι συντελεστές συσχέτισης ρ κυμαίνονταν μεταξύ 0,27 και 0,40) .

2.4.4 Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων και προκειμένου να έχουμε τη δυνατότητα να διαπιστώσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις (ανεξάρτητες μεταβλητές, X) επηρεάζουν τις τιμές που αφορούν τα ειδικά για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και τα συνοδά κλινικά συμπτώματα (εξαρτημένες μεταβλητές, Y) χρησιμοποιήσαμε μία ακολουθία μοντέλων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης όπου ως εξαρτημένες μεταβλητές εξετάστηκαν διαδοχικά οι: EDE-Q Συνολική Βαθμολογία, HADS-Άγχος, HADS-Κατάθλιψη και MOCI Συνολική Βαθμολογία. Σε κάθε μία από αυτές τις παλινδρομήσεις, ο ΔΜΣ και η διάρκεια νόσου εξετάστηκαν αρχικά ως πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες (ανεξάρτητες μεταβλητές) στο Μοντέλο 1. Ακολούθως, οι πέντε μεταβλητές που αφορούν στις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις (Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης-NCT, Νοητική αυτοσυνείδηση-CSC, Θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία-PBW, Νοητική αυτοπεποίθηση-LCC) εισήχθησαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές στο Μοντέλο 2. Τα αποτελέσματα ελέγχου της ομοσκεδαστικότητας και της πολυσυγγραμικότητας ήταν εντός των επιτρεπόμενων ορίων. Ο ΔΜΣ και η διάρκεια νόσου δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες σε κανένα από τα τέσσερα μοντέλα. Οι μεταβλητές που αφορούσαν δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις, αντίθετα, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά να εξηγούν το 21% της διακύμανσης των

τιμών της μεταβλητής *EDE-Q Συνολική Βαθμολογία*, το 38% της διακύμανσης των τιμών της μεταβλητής *HADS-Άγχος*, το 25% της διακύμανσης των τιμών της μεταβλητής *HADS-Κατάθλιψη* και το 28% της διακύμανσης των τιμών της μεταβλητής *MOCI Συνολική Βαθμολογία*. Η μεταβλητή *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD* ήταν ο κυρίαρχος και κοινός παράγοντας σε όλα τα μοντέλα εκτός αυτού της ανάλυσης όπου εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η *HADS-Κατάθλιψη*. Στην τελευταία, η μεταβλητή *Νοητική Αυτοπεποίθηση* βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικά προβλεπτικός παράγοντας. Στο μοντέλο όπου εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η *MOCI Συνολική Βαθμολογία* στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ανεδείχθησαν οι: *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD*, και *Νοητική αυτοσυνείδηση-CSC* (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Μοντέλα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων πρόβλεψης των εξαρτημένων μεταβλητών *EDE-Q Συνολική Βαθμολογία*, *HADS-Άγχος*, *HADS-Κατάθλιψη*, *MOCI Συνολική Βαθμολογία* σε ασθενείς με ΔΠΤ (n= 94)

| | <i>EDE-Q Συνολική Βαθμολογία</i> | | | <i>HADS-Άγχος</i> | | | <i>HADS-Κατάθλιψη</i> | | | <i>MOCI Συνολική Βαθμολογία</i> | | |
|------------------|----------------------------------|------|--------------------|-------------------|------|--------------------|-----------------------|------|--------------------|---------------------------------|------|--------------------|
| | β | TΣ | Μεταβολή του R^2 | β | TΣ | Μεταβολή του R^2 | β | TΣ | Μεταβολή του R^2 | B | TΣ | Μεταβολή του R^2 |
| Μοντέλο 1 | | | 0,05 | | | 0,02 | | | 0,01 | | | 0,03 |
| ΔΜΣ | 0,05 | 0,28 | | -0,16 | 0,12 | | -0,07 | 0,11 | | -0,22 | 0,14 | |
| Διάρκεια νόσου | 0,02 | 0,02 | | 0,00 | 0,07 | | 0,01 | 0,07 | | -0,04 | 0,09 | |
| Μοντέλο 2 | | | 0,21* | | | 0,38* | | | 0,25* | | | 0,28* |
| NBUD | 0,07* | 0,03 | | 0,55* | 0,12 | | 0,17 | 0,11 | | 0,48* | 0,15 | |
| NCT | 0,06 | 0,04 | | -0,07 | 0,14 | | 0,21 | 0,13 | | 0,19 | 0,17 | |
| CSC | -0,02 | 0,03 | | 0,00 | 0,12 | | -0,03 | 0,11 | | -0,42* | 0,15 | |
| PBW | -0,01 | 0,02 | | 0,09 | 0,09 | | -0,14 | 0,09 | | 0,06 | 0,12 | |
| LCC | 0,00 | 0,02 | | 0,16 | 0,08 | | 0,20* | 0,07 | | 0,02 | 0,10 | |

*: $p < 0.05$

TΣ: Τυπικό Σφάλμα, NBUD: Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, NCT: Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, CSC: Νοητική αυτοσυνείδηση, PBW: Θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία, LCC: Νοητική αυτοπεποίθηση

2.4.5 Αποτελέσματα ανάλυσης διαμεσολάβησης

Με βάση τα ευρήματα από τις αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης και προκειμένου να διερευνήσουμε το ενδεχόμενο οι μεταβλητές που αφορούν τη συνοδό συμπτωματολογία (*HADS-Άγχος*, *HADS-Κατάθλιψη*, *MOCI Συνολική Βαθμολογία*) να διαμεσολαβούν την επίδραση που έχουν οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις στην ειδική στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής κλινική συμπτωματολογία (*EDEQ-Συνολική Βαθμολογία*), προβήκαμε σε ανάλυση διαμεσολάβησης. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 6), ως ανεξάρτητη μεταβλητή (X) ορίσθηκε η μεταβλητή *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD* (επελέγη καθώς ήταν ο κυρίαρχος μεταγνωσιακός παράγοντας στις αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης), ως εξαρτημένη μεταβλητή (Y) ορίσθηκε η *EDEQ-Συνολική Βαθμολογία* και ως πιθανοί διαμεσολαβητές (M) ορίσθηκαν οι μεταβλητές M1: *HADS-Άγχος*, M2: *HADS-Κατάθλιψη* M3: *MOCI Συνολική Βαθμολογία*.

Η συγκεκριμένη ανάλυση που παρουσιάζεται παρακάτω βασίζεται στη μέθοδο της επαναδειγματοληψίας (resampling) και είναι γνωστή ως μέθοδος Bootstrap. Η ανάλυση βασίζεται στην κατασκευή ενός μεγάλου αριθμού τυχαίων δειγμάτων (N=5000), κάθε ένα από τα οποία έχει τον ίδιο αριθμό παρατηρήσεων με το αρχικό δείγμα. Για κάθε ένα από αυτά τα δείγματα υπολογίζονται όλα τα απαραίτητα μεγέθη που προσδιορίζουν την επάρκεια του εξεταζόμενου υποδείγματος. Με την ολοκλήρωση των υπολογισμών πραγματοποιείται στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων η οποία συμβάλλει στην αποτύπωση μίας ολοκληρωμένης εικόνας. Η σημαντικότητα ελέγχεται στην ανάλυση αυτή με τη χρήση των διορθωμένων από μεροληψία διαστημάτων εμπιστοσύνης (bias corrected and accelerated confidence intervals 95% BCaCI). Αυτό σημαίνει πως όταν η τιμή 0 δεν εμπεριέχεται στο διάστημα εμπιστοσύνης, τότε ο βαθμός σημαντικότητας είναι στο 0,05%.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής υπέδειξαν πως η σχέση μεταξύ των παραγόντων X και Y, δηλαδή της κυριαρχούσας από τα προηγούμενα αποτελέσματά μας δυσλειτουργικής πεποίθησης, δηλαδή της μεταβλητής *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία*

συνεπάγεται-NBUD και των ειδικών συμπτωμάτων των ΔΠΤ, όπως αυτά εκφράζονται από την μεταβλητή EDEQ-Συνολική Βαθμολογία, δεν διαμεσολαβείται από τις μεταβλητές M1: HADS-Άγχος, M2: HADS-Κατάθλιψη και M3: MOCI Συνολική Βαθμολογία. Ούτε η συνολική έμμεση επίδραση των μεταβλητών M1, M2, M3, ούτε η έμμεση επίδραση της κάθε μίας από αυτές τις μεταβλητές χωριστά, βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική, καθώς η τιμή 0 εμπεριέχεται εντός των κατώτερων και ανώτερων ορίων των διαστημάτων εμπιστοσύνης και στις τέσσερις προαναφερόμενες περιπτώσεις (Συνολική, HADS-Άγχος, HADS-Κατάθλιψη, MOCI Συνολικό Σκορ) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Ανάλυση πιθανής διαμεσολάβησης συνοδού συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας στη σχέση μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και ειδικής συμπτωματολογίας των ΔΠΤ (n:94)

| | | | | |
|---|---|---------------|----------|----------|
| Y : EDEQ Συνολική Βαθμολογία | | | | |
| X : MCQ30-NBUD | | | | |
| M1 : HADS-Άγχος | | | | |
| M2 : HADS-Κατάθλιψη | | | | |
| M3 : MOCI Συνολική Βαθμολογία | | | | |
| X: Y:EDEQ-Συνολική Βαθμολογία | | | | |
| Έμμεση επίδραση του X στο Y: | | | | |
| | Μέγεθος Επίδρασης Πιθανής Διαμεσολάβησης | Τυπικό Σφάλμα | BootLLCI | BootULCI |
| Συνολική | 0,0289 | 0,0189 | -0,0073 | 0,0678 |
| HADS-Άγχος | -0,0026 | 0,0193 | -0,0407 | 0,0361 |
| HADS-Κατάθλιψη | 0,0117 | 0,0123 | -0,0115 | 0,0379 |
| MOCI-Σ. Βαθμολογία | 0,0198 | 0,0126 | -0,0018 | 0,0477 |
| Επίπεδο Εμπιστοσύνης για τα Διαστήματα Εμπιστοσύνης 95% | | | | |
| Αριθμός εικονικών δειγμάτων Bootstrap: 5.000 | | | | |

MCQ30-NBUD: Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, Boot LLCI: κατώτερο όριο διαστήματος εμπιστοσύνης, Boot ULCI: ανώτερο όριο διαστήματος εμπιστοσύνης

2.5 Διαφορές σε δημογραφικούς, κλινικούς και σωματομετρικούς παράγοντες μεταξύ των ομάδων ΨΑ-Π, ΨΑ-ΥΚ και ΨΒ

Προκειμένου να διερευνήσουμε την *Παραληρητικότητα* και την *Κλινική Εναισθησία* των ασθενών και καθοδηγούμενοι με βάση τα ευρήματα από τις προηγούμενες αντίστοιχες μελέτες, διαχωρίσαμε την ομάδα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία στους δύο υπότυπους αυτής, δηλαδή την ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π) και ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ).

Πίνακας 7: Δημογραφικά, σωματομετρικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ)

| | ΨΑ-Π (n=21) | ΨΑ-ΥΚ (n=23) | ΨΒ (n=50) | H | P | Ανά Ζεύγη Συγκρίσεις |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------|--------------|-------|--------|----------------------|
| | Διάμεσος (Διατεταρτημοριακό Διάστημα) | | | | | |
| Ηλικία (έτη) | 24,00 (12,00) | 26,00 (12,00) | 24,00 (6,00) | 2,13 | ΜΣ | - |
| Εκπαίδευση (έτη) | 15,00 (3,00) | 16,00 (3,00) | 16,00 (2,00) | 3,70 | ΜΣ | - |
| ΔΜΣ(kg/m ²) | 16,18 (2,54) | 17,03 (2,21) | 21,77 (4,45) | 65,77 | <0,001 | ΨΑΠ<ΨΑΥΚ ΨΑΥΚ<ΨΒ* |
| Ελάχιστος ΔΜΣ (kg/m ²) | 15,55 (2,59) | 15,43 (2,13) | 18,66 (3,50) | 30,50 | <0,001 | ΨΑΠ<ΨΒ* ΨΑΥΚ<ΨΒ* |
| Διάρκεια νόσου (έτη) | 3,00 (7,00) | 5,00 (14,00) | 6,00 (9,00) | 2,36 | ΜΣ | - |
| EDE-Q Περιορισμός | 4,80 (1,70) | 4,80 (1,25) | 4,00 (1,85) | 5,96 | ΜΣ | - |
| EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό | 3,00 (2,30) | 4,00 (2,00) | 4,00 (1,45) | 5,87 | ΜΣ | - |
| EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος | 4,13 (2,19) | 4,88 (1,53) | 4,94 (1,75) | 6,25 | 0,044 | ΨΑΠ<ΨΑΥΚ* ΨΑΠ<ΨΒ* |
| EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος | 3,00 (1,70) | 4,30 (1,80) | 4,60 (1,65) | 14,36 | <0,001 | ΨΑΠ<ΨΑΥΚ* ΨΑΠ<ΨΒ* |
| EDE-Q Συνολικό σκορ | 3,63 (1,21) | 4,35 (0,93) | 4,45 (1,08) | 8,09 | 0,018 | ΨΑΠ<ΨΑΥΚ* ΨΑΠ<ΨΒ* |

ΨΑΠ: ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου, ΨΑΥΚ: ψυχογενής ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου, ΨΒ: ψυχογενής βουλιμία. IQR: Inter-quartile range-Διατεταρτημοριακό διάστημα, ΜΣ: Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι τιμές p αφορούν τα Kruskal-Wallis H μη παραμετρικά τεστ. * Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε δοκιμασίες Mann-Whitney U, μετά την εφαρμογή διόρθωσης κατά Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις.

Σε μία σειρά από μη παραμετρικές δοκιμασίες Kruskal-Wallis H, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών υποομάδων του δείγματος στις μεταβλητές που αφορούν την ηλικία, τα έτη εκπαίδευσης, τη διάρκεια νόσου και ορισμένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά όπως *EDE-Q Περιορισμός και EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό* μεταξύ των υποομάδων ασθενών της μελέτης (Πίνακας 7).

Όπως ήταν αναμενόμενο, υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορά το ΔΜΣ μεταξύ των υπο-ομάδων ασθενών. Στις συγκρίσεις ανά ζεύγη που έγιναν με τη χρήση δοκιμασιών Mann-Whitney U, τόσο η ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π) όσο και η ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο τρέχοντα, αλλά και ελάχιστο κατά το παρελθόν, ΔΜΣ από την ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία. Επιπροσθέτως, στατιστικά χαμηλότερο τρέχοντα ΔΜΣ είχαν οι ασθενείς με ΨΑ-Π και από τις ασθενείς με ΨΑ-ΥΚ. Τέλος, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε ό,τι αφορά στις μεταβλητές *EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος, EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος και EDE-Q Συνολική Βαθμολογία* (Πίνακας 7).

2.6 Παραληρητικότητα, Κλινική Εναισθησία και η σχέση τους με Μεταγνωσιακούς παράγοντες

2.6.1 Διαφορές ως προς την παραληρητικότητα και την κλινική εναισθησία μεταξύ των ομάδων της μελέτης

Η αρχική ανάλυση προς αναζήτηση πιθανών διαφορών στις μεταβλητές *BABS Συνολική Βαθμολογία και SAI-ED Συνολική Βαθμολογία* έγιναν με τη χρήση των μη παραμετρικών δοκιμασιών Kruskal-Wallis H. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 8), υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις δύο προαναφερόμενες μεταβλητές. Για το λόγο αυτό προχωρήσαμε σε ανά ζεύγη συγκρίσεις με τη χρήση των αντίστοιχων δοκιμασιών Mann-Whitney U μεταξύ των υποομάδων των ασθενών, δηλαδή των ομάδων με ψυχογενή ανορεξία

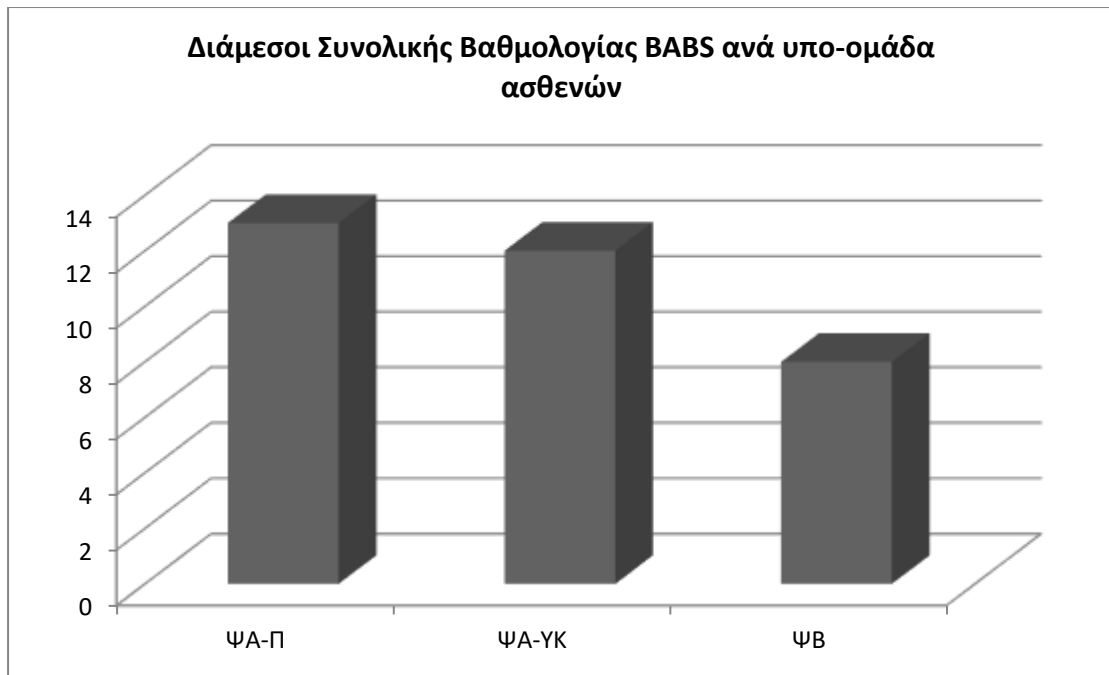
περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ). Σε ό,τι αφορά τα αποτελέσματα των τελευταίων, η διαφορά μεταξύ των δύο υποτύπων ψυχογενούς ανορεξίας ήταν μη στατιστικά σημαντική τόσο για τη μεταβλητή *BABS Συνολική Βαθμολογία* ($U = 185,50$ $p = 0,18$) όσο και για τη μεταβλητή *SAI-ED Συνολική Βαθμολογία* ($U = 164,00$ $p = 0,06$). Οι συγκρίσεις μεταξύ του κάθε υπότυπου της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο για τη μεταβλητή *BABS Συνολική Βαθμολογία* όσο και για τη μεταβλητή *SAI-ED Συνολική Βαθμολογία*, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Εκτίμηση παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας στις ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ)

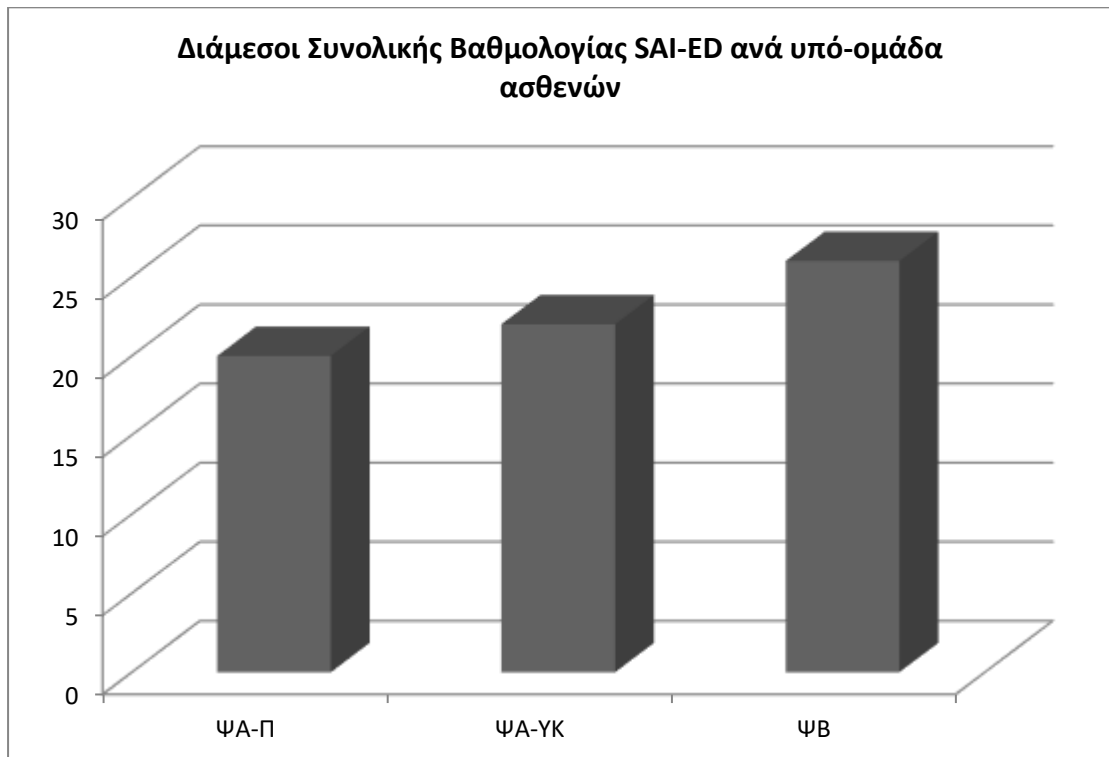
| | ΨΑ-Π (n=21) | ΨΑ-ΥΚ (n=23) | ΨΒ (n=50) | <i>H</i> | <i>p</i> | | <i>U</i> | <i>p'</i> |
|---|--|-----------------|-----------------|----------|----------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Διάμεσος (Διατεταρτημοριακό Διάστημα) | | | | | | | |
| <i>BABS</i> Συνολική Βαθμολογία | 13,00 (7,00) | 12,00 (5,00) | 8,00 (8,00) | 17,73 | < 0,001 | ΨΑΠ/ΨΑΥΚ ΨΑΠ/ΨΒ ΨΑΥΚ/ΨΒ | 185,50 220,50 348,00 | ΜΣ < 0,001 0,027 |
| <i>SAI-ED</i> Συνολική Βαθμολογία | 20,00 (8,00) | 22,00 (7,25) | 26,00 (5,00) | 27,11 | < 0,001 | ΨΑΠ/ΨΑΥΚ ΨΑΠ/ΨΒ ΨΑΥΚ/ΨΒ | 164,00 155,00 296,00 | ΜΣ < 0,001 < 0,001 |

ΨΑ-Π: Ψυχογενής ανορεξία περιοριστικού τύπου, ΨΑ-ΥΚ: Ψυχογενής ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου, ΨΒ: Ψυχογενής βουλιμία. ΜΣ: Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι τιμές *p* αφορούν τις δοκιμασίες Kruskal-Wallis *H*. Οι τιμές *p'* αφορούν τις δοκιμασίες Mann-Whitney *U* μεταξύ των υποομάδων ασθενών. Σημείωση: Στις τιμές *p'* στα Mann-Whitney *U* tests εφαρμόστηκε η διόρθωση κατά Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις.

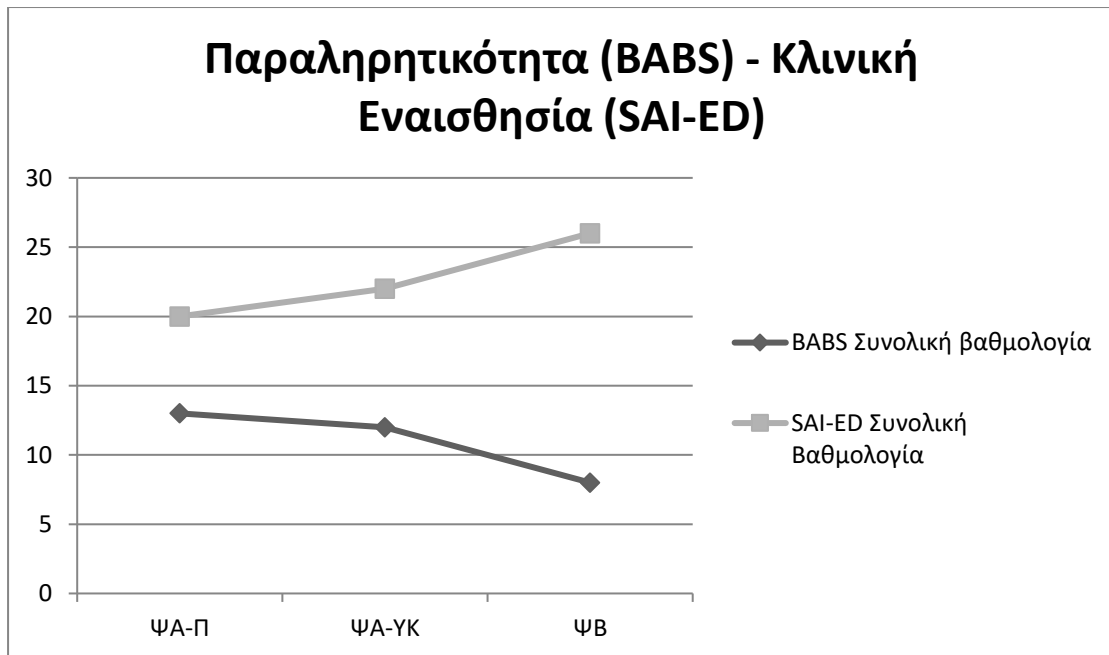
Στα διαγράμματα που ακολουθούν, αποτυπώνονται οι διάμεσοι της συνολικής βαθμολογίας *BABS* και της συνολικής βαθμολογίας *SAI-ED* στις ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ) (Εικόνες 5,6 και 7).



Εικόνα 5: Διάμεσοι της συνολικής βαθμολογίας BABS στις ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ).



Εικόνα 6: Διάμεσοι της συνολικής βαθμολογίας SAI-ED στις ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ).



Εικόνα 7: Διάγραμμα κοινής απεικόνισης των διαμέσων Παραληρητικότητας (BABS Συνολική Βαθμολογία) και Κλινικής Εναισθησίας (SAI-ED Συνολική Βαθμολογία) στις ομάδες ασθενών με ανορεξία περιοριστικού τύπου (ΨΑ-Π), ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου (ΨΑ-ΥΚ) και ψυχογενή βουλιμία (ΨΒ).

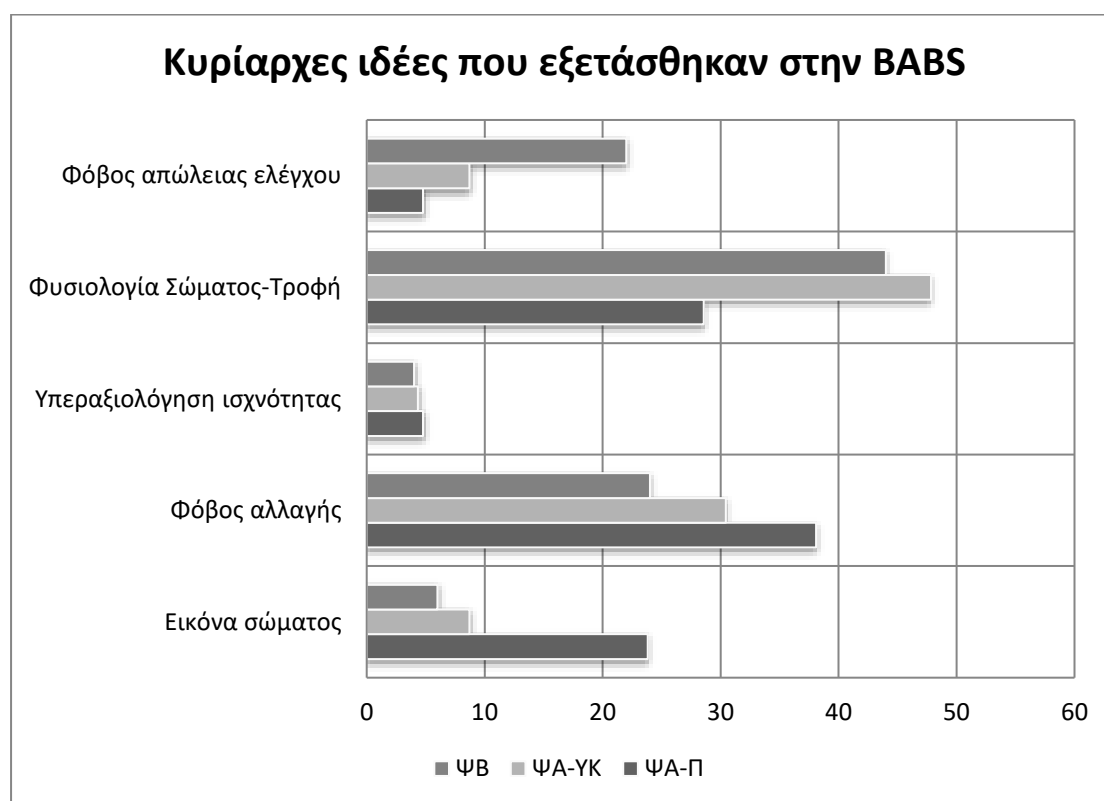
Στη συνέχεια, και με βάση τις κυρίαρχες και ορίζουσες τη διατροφική συμπεριφορά των ασθενών πεποιθήσεις, (όπως αυτές καθορίστηκαν από κοινού από τον συνεντεύκτη και την εκάστοτε ασθενή στην κλινική συνέντευξη της BABS, καθορίστηκαν πέντε βασικές κατηγορίες πεποιθήσεων (Πίνακας 9):

1. Αυτές που αφορούσαν την *εικόνα του σώματος* (π.χ. «Δεν είμαι υπερβολικά αδύνατη» όπως δήλωσε ασθενής με ΔΜΣ 15,3, ή «έχω μεγάλη περιφέρεια και μηρούς» όπως δήλωσε ασθενής με ΔΜΣ 16»)
2. Αυτές που αφορούσαν τον *φόβο της επικείμενης αλλαγής στο βάρος* (π.χ. «Οποιαδήποτε παρέκκλιση θα με κάνει υπέρβαρη», ή «τη στιγμή που θα αλλάξω το πρόγραμμά μου θα παχύνω απότομα»)
3. Αυτές που αφορούσαν την *υπεραξιολόγηση της ισχύος*, (π.χ. «επιτυχία ίσον αστία» ή «το βάρος μου είναι το πιο σημαντικό πράγμα»)
4. Αυτές που αφορούσαν τη *φυσιολογία του σώματος και της τροφής* (π.χ. «οι υδατάνθρακες είναι βλαπτικοί», ή «ακόμα και το ελάχιστο λίπος στο σώμα είναι σαν τον καρκίνο»)
5. Αυτές που αφορούσαν το *φόβο απώλειας του ελέγχου* (π.χ. «αν παρεκκλίνω από το πρόγραμμα θα χάσω τον έλεγχο», ή «αν φάω διαφορετικά δε θα σταματήσω ποτέ»)

Πίνακας 9: Θεματικές ενότητες επικρατούσων πεποιθήσεων οι οποίες εκτιμήθηκαν με την κλίμακα BABS στο δείγμα της μελέτης. Οι τιμές στον πίνακα αναφέρονται σε ποσοστά επί τοις 100. ΨΑ-Π: Ψυχογενής Ανορεξία Περιοριστικού τύπου, ΨΑ-ΥΚ: Ψυχογενής Ανορεξία Υπερφαγικού Καθαρτικού τύπου, ΨΒ: Ψυχογενής Βουλιμία

| | ΨΑ-Π (n=21) | ΨΑ-ΥΚ (n=23) | ΨΒ (n=50) |
|--------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Εικόνα σώματος | 5 (23,81%) | 2 (8,70%) | 3 (6%) |
| Φόβος αλλαγής βάρους | 8 (38,10%) | 7 (30,44) | 12 (24%) |
| Υπεραξιολόγηση ισχύτητας | 1 (4,76%) | 1 (4,35%) | 2 (4%) |
| Φυσιολογία-Διατροφή | 6 (28,57%) | 11 (47,83%) | 22 (44,00%) |
| Φόβος απώλειας ελέγχου | 1 (4,76) | 2 (8,70%) | 11 (22,00%) |

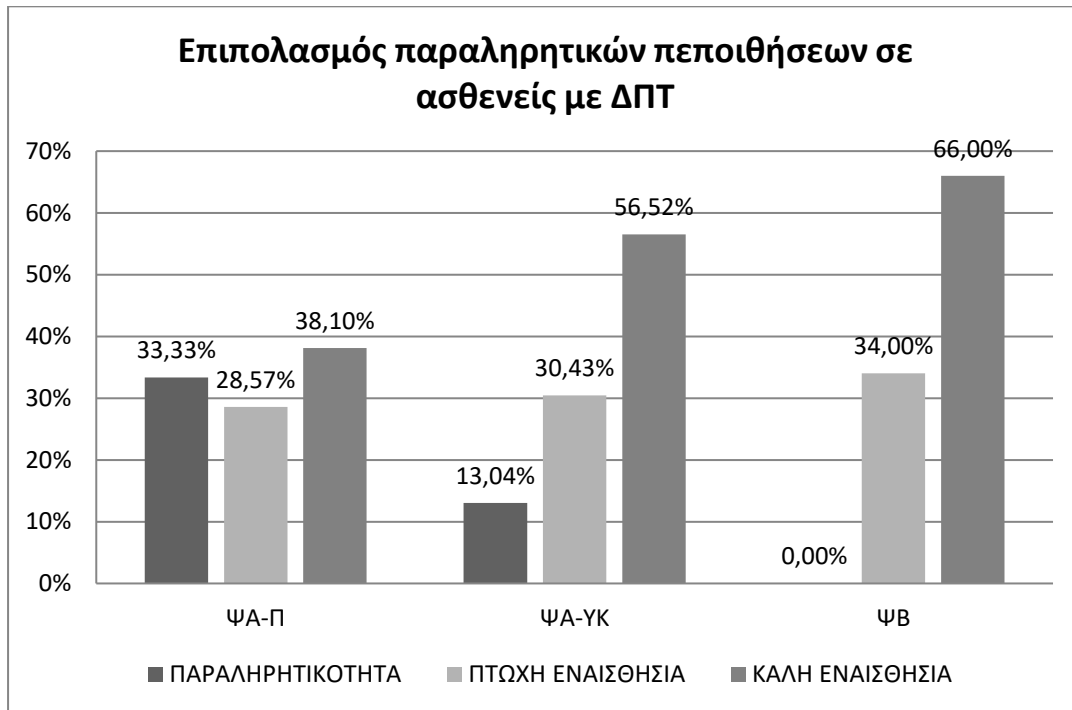
Τα ευρήματα αυτά απεικονίζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί όπου αποτυπώνονται οι κυρίαρχες θεματικές ενότητες στις διάφορες υπο-ομάδες ασθενών με ΔΠΤ (Εικόνα 8) .



Εικόνα 8: Διάγραμμα θεματικών εννοιών που ορίστηκαν ως κυρίαρχες και ορίζουσες τη διατροφική συμπεριφορά των ασθενών, όπως προέκυψαν από τη συνέντευξη της κλίμακας BABS. Οι τιμές στο διάγραμμα αναφέρονται σε ποσοστά επί τοις 100. ΨΑ-Π: Ψυχογενής Ανορεξία Περιοριστικού τύπου, ΨΑ-ΥΚ: Ψυχογενής Ανορεξία Υπερφαγικού / Καθαρτικού τύπου, ΨΒ: Ψυχογενής Βουλιμία.

Με βάση τις οδηγίες χορήγησης της κλίμακας *Κλίμακα Εκτίμησης των Πεποιθήσεων Brown (Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS)*, μία πεποίθηση χαρακτηρίζεται ως παραληρητική, εφόσον η βαθμολογία στο πρώτο λήμμα της κλίμακας είναι 4, δηλαδή δηλώνεται από τον ασθενή η απόλυτη βεβαιότητα για την ισχύ της υπό διερεύνηση πεποίθησης και ταυτόχρονα η συνολική βαθμολογία της κλίμακας είναι ίση ή μεγαλύτερη από 18. Πτωχή εναισθησία στην υπο διερεύνηση πεποίθηση διαγιγνώσκεται όταν η βαθμολογία στο πρώτο λήμμα της κλίμακας είναι τουλάχιστον 3 και συγχρόνως η συνολική βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη από 13.

Αναλύσεις με τη δοκιμασία χ^2 επί του *Βαθμού παραληρητικότητας* των ασθενών όπως αυτός προέκυψε από τις βαθμολογίες τους στην *Κλίμακα Εκτίμησης των Πεποιθήσεων Brown (Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS)* ανέδειξαν πως μόνο ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (10/44 δηλαδή ποσοστό 22,72%) και όχι οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία (0/50 δηλαδή ποσοστό 0%) κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες παραληρητικές πεποιθήσεις ($\chi^2 = 12,87$, $p = 0,002$). Οι συχνότητες εμφάνισης παραληρητικών πεποιθήσεων διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων ασθενών με ΨΑ-Π, ΨΑ-ΥΚ και ΨΒ ($\chi^2 = 17,78$, $p < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα της ψυχογενούς ανορεξίας περιοριστικού τύπου, ΨΑ-Π, εμφάνισε σε μεγαλύτερη συχνότητα παραληρητικές πεποιθήσεις (7/21 ή ποσοστό 33,33%) από τις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ($\chi^2 = 18,80$, $p < 0,001$). Ομοίως, η ομάδα της ψυχογενούς ανορεξίας υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου, ΨΑ-ΥΚ, εμφάνισε σε μεγαλύτερη συχνότητα παραληρητικές πεποιθήσεις (3/23 ή ποσοστό 13,04%) από τις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, ($\chi^2 = 6,81$, $p = 0,03$). Η διαφορά μεταξύ των ομάδων της ΨΑ-Π και της ΨΑ-ΥΚ στη συχνότητα των παραληρητικών πεποιθήσεων δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,78$, $p = 0,25$). Σε όλες τις υποομάδες ασθενών υπήρξαν ασθενείς που κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες πτωχή εναισθησία στις υπό διερεύνηση πεποιθήσεις, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα. Ειδικότερα, στην ΨΑ-Π υπήρξαν 6/21 ασθενείς (ποσοστό 28,57%), στην ΨΑ-ΥΚ υπήρξαν 7/24 ασθενείς (ποσοστό 30,43%) και στην ΨΒ υπήρξαν 17/50 ασθενείς (ποσοστό 34,00%) που κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες πτωχή εναισθησία στις υπό διερεύνηση πεποιθήσεις (Εικόνα 9).



Εικόνα 9: Κατηγοριοποίηση των ασθενών (% επί των περιπτώσεων) με βάση το βαθμό παραληρητικότητας στις υπό εξέταση πεποιθήσεις όπως αυτός καθορίστηκε από τις βαθμολογίες στην κλίμακα BABS. ΨΑ-Π: Ψυχογενής Ανορεξία Περιοριστικού τύπου. ΨΑ-ΥΚ: Ψυχογενής Ανορεξία Υπερφαγικού Καθαρτικού τύπου, ΨΒ: Ψυχογενής Βουλιμία

2.6.2 Συσχετίσεις μεταξύ παραληρητικότητας, δημογραφικών και σωματομετρικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΔΠΤ

Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 10), στο συνολικό δείγμα των ασθενών, ο Βαθμός Παραληρητικότητας φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά αρνητικά με τον ΔΜΣ και τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ, ενώ δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και ηλικίας, εκπαίδευσης ή διάρκειας νόσου.

Πίνακας 10: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας, δημογραφικών και σωματομετρικών παραγόντων στις ασθενείς με ΔΠΤ (n=94)

| | | Ηλικία | Εκπαίδευση | Διάρκεια Νόσου | ΔΜΣ | ΕΛΑΧΙΣΤΟΣ ΔΜΣ |
|--------------------------|--------|--------|------------|----------------|---------|---------------|
| Βαθμός Παραληρητικότητας | ρ | -0,13 | -0,20 | -0,01 | -0,30** | -0,38** |
| | ρ | 0,22 | 0,06 | 0,91 | 0,003 | <0,001 |

** : $p < 0,001$

Η συσχέτιση μεταξύ παραληρητικότητας (*BABS Συνολική Βαθμολογία και Βαθμός παραληρητικότητας*) και ΔΜΣ / ελαχίστου κατά το παρελθόν ΔΜΣ διερευνήθηκε ξεχωριστά στις ομάδες ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας και ΔΜΣ στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (n = 44) και ψυχογενή βουλιμία (n = 50)

| Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) | | ΔΜΣ | Ελάχιστος ΔΜΣ |
|--------------------------|--------|----------|---------------|
| BABS Συνολική Βαθμολογία | ρ | -0,467** | -0,443** |
| | p | 0.001 | 0.003 |
| Βαθμός παραληρητικότητας | ρ | -0,512** | -0,507** |
| | p | 0.000 | 0.000 |
| Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ) | | ΔΜΣ | Ελάχιστος ΔΜΣ |
| BABS Συνολική Βαθμολογία | ρ | 0.072 | -0.161 |
| | p | 0.618 | 0.265 |
| Βαθμός παραληρητικότητας | ρ | 0.136 | -0.148 |
| | p | 0.346 | 0.306 |
| ** : $p < 0,001$ | | | |

Στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της παραληρητικότητας (*BABS Συνολική Βαθμολογία και Βαθμός παραληρητικότητας*), τόσο με τον τρέχοντα ΔΜΣ όσο και με τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ενώ στατιστικά σημαντικά ευρήματα απουσίαζαν στην ομάδα της ψυχογενούς βουλιμίας.

Στους πίνακες που ακολουθούν (Πίνακας 12 και 13) παρουσιάζεται η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του *Βαθμού Παραληρητικότητας* και κλινικών συμπτωμάτων των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία (ΨΑ) και Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ).

Στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ο *Βαθμός Παραληρητικότητας* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την υποκλίμακα του *EDE-Q*

Περιορισμός της τροφής, ενώ δεν υπήρξε κάποια άλλη συσχέτιση με τις υπόλοιπες υποκλίμακες του EDE-Q ή τη συνολική αυτού βαθμολογία. Αντίστοιχα, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του Βαθμού Παραληρητικότητας και της συνοδού συμπτωματολογίας, δηλαδή άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας, όπως αποτυπώθηκαν με τις μεταβλητές HADS Άγχος, HADS Κατάθλιψη, MOCI Συνολικό σκορ, αντίστοιχα (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ΨΑ (n=44)

| | | Βαθμός Παραληρητικότητας |
|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| EDE-Q Περιορισμός | ρ | 0,56** |
| | p | < 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό | ρ | 0,02 |
| | p | 0,89 |
| EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος | ρ | 0,15 |
| | p | 0,34 |
| EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος | ρ | 0,04 |
| | p | 0,81 |
| EDE-Q Συνολικό Σκορ | ρ | 0,17 |
| | p | 0,27 |
| HADS Άγχος | ρ | 0,18 |
| | p | 0,24 |
| HADS Κατάθλιψη | ρ | 0,26 |
| | p | 0,09 |
| MOCI Συνολικό Σκορ | ρ | 0,17 |
| | p | 0,28 |
| ** $p < 0.001$ | | |

Στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ο Βαθμός Παραληρητικότητας βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές EDEQ Ανησυχία για το σχήμα σώματος, EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος, EDE-Q Συνολική Βαθμολογία ενώ δεν υπήρξε συσχέτιση με τις μεταβλητές EDE-Q Περιορισμός και EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό. Επίσης, αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ του Βαθμού Παραληρητικότητας και της συνοδού συμπτωματολογίας, δηλαδή άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας, όπως αποτυπώθηκαν με τις μεταβλητές HADS Άγχος, HADS Κατάθλιψη, MOCI Συνολική Βαθμολογία, αντίστοιχα (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Βουλμία ΨΒ (n = 50)

| | | Βαθμός παραληρητικότητας |
|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| EDE-Q Περιορισμός | ρ | 0,11 |
| | P | 0,45 |
| EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό | ρ | 0,21 |
| | P | 0,14 |
| EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος | ρ | 0,69** |
| | P | < 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος | ρ | 0,73** |
| | P | < 0,001 |
| EDE-Q Συνολικό Σκορ | ρ | 0,53** |
| | P | < 0,001 |
| HADS Άγχος | ρ | 0,56** |
| | P | < 0,001 |
| HADS Κατάθλιψη | ρ | 0,50** |
| | P | < 0,001 |
| MOCI Συνολικό σκορ | ρ | 0,50** |
| | P | < 0,001 |
| ** $p < 0.001$ | | |

2.6.3 Συσχετίσεις μεταξύ κλινικής εναισθησία, δημογραφικών, σωματομετρικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΔΠΤ

Στον πίνακα που ακολουθεί, (Πίνακας 14) παρατηρούμε πως στο συνολικό δείγμα των ασθενών, η *Κλινική Εναισθησία* όπως εκτιμήθηκε μέσω της συνέντευξης SAI-ED, φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά θετικά με τον ΔΜΣ και τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ, ενώ δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ κλινικής εναισθησίας και ηλικίας, εκπαίδευσης, και διάρκειας νόσου.

Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ κλινικής εναισθησίας, δημογραφικών και σωματομετρικών παραγόντων στις ασθενείς με ΔΠΤ (n=94)

| | | Ηλικία | Εκπαίδευση | Διάρκεια Νόσου | ΔΜΣ | ΕΛΑΧΙΣΤΟΣ ΔΜΣ |
|--------------------|--------|--------|------------|----------------|---------|---------------|
| Κλινική Εναισθησία | ρ | 0,04 | 0,10 | -0,03 | 0,53** | 0,53** |
| | P | 0,68 | 0,33 | 0,75 | < 0,001 | < 0,001 |
| ** : $p < 0,001$ | | | | | | |

Η συσχέτιση μεταξύ *Κλινικής Εναισθησίας* και ΔΜΣ, ελάχιστου κατά το παρελθόν ΔΜΣ διερευνήθηκε ξεχωριστά στις ομάδες ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας, όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ κλινικής εναισθησίας και δημογραφικών και σωματομετρικών παραγόντων στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ($n = 44$) και ψυχογενή βουλιμία ($n = 50$)

| Ψυχογενής Ανορεξία | | ΔΜΣ | Ελάχιστος ΔΜΣ |
|--------------------|--------|---------|---------------|
| Κλινική Εναισθησία | ρ | 0,582** | 0,561** |
| | p | 0.000 | 0.000 |
| ** : $p < 0,001$ | | | |
| Ψυχογενής Βουλιμία | | ΔΜΣ | Ελάχιστος ΔΜΣ |
| Κλινική Εναισθησία | ρ | -0.097 | 0.161 |
| | p | 0.505 | 0.265 |

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 15), στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της *Κλινικής Εναισθησίας* και του ΔΜΣ / ελάχιστου κατά το παρελθόν ΔΜΣ στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ενώ αντίστοιχα στατιστικά σημαντικά ευρήματα απουσίαζαν στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία.

Στη συνέχεια, διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της *Κλινικής Εναισθησίας* και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΔΠΤ, τόσο ειδικών για τις ΔΠΤ συμπτωμάτων, όσο και συνοδών συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, και ψυχαναγκαστικότητας.

Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 16), στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία η *Κλινική Εναισθησία* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την μεταβλητή *EDE-Q Περιορισμός της τροφής*, ενώ δεν υπήρξε κάποια άλλη συσχέτιση με τις άλλες υποκλίμακες του EDE-Q ή τη συνολική αυτού βαθμολογία. Αντίστοιχα, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της *Κλινικής Εναισθησίας* και της συνοδού συμπτωματολογίας, δηλαδή άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας, όπως αποτυπώθηκαν με τις μεταβλητές *HADS Άγχος*, *HADS Κατάθλιψη*, *MOCI Συνολική Βαθμολογία*, αντίστοιχα.

Πίνακας 16: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ κλινικής εναισθησίας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ΨΑ (n=44)

| | | SAI-ED Κλινική εναισθησία |
|-------------------------------------|--------|---------------------------|
| EDE-Q Περιορισμός | ρ | -0,50** |
| | P | 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό | ρ | 0,09 |
| | P | 0,54 |
| EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος | ρ | -0,11 |
| | P | 0,47 |
| EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος | ρ | 0,02 |
| | P | 0,88 |
| EDE-Q Συνολική Βαθμολογία | ρ | -0,10 |
| | P | 0,54 |
| HADS Άγχος | ρ | -0,05 |
| | P | 0,73 |
| HADS Κατάθλιψη | ρ | -0,13 |
| | P | 0,40 |
| MOCI Συνολική Βαθμολογία | ρ | -0,14 |
| | P | 0,38 |
| ** $p < 0.001$ | | |

Στην αντίστοιχη ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, η *Κλινική Εναισθησία* όπως αυτή εξετάζεται με την ημιδομημένη συνέντευξη SAI-ED, βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με ορισμένα ειδικά συμπτώματα των διαταραχών πρόσληψης τροφής, και ειδικότερα τις μεταβλητές *EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος*, *EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος*, *EDE-Q Συνολικό σκορ*, ενώ αντίθετα, δεν υπήρξε συσχέτιση της *Κλινικής Εναισθησίας* με τις μεταβλητές *EDE-Q Περιορισμός* και *EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό*. Επίσης, σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση της *Κλινικής Εναισθησίας* με τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας, αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της *Κλινικής Εναισθησίας* και της μεταβλητής *MOCI Συνολική Βαθμολογία*, αντίστοιχα (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και κλινικών συμπτωμάτων στις ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία ΨΒ (n = 50)

| | | SAI-ED Κλινική εναισθησία |
|-------------------------------------|--------|---------------------------|
| EDE-Q Περιορισμός | ρ | -0,13 |
| | p | 0,37 |
| EDE-Q Ανησυχία για το φαγητό | ρ | -0,09 |
| | p | 0,52 |
| EDE-Q Ανησυχία για το σχήμα σώματος | ρ | -0,56** |
| | p | < 0,001 |
| EDE-Q Ανησυχία για το βάρος σώματος | ρ | -0,58** |
| | p | < 0,001 |
| EDE-Q Συνολική Βαθμολογία | ρ | -0,46** |
| | p | 0,001 |
| HADS Άγχος | ρ | -0,28 |
| | p | 0,05 |
| HADS Κατάθλιψη | ρ | -0,26 |
| | p | 0,07 |
| MOCI Συνολική Βαθμολογία | ρ | ,-0,28* |
| | p | 0,05 |
| * $p \leq 0.05$ ** $p < 0.001$ | | |

2.6.4 Συσχετίσεις μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας των ασθενών με ΔΠΤ

Από τις αντίστοιχες αναλύσεις προέκυψε πως υπήρξε υψηλού βαθμού στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της παραληρητικότητας όπως αυτή εκτιμάται από τη συνέντευξη BABS (*Βαθμός Παραληρητικότητας*), και της *Κλινικής Εναισθησίας* όπως αυτή εκτιμάται από τη συνέντευξη SAI-ED, στις ασθενείς με ΔΠΤ. Στον πίνακα που ακολουθεί παρατηρούνται οι συσχετίσεις μεταξύ *Βαθμού Παραληρητικότητας* και *Κλινικής Εναισθησίας* συμπεριλαμβανομένων των υποκλιμάκων της τελευταίας, όπως αυτές διερευνήθηκαν στο συνολικό δείγμα των ασθενών (Πίνακας 18).

Όταν μάλιστα η συσχέτιση αυτή μεταξύ *Βαθμού Παραληρητικότητας* και *Κλινικής Εναισθησίας* ελέγχθηκε ανά διαγνωστικό υπότυπο, βρέθηκε πως για την ομάδα της

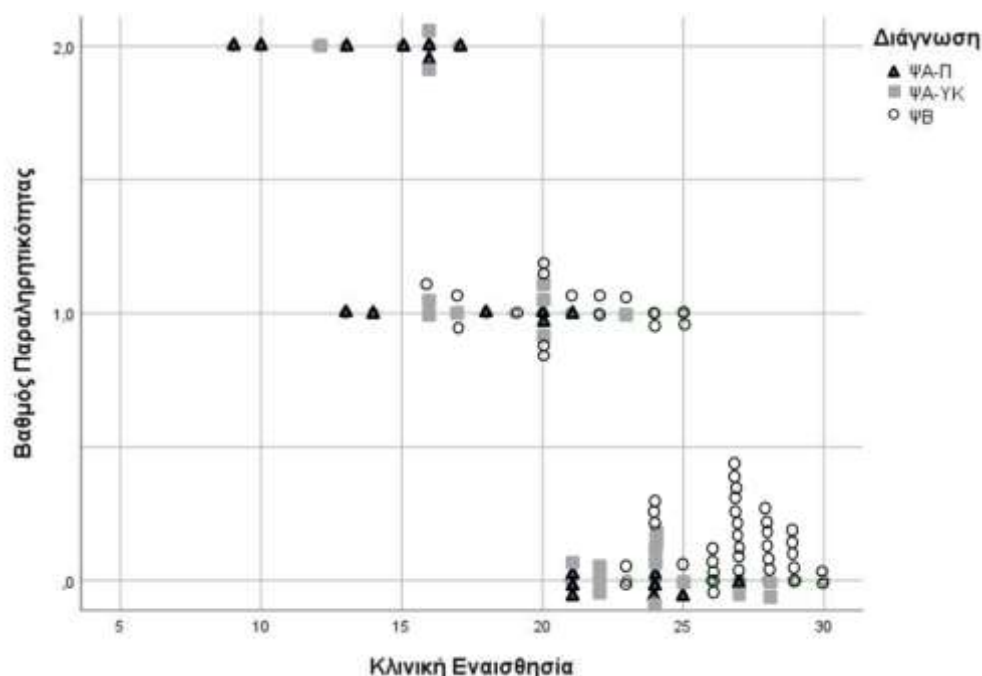
ψυχογενούς ανορεξίας, ο συντελεστής Spearman's ρ ήταν $-0,87$, για την ψυχογενή βουλιμία ήταν $-0,75$ ($p < 0,001$), υποδεικνύοντας την ύπαρξη υψηλής αρνητικής συσχέτισης και στις δύο ομάδες ασθενών.

Πίνακας 18: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας (και υποκλιμάκων αυτής) στις ασθενείς με ΔΠΤ (n = 94)

| | | SAI-ED Συνολική βαθμολογία | SAI-ED Επίγνωση Νοσηρού | SAI-ED Επίγνωση Συμπτωμάτων | SAI-ED Συμμόρφωση |
|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| BABS Συνολική Βαθμολογία | Spearman's ρ | $-0,863^{**}$ | $-0,677^{**}$ | $-0,807^{**}$ | $-0,713^{**}$ |
| Βαθμός Παραληρητικότητας | Spearman's ρ | $-0,791^{**}$ | $-0,671^{**}$ | $-0,740^{**}$ | $-0,634^{**}$ |

** $p < 0.001$

Τα ευρήματα των αναλύσεων αυτών αποτυπώνονται ιδιαίτερα διακριτά και στο διάγραμμα διασποράς βαθμού παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας το οποίο ακολουθεί, στο οποίο επιπλέον αποτυπώνονται οι διαγνώσεις των ασθενών (Εικόνα 10).



Εικόνα 10: Διάγραμμα διασποράς βαθμού παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας στις ασθενείς με ΔΠΤ (n = 94), ανάλογα με τη διάγνωση.

2.6.5 Συσχετίσεις μεταξύ παραληρητικότητας, κλινικής εναισθησίας και μεταγνωσιακών παραγόντων σε ασθενείς με ΔΠΤ

Προκειμένου να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας με μεταγνωσιακούς παράγοντες, διενεργήσαμε αναλύσεις συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών όπως αποτυπώνονται αντίστοιχα στα ερωτηματολόγια BABS, SAI-ED, MCQ-30 και SRIS. Οι αναλύσεις διενεργήθηκαν ξεχωριστά για τις ομάδες ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία.

Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας με μεταγνωσιακούς παράγοντες σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία (n = 44)

| | | BABS Σ.Βαθμ. | Βαθμός Παραληρη- τικότητας | SAI-ED Σ.Βαθμ. | SAI-ED Επίγνωση νοσηρού | SAI-ED Επίγνωση συμπτωμάτων | SAI-ED Συμμόρφωση |
|--|--------|-----------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| MCQ-30 Σ. Βαθμολογία | ρ | -0,007 | -0,035 | 0,188 | 0,170 | 0,201 | -0,004 |
| | p | 0,965 | 0,822 | 0,227 | 0,275 | 0,197 | 0,981 |
| MCQ-30 Αρνητικές πεποιθήσεις για την ανησυχία | ρ | -0,100 | -0,062 | 0,194 | 0,164 | 0,237 | 0,034 |
| | p | 0,524 | 0,693 | 0,212 | 0,293 | 0,126 | 0,831 |
| MCQ-30 Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης | ρ | 0,191 | 0,185 | -0,009 | 0,009 | 0,029 | -0,132 |
| | p | 0,220 | 0,235 | 0,953 | 0,952 | 0,852 | 0,398 |
| MCQ-30 Θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία | ρ | -0,065 | -0,199 | 0,243 | 0,192 | 0,249 | 0,030 |
| | p | 0,679 | 0,202 | 0,117 | 0,217 | 0,108 | 0,850 |
| MCQ-30 Νοητική αυτοπεποίθηση | ρ | -0,080 | -0,016 | 0,064 | 0,096 | 0,062 | -0,046 |
| | p | 0,610 | 0,921 | 0,683 | 0,539 | 0,692 | 0,769 |
| MCQ-30 Νοητική αυτοσυνείδηση | ρ | 0,148 | 0,083 | 0,040 | -0,024 | 0,001 | 0,124 |
| | p | 0,343 | 0,595 | 0,800 | 0,879 | 0,996 | 0,427 |
| SRIS Σ.Βαθμολογία | ρ | -0,147 | -0,115 | 0,034 | 0,125 | 0,034 | -0,127 |
| | p | 0,342 | 0,456 | 0,829 | 0,419 | 0,828 | 0,412 |
| SRIS Αναστοχαστικότη- τα | ρ | -0,028 | 0,015 | 0,028 | 0,069 | 0,062 | -0,118 |
| | p | 0,855 | 0,922 | 0,859 | 0,657 | 0,688 | 0,446 |
| SRIS Αυτεπίγνωση | ρ | -0,200 | -0,175 | 0,097 | 0,098 | 0,067 | 0,057 |
| | p | 0,193 | 0,255 | 0,532 | 0,526 | 0,664 | 0,713 |

Στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του *Βαθμού Παραληρητικότητας* ή της μεταβλητής *BABS Συνολική Βαθμολογία* και των μεταβλητών της *Κλινική Εναισθησίας (SAI-ED Συνολική Βαθμολογία, SAI-ED Επίγνωση Νοσηρού, SAI-ED Επίγνωση Συμπτωμάτων, SAI-ED Συμμόρφωση)* με τις μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν μεταγνωσιακούς παράγοντες όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 19).

Στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της μεταβλητής *Βαθμός παραληρητικότητας* με τις μεταβλητές *MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία, Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και Νοητική αυτοπεποίθηση*. Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της μεταβλητής *BABS Συνολική Βαθμολογία* και των μεταβλητών *MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία, Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και Νοητική αυτοπεποίθηση* (Πίνακας 20).

Όσον αφορά τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταγνωσιακών μεταβλητών και των μεταβλητών της *Κλινικής Εναισθησίας, (SAI-ED Συνολική Βαθμολογία, SAI-ED Επίγνωση Νοσηρού, SAI-ED Επίγνωση Συμπτωμάτων, SAI-ED Συμμόρφωση)* παρατηρήθηκε πληθώρα αρνητικών συσχετίσεων. Ειδικότερα, μεταξύ των μεταβλητών *SAI-ED Συνολική Βαθμολογία* με τις *MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία, MCQ-30 Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και MCQ-30 Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*. Επίσης, μεταξύ των μεταβλητών *SAI-ED Επίγνωση νοσηρού* με τις *MCQ-30 Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και MCQ-30 Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*. Τέλος, μεταξύ των μεταβλητών *SAI-ED Επίγνωση συμπτωμάτων και SAI-ED Συμμόρφωση με τη θεραπεία και MCQ-30 Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται*. (Πίνακας 20).

Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της παραληρητικότητας και της κλινικής εναισθησίας με τις μεταβλητές

που αφορούν την αναστοχαστική λειτουργία (SRIS Συνολική Βαθμολογία, SRIS Αναστοχαστικότητα και SRIS Αυτεπίγνωση) (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συντελεστές συσχέτισης Spearman's ρ μεταξύ παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας με μεταγνωσιακούς παράγοντες σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία (n=50)

| | | BABS Σ.Βαθμ. | Βαθμός Παραληρητικότητας | SAI-ED Σ.Βαθμ. | SAI-ED Επίγνωση νοσηρού | SAI-ED Επίγνωση συμπτωμάτων | SAI-ED Συμμόρφωση |
|---|--------|-----------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| MCQ-30 Σ.Βαθμ. | ρ | 0,355* | 0,404* | -0,286* | -0,231 | -0,207 | -0,235 |
| | p | 0,011 | 0,004 | 0,044 | 0,106 | 0,149 | 0,101 |
| MCQ-30 Αρνητικές πεποιθήσεις για την ανησυχία | ρ | 0,470** | 0,577** | -0,374* | -0,287* | -0,294* | -0,332* |
| | p | 0,001 | 0,000 | 0,007 | 0,044 | 0,038 | 0,019 |
| MCQ-30 Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης | ρ | 0,273 | 0,350* | -0,287* | -0,352* | -0,243 | -0,113 |
| | p | 0,055 | 0,013 | 0,043 | 0,012 | 0,089 | 0,434 |
| MCQ-30 Θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία | ρ | -0,039 | -0,035 | 0,029 | -0,043 | 0,129 | -0,058 |
| | p | 0,790 | 0,808 | 0,843 | 0,767 | 0,371 | 0,691 |
| MCQ-30 Νοητική αυτοπεποίθηση | ρ | 0,350* | 0,283* | -0,127 | -0,126 | -0,070 | -0,199 |
| | p | 0,013 | 0,046 | 0,381 | 0,382 | 0,629 | 0,166 |
| MCQ-30 Νοητική αυτοσυνείδηση | ρ | 0,039 | 0,107 | -0,166 | 0,065 | -0,185 | -0,109 |
| | p | 0,790 | 0,458 | 0,248 | 0,656 | 0,199 | 0,450 |
| SRIS Σ.Βαθμολογία | ρ | 0,072 | -0,038 | 0,152 | -0,001 | 0,281 | -0,037 |
| | p | 0,623 | 0,796 | 0,298 | 0,996 | 0,051 | 0,802 |
| SRIS Αναστοχαστικότητα | ρ | 0,317* | 0,154 | -0,173 | -0,220 | -0,038 | -0,242 |
| | p | 0,027 | 0,292 | 0,234 | 0,129 | 0,797 | 0,093 |
| SRIS Αυτεπίγνωση | ρ | -0,038 | -0,080 | 0,223 | 0,128 | 0,254 | 0,132 |
| | p | 0,798 | 0,583 | 0,124 | 0,381 | 0,078 | 0,367 |
| N = 50 | | | | | | | |
| * $p < 0.05$ ** $p < 0.001$ | | | | | | | |

2.6.6 Αποτελέσματα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων μεταγνωσιακών παραγόντων, παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας σε ασθενείς με ΔΠΤ

Με βάση τα αποτελέσματα από τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ μεταγνωσιακών παραγόντων, παραληρητικότητας και κλινικής εναισθησίας, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνήσουμε περαιτέρω τις συσχετίσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων στις ασθενείς με ΔΠΤ. Καθώς συσχετίσεις σε αυτούς τους παράγοντες δεν υπήρξαν με στατιστικά σημαντική ισχύ στον πληθυσμό των ασθενών με ΨΑ, η διερεύνηση αυτή αφορά αποκλειστικά στις ασθενείς με ΨΒ.

Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων στην ομάδα των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία και προκειμένου να έχουμε τη δυνατότητα να διαπιστώσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις (ανεξάρτητες μεταβλητές, X) επηρεάζουν τη διακύμανση των τιμών που αφορούν το *Βαθμό παραληρητικότητας και Κλινικής Εναισθησίας* (εξαρτημένες μεταβλητές, Y) χρησιμοποιήσαμε μία ακολουθία μοντέλων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Σε κάθε μία από αυτές τις παλινδρομήσεις, ο ΔΜΣ και η διάρκεια νόσου εξετάστηκαν αρχικά ως πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες (ανεξάρτητες μεταβλητές) στο Μοντέλο 1. Ακολούθως, οι μεταβλητές που αφορούν τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις οι οποίες φάνηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση (*Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης-NCT, Νοητική αυτοπεποίθηση*) εισήχθησαν σαν ανεξάρτητες μεταβλητές στο Μοντέλο 2 για το *Βαθμό Παραληρητικότητας* ενώ οι δύο πρώτες μεταβλητές (*Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD, Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης-NCTO*), εισήχθησαν σαν ανεξάρτητες μεταβλητές στο Μοντέλο 2 για την *Κλινική Εναισθησία*, πάντα με βάση τα ευρήματα από τις αναλύσεις συσχέτισης (Πίνακας 21).

Τα αποτελέσματα ελέγχου της ομοσκεδαστικότητας και της πολυσυγγραμμικότητας ήταν εντός των επιτρεπόμενων ορίων. Ο ΔΜΣ και η διάρκεια νόσου δεν ήταν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες σε κανένα από τα δύο μοντέλα. Αντίθετα, τα μοντέλα που συμπεριλάμβαναν μεταβλητές που αφορούσαν σε δυσλειτουργικές

μεταγνωσιακές πεποιθήσεις βρέθηκαν να προβλέπουν στατιστικά σημαντικά το 32% και το 24% της διακύμανσης των τιμών των μεταβλητών *Βαθμός Παραληρητικότητας* και *Κλινική εναισθησία* αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά και στα δύο μοντέλα παλινδρόμησης, ήταν η μεταβλητή *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD* η οποία βρέθηκε να είναι ο μόνος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Μοντέλα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων πρόβλεψης των εξαρτημένων μεταβλητών Βαθμός παραληρητικότητας και Κλινική εναισθησία σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλμία (n= 50)

| | <i>Βαθμός παραληρητικότητας</i> | | | <i>Κλινική εναισθησία</i> | | |
|--|---------------------------------|-----------|------------------------------------|---------------------------|-----------|------------------------------------|
| | <i>B</i> | <i>TΣ</i> | Μεταβολή του <i>R</i> ² | <i>β</i> | <i>TΣ</i> | Μεταβολή του <i>R</i> ² |
| Μοντέλο 1 | | | 0,04 | | | 0,07 |
| ΔΜΣ | 0,02 | 0,03 | | -0,04 | 0,18 | |
| Διάρκεια νόσου | 0,01 | 0,01 | | -0,18 | 0,10 | |
| Μοντέλο 2 | | | 0,32* | | | 0,24* |
| NBUD | 0,07* | 0,02 | | -0,35* | 0,15 | |
| NCT | -0,02 | 0,02 | | -0,06 | 0,16 | |
| LCC | 0,01 | 0,01 | | | | |
| <p>*: $p < 0.05$ <i>TΣ</i>: Τυπικό Σφάλμα, NBUD: Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, NCT: Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, LCC: Νοητική αυτοπεποίθηση</p> | | | | | | |

3. Συζήτηση

3.1 Η μεταγνωσιακή λειτουργία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Από ό,τι είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που χρησιμοποιεί το *ερωτηματολόγιο για την αναστοχαστικότητα και την αυτεπίγνωση (Self-Reflection and Insight Scale-SRIS)* σε έναν κλινικό πληθυσμό, και ειδικότερα σε ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής. Όπως το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε αρχικά (Grant, 2002), η συγκεκριμένη κλίμακα προοριζόταν να συμπεριλάβει λήμματα τα οποία ειδικώς αποτυπώνουν και μετρούν τις υγιείς διαδικασίες αναστοχασμού και αυτεπίγνωσης, προκειμένου να αναδειχθεί ο ρόλος τους στη σκόπιμη αλλαγή συμπεριφοράς. Στη μελέτη μας, η *Αναστοχαστικότητα* και η *Αυτεπίγνωση* δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους, γεγονός το οποίο φαίνεται να συμβαδίζει με προηγούμενες μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Grant 2002, Silvia and Philips 2011).

Με βάση τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις της παρούσας μελέτης, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχογενούς βουλιμίας και υγιών μαρτύρων όσον αφορά την *Αναστοχαστικότητα* και δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της *Αναστοχαστικότητας* με ειδικά συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών ή τα συνοδά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή ψυχαναγκαστικότητας. Οι προηγούμενες μελέτες που έχουν έως τώρα εξετάσει τη σχέση μεταξύ *Αναστοχαστικότητας* και άγχους ή κατάθλιψης επίσης δεν έχουν αναδείξει καμία συσχέτιση (Nakajima et al. 2017, Silvia and Philips 2011). Αυτό φαίνεται να συμβαδίζει με την αρχική πρόθεση του Grant να καταφέρει να διακρίνει με τη χρήση αυτής της κλίμακας, μια εποικοδομητικού τύπου *Αναστοχαστικότητα* από την δυσλειτουργική αυτο-εστίαση. Τα ευρήματά μας επίσης υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι ικανές για προσαρμοστική επικέντρωση στον εαυτό και εποικοδομητική αυτοπαρατήρηση παρά τα όποια ελλείμματα που ως γνωστό, τόσο από την κλινική παρατήρηση όσο και από προηγούμενες μελέτες, μπορούν να εμφανίζουν στην εν γένει

αναστοχαστική διαδικασία, και τα οποία κυρίως σχετίζονται με την εικόνα του σώματος, την ταυτοποίηση των συναισθημάτων, την επίγνωση της νόσου ή των συμπτωμάτων.

Από την άλλη πλευρά, στην παρούσα μελέτη η βαθμολογία στην υποκλίμακα της *Αυτεπίγνωσης* ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη στις ασθενείς με διατροφική διαταραχή, τόσο σε εκείνες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία όσο και σε εκείνες με ψυχογενή βουλιμία, από ό,τι στην ομάδα ελέγχου. Επιπροσθέτως αυτή η υψηλή *Αυτεπίγνωση* συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τα ειδικά συμπτώματα των ΔΠΤ, καθώς και με το άγχος, την κατάθλιψη και την ψυχαναγκαστικότητα. Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών που υποδείκνυαν πως η *Αυτεπίγνωση* συνδέεται με μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους (Nakajima et al. 2017, Silvia and Philips 2011) και υψηλότερη υποκειμενική ευημερία (Harrington and Loffredo, 2010, Lyke 2009). Θα πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο πως τα προαναφερόμενα ευρήματα αφορούν μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε δείγματα μη κλινικών πληθυσμών.

Ως γνωστό οι προσαρμοστικές αναστοχαστικές διεργασίες απαιτούν νοητική ευελιξία (Grant 2002), ιδιότητα η οποία περιλαμβάνει την συνειδητοποίηση πως υπάρχουν εναλλακτικές επιλογές και δράσεις καθώς και την προθυμία για νοητική και συμπεριφορική ευελιξία προς βελτίωση της αποτελεσματικότητας. (Martin και Rubin 1995). Δεδομένου ότι οι ασθενείς με ΔΠΤ παρουσιάζουν μειωμένη νοητική ευελιξία (Tchanturia et al. 2004, Tchanturia et al. 2011), αναμενόταν στις αρχικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης να διαπιστωθεί έλλειμμα στην αναστοχαστική λειτουργία στις ομάδες των ασθενών το οποίο θα αποτυπωνόταν μέσω χαμηλότερων από την ομάδα ελέγχου βαθμολογιών στην παράμετρο *Αυτεπίγνωση*. Ωστόσο, η κλίμακα SRIS είναι μια αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα, όπου αυτό σημαίνει ότι η βαθμολογία υποδεικνύει την υποκειμενική εκτίμηση ενός ατόμου για τις δικές του ικανότητες *Αναστοχασμού* και *Αυτεπίγνωσης*. Η ίδια η διαδικασία αυτή της εμπλοκής στην παρατήρηση κατανόησης των σκέψεων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς επίσης προαπαιτεί νοητική ευελιξία. Έτσι, μια πιθανή εξήγηση για τους υψηλότερες βαθμολογίες των ασθενών με ΔΠΤ στην υποκλίμακα της *Αυτεπίγνωσης* θα μπορούσε να είναι πως οι ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης

τροφής τείνουν να υπερεκτιμούν τη δική τους μάλλον στενή και άκαμπτη παρακολούθηση της εσωτερικής κατάστασης, σε αντίθεση με την υγιή διαδικασία της *Αυτεπίγνωσης* όπως τη συνέλαβε και περιέγραψε ο Grant.

Μια άλλη πιθανή εξήγηση για τις υψηλότερες βαθμολογίες των ασθενών με ΔΠΤ στην *Αυτεπίγνωση* ως προς τους μάρτυρες θα μπορούσε να είναι ότι το εύρημα αυτό αντικατοπτρίζει την ειδική μεροληψία των ασθενών με ΔΠΤ σε ό,τι αφορά τα συμπεράσματα σχετικά με την ψυχική τους κατάσταση. Αυτό θα μπορούσε να είναι σχετικό με μία μεταγνωσιακή δυσλειτουργία η οποία έχει περιγραφεί ως ελλειμματική «γνωσιακή εναισθησία» (Beck et al. 2004) σε ασθενείς με ψύχωση. Η γνωσιακή εναισθησία έχει ορισθεί ως η ικανότητα του ατόμου να αποστασιοποιηθεί από τα λανθασμένα συμπεράσματά του και να επανεξετάσει σωστά τις ερμηνείες του χρησιμοποιώντας την εξωτερική τροφοδότηση από τους άλλους. Τα άτομα με ελλειμματική γνωσιακή εναισθησία είναι λιγότερο ικανά να εξετάσουν διαφορετικές οπτικές και να αξιολογήσουν εναλλακτικές υποθέσεις ώστε να καταλήξουν σε συμπεράσματα ως αποτέλεσμα σκέψης με αποτέλεσμα να είναι υπερβολικά πεπεισμένα για την ακρίβεια και ορθότητα των πεποιθήσεών τους. Με αυτόν τον τρόπο, η έλλειψη γνωσιακής εναισθησίας σε ασθενείς με ψύχωση έχει συσχετισθεί με παραληρητικές ιδέες και με μειωμένη επίγνωση του νοσηρού (κλινικής εναισθησία) (Van Camp et al. 2017). Είναι αξιοσημείωτο ότι ελλείμματα κλινικής εναισθησίας και παραληρητικής έντασης πεποιθήσεις που αφορούν στην εικόνα του σώματος έχουν βρεθεί σε ασθενείς με ΔΠΤ, ειδικά στην ψυχογενή ανορεξία AN (Konstantakopoulos et al. 2011, Konstantakopoulos et al. 2012). Η υπερβολική αυτοπεποίθηση των ασθενών στις ερμηνείες των εμπειριών τους όπως αποτυπώθηκε στα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι πιθανό να υποδηλώνει ένα μεταγνωσιακό έλλειμμα που υποκρύπτεται σε αυτές τις κλινικές πτυχές των διαταραχών πρόσληψης τροφής και αυτή η υπόθεση απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Η *Αναστοχαστικότητα* συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις (όλες οι υποκλίμακες του MCQ-30 εκτός από τις *θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία*), ενώ η *Αυτεπίγνωση* συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές

πεποιθήσεις (όλες οι υποκλίμακες του MCQ-30 εκτός από τη νοητική αυτοσυμείδηση). Είχαμε αρχικά υποθέσει συσχετίσεις μεταξύ της αναστοχαστικής ικανότητας και των δυσπροσαρμοστικών μεταγνωσιακών παραγόντων σε ασθενείς με ΔΠΤ, που θα υποδείκνυαν μια συμβολή της αναστοχαστικής επεξεργασίας στο σχηματισμό και τη διατήρηση των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων. Σύμφωνα με την προαναφερθέντα αποτελέσματα, η υγιής αναστοχαστική ικανότητα φαίνεται να έχει έναν προστατευτικό ρόλο ενάντια στην παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, ενώ η υπερβολική αίσθηση *Αυτεπίγνωσης* φαίνεται να ευοδώνει την παρουσία αυτών, ως αποτέλεσμα μίας δυσλειτουργικής διάστασης των αναστοχαστικών για τον εαυτό διαδικασιών. Τα ευρήματά μας λοιπόν επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση. Αυτή η υψηλή βεβαιότητα σε ό,τι αφορά στην κατανόηση της εσωτερικής πραγματικότητας μπορεί να επηρεάσει τις πεποιθήσεις των ασθενών με ΔΠΤ σχετικά με την ανάγκη για έλεγχο των σκέψεων. Επιπλέον, η δυσλειτουργική αναστοχαστική λειτουργία και οι μη προσαρμοστικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορεί να αλληλεπιδρούν συνεργατικά ώστε να προκαλέσουν επιλεκτική, επαυξημένη προσοχή σε εσωτερικά δεδομένα μειώνοντας την αξία της παρουσίας λοιπών αντικειμενικών δεδομένων ακριβώς με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται και άλλες ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με το μοντέλο S-REF (Wells & Matthews 1996).

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών σχετικά με την παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία και επαναλαμβάνει τα προηγούμενα ευρήματα ότι οι *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, η Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης, οι Θετικές πεποιθήσεις σχετικές με την ανησυχία και η Νοητική αυτοσυμείδηση* είναι υψηλότερες στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία από ό,τι στους υγιείς μάρτυρες. Αντίστοιχα ευρήματα παρατηρήθηκαν και στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία με εξαίρεση την *Νοητική αυτοσυμείδηση*. Αυτά τα ευρήματα βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με τα ευρήματα μετα-ανάλυσης 45 μελετών η οποία ανέδειξε την αυξημένη παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων σε ασθενείς με ποικίλλες ψυχικές διαταραχές (Sun et al. 2017). Αυτή η μετα-ανάλυση επεσήμανε

ιδιαίτερα την προεξάρχουσα παρουσία και το ρόλο των *Αρνητικών πεποιθήσεων σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και την Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*, όπως ακριβώς υποδεικνύουν και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Σε αντίθεση με ορισμένα ευρήματα από προηγούμενη σχετική μελέτη (Vann et al. 2014), ο βαθμός δυσλειτουργίας σε επίπεδο μεταγνωσιακών πεποιθήσεων βρέθηκε στην παρούσα μελέτη να είναι αντίστοιχος στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους σε κάθε επιμέρους σύγκριση σε ό,τι αφορά τις ερευνηθείσες δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις, ενώ η προηγούμενη μελέτη υποδείκνυε πως οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν την τάση να έχουν ήπια αυξημένες θετικές πεποιθήσεις σχετικά με την ανησυχία, σε σύγκριση με εκείνους με ψυχογενή βουλιμία. Το εύρημα της παρούσας μελέτης πιθανότατα είναι ακριβέστερο, δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε σε πολύ μεγαλύτερο δείγμα και διεξήχθη υπό αυστηρότερη στατιστική μεθοδολογία. Συνολικά, τα συμπεράσματά της παρούσας μελέτης σε ό,τι αφορά τη μεταγνωσιακή λειτουργία υποστηρίζουν τον δια-διαγνωστικό ρόλο των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών παραγόντων σε ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία.

Αρκετές από τις δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τη συμπτωματολογία των ΔΠΤ στο κλινικό δείγμα, όπως διαπιστώθηκε και σε προηγούμενη έρευνα (Davenport 2015). Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της *Ανησυχίας για το φαγητό*, της *Ανησυχίας σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος* από τη μία και των *Αρνητικών πεποιθήσεων σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται*, της *Ανάγκης για έλεγχο της σκέψης* και της *έλλειψης Νοητικής αυτοπεποίθησης* από την άλλη. Η εξήγησή μας είναι πως οι τρεις προαναφερόμενες υποκλίμακες του EDE-Q σχετίζονται στενότερα με την ανησυχία καθώς υποδηλώνουν ψυχολογικά φαινόμενα τα οποία αποτυπώνονται στο εν λόγω ερωτηματολόγιο, ενώ η εναπομείνασα υποκλίμακα του EDE-Q *περιορισμός της τροφής* αντανακλά μία δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά.

Η ανησυχία και ο ιδεομηρυकाσμός έχουν αναδειχθεί ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της συμπτωματολογίας των ΔΠΤ, άνω και πέρα από την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης (Startup et al. 2013, Sternheim et al. 2012). Παρόμοιο μοτίβο συσχετίσεων βρέθηκε επίσης μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και της συνοδού συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Έτσι, αυτά τα αποτελέσματα συσχέτισης υποδεικνύουν ότι οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορεί να αντανακλούν ένα κοινό μονοπάτι προς ένα ευρύ φάσμα πυρηνικών και συνοδών συμπτωμάτων, όπως τα βασικά κλινικά συμπτώματα των ΔΠΤ, το άγχος, η κατάθλιψη και η ψυχαναγκαστικότητα σε ασθενείς με ΔΠΤ. Αυτό υποστηρίχθηκε επίσης από τις αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης, όπου η παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων προέβλεπε το 21%, 38%, 25% και 28% της διακύμανσης στις *συνολικές βαθμολογίες EDE-Q, HADS-Άγχος, HADS-Κατάθλιψη και MOCI-ψυχαναγκαστικότητα*. Σε μια προηγούμενη μελέτη, είχε διαπιστωθεί ότι οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις και ειδικότερα η *Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*, εξηγούσε το 51% της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας EDE-Q (Olstad et al. 2015). Με μία προσεκτικότερη ματιά στη μεθοδολογία της μελέτης εκείνης εύκολα μπορούμε να παρατηρήσουμε βασικές διαφορές. Η μεγάλη απόκλιση στα αποτελέσματα των αντίστοιχων αναλύσεων παλινδρόμησης αποδίδεται στο γεγονός ότι η ανάλυση στην προηγούμενη μελέτη διεξήχθη στο συνολικό δείγμα, συμπεριλαμβανομένων των ομάδων ελέγχου, το οποίο δικαιολογεί το υψηλό αποτέλεσμα. Αντίθετα, στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της παρούσας μελέτης η ανάλυση διεξήχθη στο κλινικό δείγμα, το οποίο μεθοδολογικά είναι ορθότερο ως πρακτική αλλά προφανώς οδηγεί σε χαμηλότερο αποτέλεσμα.

Προκειμένου να διαπιστώσουμε κατά πόσον διαμεσολαβείται η σχέση δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και συμπτωμάτων ειδικών για τις ΔΠΤ από τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας διεξήγαμε αναλύσεις πιθανής διαμεσολάβησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης μεσολάβησης αυτής υποδεικνύουν πως, αντίθετα με τις αρχικές υποθέσεις μας, το άγχος, η κατάθλιψη και η ψυχαναγκαστικότητα δεν διαμεσολαβούν τη σχέση αυτή. Αυτό

προσφέρει περαιτέρω υποστήριξη στην ιδέα ότι οι μεταγνωσιακές δυσλειτουργίες εμπλέκονται ειδικά στην ανάπτυξη και διαίωνιση των ειδικών κλινικών συμπτωμάτων των διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Συμπερασματικά και σε ό,τι αφορά στις αρχικές μας υποθέσεις:

Υπόθεση 1: Υποθέσαμε ότι η ομάδα ΨΑ θα εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων. Συγκεκριμένα, τόσο οι συνολικές βαθμολογίες, όσο και οι βαθμολογίες σε ορισμένες από τις υποκλίμακες στο MCQ - 30 θα είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες στην ομάδα AN σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Υπόθεση 2: Υποθέσαμε ότι η ομάδα ΨΒ θα εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων. Συγκεκριμένα, τόσο οι συνολικές βαθμολογίες, όσο και οι βαθμολογίες σε ορισμένες από τις υποκλίμακες στο MCQ - 30 θα είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένες στην ομάδα ΨΒ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Υπόθεση 3: Υποθέσαμε ότι θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, όπως αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο MCQ-30, και των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Επιπρόσθετα, αντίστοιχες θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και συνοδού συμπτωματολογίας άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας.

Υπόθεση 4: Υποθέσαμε ότι οι ομάδες ΨΑ και ΨΒ θα εμφανίσουν χαμηλότερα επίπεδα στις μεταγνωσιακές λειτουργίες της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης όπως αυτές αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο SRIS. Αυτή η υπόθεση δεν επαληθεύθηκε. Οι ασθενείς με ΔΠΤ δεν διέφεραν σε ό,τι αφορά την ικανότητά τους για *Αναστοχαστικότητα* από τις υγιείς μάρτυρες και εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα της *Αυτεπίγνωσης*. Παρόλα αυτά, θεωρούμε πως αποτυπώθηκε μία δυσλειτουργική μορφή της, με αποτέλεσμα η συνολική αναστοχαστική ικανότητα να θεωρείται ανεπαρκής και προβληματική.

Υπόθεση 5: Υποθέσαμε ότι θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταγνωσιακών λειτουργιών της αναστοχαστικότητας και της αυτεπίγνωσης με τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε σε ό,τι αφορά την *Αναστοχαστικότητα*, αλλά σε ό,τι αφορά στην *Αυτεπίγνωση*, υπήρχε (αντίστροφα ως προς την υπόθεση) θετική συσχέτιση μεταξύ αυτής και κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου και της συνοδού συμπτωματολογίας, γεγονός που ενισχύει την ερμηνεία πως αυτό που καταγράφεται είναι πιθανώς μία δυσλειτουργική μορφή υποκειμενικής αίσθησης αυτεπίγνωσης.

3.2 Η παραληρητικότητα στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτες προκύπτει πως οι υψηλότερες διάμεσες τιμές της συνολικής βαθμολογία της κλίμακας BABS παρατηρήθηκαν στην ομάδα με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου, ακολουθούσε (με μικρή μη σημαντική διαφορά) η ομάδα ψυχογενούς ανορεξίας με υπερφαγικό/ καθαρτικό τύπο και τέλος η ομάδα της ψυχογενούς βουλιμίας. Αυτό το αποτέλεσμα είναι στην ίδια κατεύθυνση με τα ευρήματα από την μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (Konstantakopoulos et al. 2012), ενώ σε σχέση με τις προηγούμενες μελέτες δεν μπορεί να γίνει άμεση σύγκριση καθώς εκείνες δεν συμπεριέλαβαν ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, ούτε μελετήθηκαν ξεχωριστά οι δύο υπότυποι της ψυχογενούς ανορεξίας. Παρόλα αυτά, σε ό,τι αφορά το δείγμα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας BABS τοποθετείται μεταξύ αυτών της μελέτης του Κωνσταντακόπουλου και συν (2012) ($13,46 \pm 4,76$), και της μελέτης του Steinglass και συν. (2007) ($9,9 \pm 5,4$), αντίστοιχη με αυτή των Hartmann και συν. (2013) ($12,32 \pm 5,43$).

Το υψηλότερο ποσοστό ασθενών με παραληρητικής έντασης ιδέες στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στην ομάδα ασθενών με περιοριστικό τύπο ανορεξίας, όπως ομοίως παρατηρήθηκε και στην μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (Konstantakopoulos et al. 2012, Κωνσταντακόπουλος 2013). Σε εκείνη τη μελέτη το

αντίστοιχο ποσοστό βρέθηκε να είναι υψηλότερο (45,5%) από το ποσοστό στην παρούσα μελέτη (33,3%). Υποθέτουμε πως καθώς η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε μόνο ασθενείς που θα ακολουθούσαν θεραπεία σε εξωτερική βάση, ενώ η μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν περιέλαβε νοσηλευόμενες ασθενείς, αυτό μπορεί να δικαιολογεί την απόκλιση αυτή. Σε κάθε περίπτωση, στο συνολικό δείγμα των ασθενών με ανορεξία, το ποσοστό με παραληρητικής έντασης ιδέες υπολογίστηκε στο 22,77%, το οποίο φαίνεται αντίστοιχο με από αυτό της μελέτης των Steinglass και συν. (Steinglass 2007) (20%). Το ποσοστό ασθενών με παραληρητικής έντασης ιδέες στην ομάδα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου βρέθηκε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, και με μη στατιστικά σημαντική διαφορά από την ομάδα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου, αντίστροφα από την μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (Κωνσταντακόπουλος 2013, Konstantakopoulos 2012). Στην παρούσα μελέτη, η συχνότητα εμφάνισης παραληρητικής έντασης ιδεών στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου βρέθηκε να είναι αρκετά υψηλότερη από αυτή στην μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (13,04% συγκριτικά με 5,9%). Υποθέτουμε πως οι ανωτέρω διαφορές θα μπορούσαν να εξηγηθούν εν μέρει αν λάβουμε υπόψη τη διαφορετική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά την εφαρμογή της συνέντευξης συμπλήρωσης της κλίμακας BABS. Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκαν γενικά πεποιθήσεις οι οποίες κυριαρχούν και παρεμβαίνουν στη διατροφική συμπεριφορά, ενώ στην μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (Konstantakopoulos et al. 2012, Κωνσταντακόπουλος 2013) εκτιμήθηκαν ειδικότερα οι πεποιθήσεις για το βάρος και το σχήμα του σώματος που παρεμβαίνουν στη διατροφή των ασθενών. Τα ευρήματα των δύο μελετών, οι οποίες, εξ' όσων γνωρίζουμε, είναι και οι μόνες έως τώρα που έχουν μελετήσει την παραληρητικότητα στην ψυχογενή βουλιμία, συμφωνούν ως προς το εύρημα πως οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία δεν εμφανίζουν παραληρητικής έντασης ιδέες.

Όσον αφορά την ύπαρξη υπερτιμημένων ιδεών, αυτές ήταν παρούσες και στις τρεις υποομάδες ασθενών, δηλαδή τους δύο υπότυπους της ψυχογενούς ανορεξίας και την ψυχογενή βουλιμία (ΨΑ-Π: 28,57%, ΨΑ-ΥΚ: 30,43%, ΨΒ: 34%). Επίσης, δεν

αναδείχθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των υπερτιμημένων ιδεών μεταξύ των τριών αυτών ομάδων ασθενών. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με την μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (2012) όπου οι υπερτιμημένες ιδέες για το σχήμα και το βάρος του σώματος βρέθηκαν τόσο στην ψυχογενή ανορεξία (25,6%) όσο και στην ψυχογενή βουλιμία (30,3%). Οι προηγούμενες μελέτες οι οποίες επιχείρησαν να μελετήσουν αντίστοιχα την ψυχογενή ανορεξία, ανέδειξαν την ύπαρξη υπερτιμημένων ιδεών σε αντίστοιχα ποσοστά με την παρούσα μελέτη. Το δείγμα από τη μελέτη των Hartmann και συν. (2013) προσδιορίστηκε πως είχε υπερτιμημένες ιδέες σε ποσοστό 26%, αυτό από τη μελέτη του Mountjoy και συν. (2015) 30%. Η ύπαρξη υπερτιμημένων ιδεών είναι ούτως η άλλως, με όρους ψυχοπαθολογίας, στην ίδια κατεύθυνση με τη θεωρητική περιγραφή των διαταραχών πρόσληψης τροφής (Cooper & Fairburn 1993, Vitousek 1996).

Αναφορικά με τις θεματικές ενότητες που αναδείχθηκαν από την ανάλυση των κυριαρχουσών ιδεών οι οποίες αξιολογήθηκαν από τη συνέντευξη BABS, αυτές αφορούσαν την εικόνα του σώματος, τον φόβο της επικείμενης αλλαγής στο βάρος, τη φυσιολογία του σώματος και της τροφής, τον φόβο απώλειας του ελέγχου και την υπεραξιολόγηση της ισχύος. Σε προηγούμενη μελέτη με τη χρήση της BABS σε ασθενείς με ΨΑ, οι θεματικές ενότητες που είχαν αναδειχθεί αφορούσαν την εικόνα σώματος (σχήμα/βάρος/αλλαγή αυτών), το αίσθημα πληρότητας, την απώλεια ελέγχου ή άλλες ιδέες (Steinglas et al. 2007). Φαίνεται λοιπόν μία μεγάλου βαθμού αντιστοιχία μεταξύ των θεματικών εννοιών των υπό εξέταση ιδεών στις δύο αυτές μελέτες. Επιπροσθέτως, το 50% των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία της παρούσας μελέτης ανέφεραν ως κυρίαρχη και ορίζουσα τη διατροφή ιδέα, μία ιδέα που αφορούσε την εικόνα του σώματος ή το φόβο της επικείμενης αλλαγής στο βάρος, εύρημα που βρίσκεται σε συμφωνία με την προγενέστερη μελέτη όπου το ποσοστό αυτό ήταν 68% (Steinglas et al. 2007).

Σε ό,τι αφορά στις πιθανές συσχετίσεις του βαθμού παραληρητικότητας με δημογραφικούς, κλινικούς και σωματομετρικούς παράγοντες της διαταραχής, στην παρούσα μελέτη ο βαθμός παραληρητικότητας φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά αρνητικά με τον ΔΜΣ και τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ στις ασθενείς με

ψυχογενή ανορεξία αποκλειστικά, εύρημα το οποίο δεν είχε αναδειχθεί στις προηγούμενες αντίστοιχες μελέτες. Αντίθετα, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ βαθμού παραληρητικότητας και άλλων παραμέτρων όπως ηλικίας, εκπαίδευσης, και διάρκειας νόσου, ευρήματα τα οποία επίσης βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με αυτά των προηγούμενων μελετών.

Στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ο βαθμός παραληρητικότητας βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την υποκλίμακα του *EDE-Q Περιορισμός της τροφής*. Επί του συγκεκριμένου θέματος δεν μπορεί να γίνει ευθεία σύγκριση με τις προηγούμενες μελέτες, καθώς τα εργαλεία για την αποτίμηση των συμπτωμάτων των διαταραχών πρόσληψης τροφής ήταν διαφορετικά από το EDE-Q το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί η συσχέτιση με την ισχνοέφεση που αναδείχθηκε στην μελέτη των Hartmann και συν. (2013). Επιπρόσθετα, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας και της συνοδού συμπτωματολογίας, δηλαδή άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας.

Στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία, ο βαθμός παραληρητικότητας βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την ανησυχία για το σχήμα σώματος και την ανησυχία για το βάρος σώματος. Επίσης, αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας και της συνοδού συμπτωματολογίας, δηλαδή άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να υπενθυμίσουμε πως στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, αναφερόμενοι στο βαθμό παραληρητικότητας, απουσία παραληρητικής έντασης πεποιθήσεων, το εύρημα της πτωχής εναισθησίας επί του ιδεασμού αντιστοιχεί στην ύπαρξη υπερτιμημένων ιδεών.

Συμπερασματικά και σε ό,τι αφορά στις αρχικές μας υποθέσεις:

Υπόθεση 6: Υποθέσαμε πως ο υψηλότερος βαθμός παραληρητικότητας των πεποιθήσεων θα παρατηρηθεί στην ομάδα ΨΑ Περιοριστικού τύπου σε σύγκριση με τις ομάδες ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού τύπου και ΨΒ. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς οι ασθενείς με ΨΑ Περιοριστικού Τύπου είχαν υψηλότερες συνολικές βαθμολογίες στην κλίμακα BABS

από την ομάδα ΨΒ και παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης παραληρητικής έντασης ιδεών τόσο από την ομάδα ΨΒ όσο και από την ομάδα ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου.

Υπόθεση 7: Υποθέσαμε πως θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της παραληρητικότητας και των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου στις ομάδες ΨΑ Περιοριστικού Τύπου, ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου και ΨΒ. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε καθώς η παραληρητικότητα στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τον περιορισμό της τροφής και στατιστικά αρνητικά με τον ΔΜΣ και τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ. Επιπρόσθετα, στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία ο βαθμός παραληρητικότητας βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά τόσο με την ανησυχία για το σχήμα σώματος και το βάρος σώματος όσο και τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας.

3.3 Η κλινική εναισθησία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Με βάση τα αποτελέσματά μας, η ομάδα με τη χαμηλότερη κλινική εναισθησία ήταν εκείνη των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου ενώ (με μικρή διαφορά μη στατιστικά σημαντική) ακολουθούσαν οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία υπερφαγικού / καθαρτικού τύπου. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, παρότι είχαν καλύτερη εν γένει κλινική εναισθησία, επίσης παρουσίαζαν ορισμένα ελλείμματα εναισθησίας. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με αυτά αντίστοιχης προηγούμενης μελέτης της κλινικής εναισθησίας στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Konstantakopoulos et al. 2011). Είναι γνωστό εξάλλου, από την κλινική παρατήρηση και τη βιβλιογραφία, πως οι ασθενείς με περιοριστικού τύπου ανορεξία έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης στη θεραπεία και τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής της θεραπείας, παράγοντες που σχετίζονται με την εναισθησία.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η κλινική εναισθησία δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με δημογραφικές παραμέτρους όπως η

ηλικία, η εκπαίδευση ή η διάρκεια νόσου, αποτελέσματα τα οποία επίσης βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με αντίστοιχη μελέτη (Konstantakopoulos et al. 2011). Σε αντίθεση όμως με την προαναφερόμενη μελέτη, η κλινική εναισθησία συσχετίστηκε θετικά με τον ΔΜΣ και τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Στην μελέτη των Κωνσταντακόπουλου και συν (Konstantakopoulos et al. 2011), η αρχική παρατήρηση συσχέτισης μεταξύ κλινικής εναισθησίας και ΔΜΣ στο συνολικό δείγμα των ασθενών, δεν παρέμεινε όταν ελήφθη υπόψη η διάγνωση, πράγμα το οποίο ερμηνεύθηκε από τους ερευνητές ως απλά μία προέκταση της διαφοράς στην κλινική εναισθησία μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας. Η διαφορά αυτή στα αποτελέσματα των δύο μελετών πιθανόν να μπορεί να εξηγηθεί από το μεγαλύτερο δείγμα της παρούσας μελέτης και από το ότι στην προηγούμενη μελέτη το δείγμα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία αποτελούνταν από ασθενείς οι οποίες βρίσκονταν σε νοσηλεία.

Το γεγονός πως η κλινική εναισθησία δεν σχετίζεται με τη διάρκεια νόσου ενισχύει την άποψη πως το έλλειμμα εναισθησίας δεν αφορά πρώιμο εύρημα που παρατηρείται στα αρχικά στάδια της νόσου, αλλά παραμένει σταθερό και σε όψιμα στάδια της διαταραχής. Οι Greenfeld και συν. (1991) σε μία μελέτη επανεξέτασης ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, 5 έτη μετά τη νοσηλεία τους, παρατήρησαν ότι η διατήρηση της εναισθησίας σε χαμηλά επίπεδα συνδεόταν με μεγαλύτερη πιθανότητα να εξακολουθούν να πληρούνται τα κριτήρια της διαταραχής, χαμηλότερο ΔΜΣ, σοβαρότερα συμπτώματα ανορεξίας και χαμηλότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας κατά την επανεξέταση. Άλλη μελέτη, η οποία επανεξέτασε 10 χρόνια μεθύτερα της αρχικής διάγνωσης παιδιά και εφήβους με ψυχογενή ανορεξία ανέδειξε το βαθμό εναισθησίας να είναι ένας από τους σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της κλινικής έκβασης (Saccomani et al. 1998), (Greenfeld 1991).

Στην παρούσα μελέτη, στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία η κλινική εναισθησία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με κλινικά συμπτώματα, όπως ο περιορισμός της τροφής, ενώ στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, η κλινική εναισθησία, όπως και η παραληρητικότητα, βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την ανησυχία για το σχήμα σώματος και την ανησυχία για το

βάρος σώματος. Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν υπέρ του θεωρητικού επιχειρήματος πως η αναγνώριση ή όχι του νοσηρού έχει σημαντικό ρόλο στην έκφραση των κλινικών παραμέτρων. Τέλος, η κλινική εναισθησία βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρά αρνητικά με την παραληρητικότητα, τόσο για το σύνολο του δείγματος ασθενών όσο και ξεχωριστά για τις ομάδες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία.

Συμπερασματικά, και με βάση τις αρχικές μας υποθέσεις:

Υπόθεση 9: Υποθέσαμε πως θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλινικής εναισθησίας και των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου στις ομάδες ΨΑ Περιοριστικού Τύπου, ΨΑ Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου και ΨΒ. Τα αποτελέσματα επαληθεύουν την αρχική αυτή υπόθεση καθώς η κλινική εναισθησία στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τον περιορισμό της τροφής και στατιστικά θετικά με το ΔΜΣ και τον ελάχιστο κατά το παρελθόν ΔΜΣ. Επιπρόσθετα, στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία η κλινική εναισθησία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά τόσο με την ανησυχία για το σχήμα σώματος και το βάρος σώματος όσο και την συνοδή ψυχαναγκαστικότητα.

Υπόθεση 10: Υποθέσαμε πως θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της παραληρητικότητας και της κλινικής εναισθησίας τόσο στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία όσο και στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Η υπόθεση αυτή επαληθεύθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης.

3.4 Σχέση μεταγνωσιακών παραγόντων και παραληρητικότητας / εναισθησίας

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της σχέσης μεταγνωσιακών παραγόντων και των παραληρητικότητας / εναισθησία, διέφεραν για τις ομάδες της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας. Ειδικότερα, στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της παραληρητικότητας και της κλινικής εναισθησίας με τις μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν μεταγνωσιακούς παράγοντες.

Αντίθετα, στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της παραληρητικότητας με μεταγνωσιακούς παράγοντες, όπως οι μεταβλητές *MCQ-30 Συνολική Βαθμολογία*, *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται*, *Ανάγκη για έλεγχο της σκέψης*, *Νοητική αυτοπεποίθηση*. Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ της κλινικής εναισθησίας και των προαναφερόμενων μεταβλητών που εκφράζουν δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν πως μεταβλητές που αφορούσαν σε δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά να εξηγούν το 30% και το 16% της διακύμανσης των τιμών των μεταβλητών *Βαθμός Παραληρητικότητας* και *Κλινική εναισθησία* αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή *Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται-NBUD* βρέθηκε να είναι ο μόνος στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας και στα δύο μοντέλα παλινδρόμησης.

Από ό,τι είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, άλλες μελέτες που να διερευνούν την πιθανή σχέση μεταγνωσιακών παραγόντων και παραληρητικότητας, δεν έχουν πραγματοποιηθεί έως τώρα στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Μελέτες σε αυτήν την κατεύθυνση έως τώρα κυρίως προέρχονται από το διαγνωστικό φάσμα της ψύχωσης καθώς ο ρόλος των μεταγνωσιακών πεποιθήσεων στην ψύχωση έχει λάβει ήδη σημαντική προσοχή την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, η συγκεκριμένη φύση αυτής της σχέσης μάλλον παραμένει επί του παρόντος ασαφής.

Πιο συγκεκριμένα, οι αρχικές έρευνες, ίσως υπερβολικά αισιόδοξα, πρότειναν ότι οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορεί να έχουν αιτιώδη ρόλο σε θετικά συμπτώματα, όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις. Υπήρξε η πρόταση ότι η λανθασμένη απόδοση των σκέψεων ως εξωτερικές φωνές επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις που έχει ένα άτομο για τη σημασία του ελέγχου της σκέψης και του κινδύνου που ορισμένες σκέψεις συνεπάγονται (Morrison et al. 1995). Ακολούθως, αρκετές μελέτες υπέδειξαν πως τα άτομα με ψυχωσικές εμπειρίες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων. (Barbato et al. 2013, Morrison et al. 2006, Laroι and Van der Linden 2005, Morrison et al., 2002, Morrison et al. 2000).

Μία μεταγενέστερη μετα-ανάλυση (Varese και Bentall, 2011) ωστόσο, ανέδειξε πως όταν ελέγχονταν για συνοδά συμπτώματα, όπως παραληρητικές πεποιθήσεις ή συναισθηματική δυσφορία, οι συσχετίσεις μεταξύ μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και ψευδαισθήσεων ελαχιστοποιούνταν. Το εύρημα αυτό με τη σειρά του ίσως υποδηλώνει ότι οι μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορεί να έχουν γενικότερο ρόλο στη διατήρηση των θετικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων σε αυτούς τους ασθενείς. Στην ίδια κατεύθυνση, οι μετέπειτα μελέτες υπέδειξαν πως η παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων συνδέεται με αυξημένη δυσφορία (Barbato et al, 2013, Brett et al, 2009) και μια πιο σοβαρή και χρόνια πορεία της νόσου (Austin et al. 2015).

Σύμφωνα με το μοντέλο S-REF, οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις συνδέονται με τη διαρκή ψυχική δυσφορία, διότι οδηγούν σε μη λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η ανησυχία, ο ιδεομηρυκασμός και η διαρκής επιλεκτική παρακολούθηση των ενδεχόμενων απειλών. Αυτές οι στρατηγικές είναι αντιπαραγωγικές επειδή αυξάνουν την υποκειμενική ανίχνευση της απειλής και εντείνουν και παρατείνουν τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες (Wells 1996). Θεωρείται πλέον πιθανό η σχέση αυτή μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και συναισθηματικής δυσφορίας να είναι ανεξάρτητη από τη συχνότητα ή τα χαρακτηριστικά των θετικών συμπτωμάτων (Varese και Bentall, 2011). Επιπλέον, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για το άγχος και την κατάθλιψη σε άτομα με ψύχωση καθώς αυτές οι σχέσεις παραμένουν όταν ελέγχονται ως προς την παρουσία θετικών συμπτωμάτων.

Τα μεταγνωσιακά ελλείμματα επίσης θεωρείται ότι συμβάλλουν σε ελλείμματα κλινικής εναισθησίας καθώς τα άτομα δυσκολεύονται να αποστασιοποιηθούν από τις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις και με αυτόν τον τρόπο γίνονται ανθεκτικά στην έξωθεν διορθωτική ανατροφοδότηση. Προκειμένου να αξιολογήσει τις πτυχές της μεταγνωσιακής λειτουργίας που σχετίζονται ειδικά με την εναισθησία, ο Beck και οι συνεργάτες του (2004) δημιούργησαν την αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα του Beck (Beck Cognitive Insight Scale, BCIS), η οποία εξετάζει δύο συνιστώσες: την αυτο-βεβαιότητα που αναφέρεται στην υπερβολική βεβαιότητα κάποιου ότι οι

εκτιμήσεις του είναι σωστές, και την ικανότητα αυτο-αναστοχασμού, δηλαδή την προθυμία κάποιου να δεχτεί εξωγενή ανατροφοδότηση και αναγνώριση των δυσλειτουργικών τρόπων συλλογισμού.

Μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, εκείνοι με ενεργές παραληρητικές ιδέες αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερη αυτο-βεβαιότητα και χαμηλότερη αυτο-αναστοχαστικότητα (Bruno et al. 2010, Engh et al., 2010), υποδεικνύοντας ότι είναι πιο άκαμπτοι νοητικά και λιγότερο ανοικτοί σε εναλλακτικές ερμηνείες για τα ασυνήθιστα βιώματά τους. Άλλες μελέτες, όπου χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά από το BCIS αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία εκτίμησης της μεταγνωσιακής λειτουργίας υπέδειξαν πως η μεταγνωσιακή λειτουργία, και ιδιαίτερα η αναστοχαστική ικανότητα και η ανάγκη ελέγχου των σκέψεων είναι επηρεασμένη στη σχιζοφρένεια και σε άλλες παραληρητικές διαταραχές (Favrod et al. 2010, Lysaker et al, 2011).

Στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει διατυπωθεί η υπόθεση πως οι μεταγνωσιακοί παράγοντες, ίσως έχουν εξέχοντα ρόλο στη δημιουργία παραληρητικής έντασης πεποιθήσεων, καθώς και επίδραση στην εναισθησία, καθώς μπορεί να ωθούν τον ασθενή να εμπλακεί σε αναποτελεσματικές πρακτικές ελέγχου οι οποίες με τη σειρά τους ίσως συντελούν στη διαμόρφωση παραληρητικής έντασης ιδεών. Παρόλα αυτά, τα δεδομένα και σε αυτή τη διαταραχή είναι λίγα. Παρόλο που δεν αξιολόγησαν άμεσα την εναισθησία, οι Moritz et al. (2010) διαπίστωσαν πως το προφίλ των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων των ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έμοιαζε περισσότερο με αυτό των ασθενών με σχιζοφρένεια παρά με αυτό των υγιών μαρτύρων, εύρημα που ώθησε τους ερευνητές να υποθέσουν ότι μπορεί να είναι παράγοντας ευαλωτότητας για την ανάπτυξη παραληρητικής έντασης ιδεασμού. Σε μία επόμενη έρευνα (Jaeger 2015) η υπόθεση ότι οι δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις θα διαμεσολαβούσαν τη σχέση μεταξύ παραληρητικής έντασης ιδεασμού / μαγικής σκέψης και σοβαρότητας των συμπτωμάτων δεν υποστηρίχθηκε πλήρως, καθώς ενώ βρέθηκε μερική διαμεσολάβησή τους, τα ευρήματα υποδηλώνουν σαφή ανεξάρτητη επίδραση του παραληρητικού ιδεασμού στην ένταση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων.

Συμπερασματικά και με βάση τις αρχικές μας υποθέσεις:

Υπόθεση 11: Υποθέσαμε πως θα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας και ορισμένων δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ. Η υπόθεση αυτή μερικώς επαληθεύθηκε, καθώς μόνο ευρήματα που αφορούσαν στην ομάδα ασθενών με ψυχογενή βουλιμία επιβεβαιώνουν την υπόθεση αυτή, σε αντίθεση με την ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.

Υπόθεση 12: Υποθέσαμε πως θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλινικής εναισθησίας και ορισμένων δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων στις ομάδες ΨΑ και ΨΒ. Η υπόθεση αυτή μερικώς επαληθεύθηκε, καθώς μόνο ευρήματα που αφορούσαν στην ομάδα της ψυχογενούς βουλιμίας επιβεβαιώνουν την υπόθεση αυτή, σε αντίθεση με την ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.

3.5 Προεκτάσεις των αποτελεσμάτων της έρευνας

Τα ποικίλα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αφορούν τη μεταγνωσιακή λειτουργία και ειδικότερα την αναστοχαστική ικανότητα και στην ύπαρξη δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, καθώς και την παραληρητικότητα και κλινική εναισθησία σε ασθενείς με Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, τις μεταξύ τους σχέσεις και τη σχέση τους με την παρουσία ψυχοπαθολογίας σε αυτούς τους ασθενείς, τόσο την ειδική, σχετική με τις ΔΠΤ, όσο και τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας. Στην ενότητα που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να συνοψίσουμε τις προεκτάσεις των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης σε τρεις άξονες: θεωρητικό, κλινικό και ερευνητικό.

1. Θεωρητικές προεκτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας καταδεικνύουν και προσθέτουν στην έρευνα ένα σύνολο επιπλέον μηχανισμών διαίونيσης των συμπτωμάτων των

διαταραχών πρόσληψης τροφής. Τα ευρήματα της μελέτης είναι σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο αυτορρυθμιζόμενης εκτελεστικής λειτουργίας self-regulatory executive function (S-REF), όπου η ευαλωτότητα στην ψυχολογική δυσλειτουργία, η ανάπτυξη και η διαίωσιση της διαταραχής σχετίζεται με το Σύνδρομο Νοητικής Λειτουργίας–Προσοχής (Cognitive-Attentional Syndrome). Πιο συγκεκριμένα, αυτό αποδεικνύεται πως αναφέρεται και στην ψυχογενή βουλιμία και όχι μόνο στην ψυχογενή ανορεξία η οποία έχει μελετηθεί περισσότερο υπό το συγκεκριμένο πρίσμα κατά το παρελθόν. Με βάση αυτό το μοντέλο υποδεικνύεται πως συμπεριλαμβάνονται στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας και στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και νοητικές διεργασίες, άνω και πέρα από το γνωσιακό περιεχόμενο της σκέψης. Ο εντοπισμός των παθολογικών αυτών διεργασιών, όπως για παράδειγμα η ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και οι αρνητικές πεποιθήσεις του ατόμου για τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται, συμβάλλουν στην κατανόηση της διεργασίας της ανησυχίας για την τροφή, το σχήμα και το βάρος του σώματος, χαρακτηριστικά των πασχόντων από διαταραχή πρόσληψης τροφής. Φαίνεται ότι η δυσλειτουργική μεταγνωσιακή λειτουργία συντελεί στη διατήρηση των συμπτωμάτων των ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής, καθώς τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι θετικές και αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την ανησυχία οδηγούν σε αυξημένη εμπλοκή του ατόμου στην ίδια την ανησυχία, επικέντρωση στα φοβικά ερεθίσματα και συμπεριφορές αποφυγής. Επιπρόσθετα, το γεγονός πως οι δυσλειτουργίες στη μεταγνωσιακή λειτουργία παρουσιάζονται αντίστοιχες στην ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία ενισχύει το διαγνωστικό θεωρητικό μοντέλο για τις διαταραχές αυτές. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επίσης υποδηλώνουν πως οι μεταγνωσιακές δυσλειτουργίες ίσως αποτελούν ένα κοινό μονοπάτι που οδηγεί σε μία πληθώρα πυρηνικών αλλά και συνοδών συμπτωμάτων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η ψυχαναγκαστικότητα σε αυτούς τους ασθενείς.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν πως στους ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής το επίπεδο εναισθησίας σε ό,τι αφορά τις σχετικές με τη διαταραχή πεποιθήσεις τους ποικίλει και διακυμαίνεται ως με «επαρκή εναισθησία», «πτωχή εναισθησία» και «έλλειψη εναισθησίας/παραληρητικότητα».

Αυτό το εύρημα ενισχύει την θεωρητική άποψη για την ύπαρξη ενός αντίστοιχου συνεχούς. Αυτού του είδους το συνεχές, όπου η διάγνωση λαμβάνει έναν προσδιοριστή που βασίζεται στον βαθμό παραληρητικότητας και καλύπτει ολόκληρο το φάσμα εναισθησίας, ήδη έχει αποτυπωθεί στα κριτήρια άλλων διαταραχών στο DSM-5, όπως είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας (American Psychiatric Association, 2013). Ορισμένοι από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν παραληρητικής έντασης ιδέες και χαμηλή κλινική εναισθησία που θα μπορούσαν να προσδιορίζουν έναν ξεχωριστό υπότυπο της διαταραχής. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως στην παρούσα μελέτη οι παραληρητικής έντασης πεποιθήσεις βρέθηκαν να είναι σχετικές όχι μόνο με την εικόνα σώματος, όπως έως τώρα είχε ήδη διερευνηθεί, αλλά με ένα ευρύ φάσμα σε ό,τι αφορά στο περιεχόμενό τους, όπως: των σχετικών με την αξία της ισχύος, τον φόβο της επικείμενης αλλαγής, τον φόβο για την απώλεια ελέγχου αλλά και τη φυσιολογία του σώματος και της τροφής.

II. Κλινικές προεκτάσεις

Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ορισμένα από τα πυρηνικά συμπτώματα των ασθενών με διαταραχή πρόσληψη τροφής, όπως η ανησυχία για το βάρος και το σχήμα σώματος αλλά και συνοδά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, μπορούν να εξηγηθούν, τουλάχιστον εν μέρει, από την παρουσία δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, για τις οποίες οι σημερινές πρακτικές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας είναι θεωρητικά τουλάχιστον ανεπαρκείς. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη γενική τάση για αξιολόγηση και διαρκή εξέλιξη των υπάρχοντων θεραπευτικών μοντέλων, αλλά και την ανάπτυξη νέων οι οποίες θα περιλαμβάνουν τεχνικές από τη μεταγνωσιακή θεραπεία.

Επιπρόσθετα, η επιβεβαίωση παλαιότερων ευρημάτων πως ένα μέρος των ασθενών κατέχει παραληρητικής έντασης πεποιθήσεις καθιστά αναγκαία την αξιολόγησή τους στην κλινική πρακτική. Τα αποτελέσματα αυτής της αξιολόγησης θεωρείται αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη κατά την αρχική αξιολόγηση προκειμένου να

υιοθετηθεί η πλέον κατάλληλη προσέγγιση από τον θεραπευτή με απώτερο αποτέλεσμα να προταθεί η αναγκαία θεραπεία. Αυτή η παρατήρηση θα μπορούσε να ωφελήσει τα μέγιστα τα θεραπευτικά εκείνα προγράμματα όπου παρατηρείται υψηλό ποσοστό μη αποδοχής της ανάγκης έναρξης της θεραπείας κατόπιν της αρχικής κλινικής αξιολόγησης, ή υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας από την πλευρά των ασθενών. Κατά συνέπεια, η ίδια η στάση του θεραπευτή, η θεραπευτική σχέση αλλά και η ίδια η θεραπεία θα πρέπει να προσαρμοσθεί, όπως άλλωστε θεωρείται αυτονόητο σε ασθενείς με άλλες διαταραχές, προκειμένου να εμπεριέξει τα ελλείμματα εναισθησίας ώστε να διασφαλισθεί με αυτόν τον τρόπο η σταδιακή οικοδόμηση μίας κατάλληλης θεραπευτικής συμμαχίας.

III. Ερευνητικές προεκτάσεις

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη του είδους μελέτη η οποία επεκτείνει τη διερεύνηση της μεταγνωσιακής λειτουργίας, πέρα από την εξέταση της παρουσίας και του ρόλου των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, διερευνώντας και άλλες μεταγνωσιακές παραμέτρους που έχουν να κάνουν με την αναστοχαστική ικανότητα. Τα ευρήματα από τη μελέτη αυτή θα πρέπει να επιβεβαιωθούν από αντίστοιχες μελλοντικές μελέτες. Καθώς η συγκεκριμένη μελέτη συμπεριέλαβε στο δείγμα αποκλειστικά γυναίκες, αντίστοιχη διερεύνηση θα μπορούσε να λάβει χώρα και σε άνδρες πάσχοντες από διαταραχή πρόσληψης τροφής. Επιπρόσθετα, ορισμένες επιπλέον υποθέσεις θα πρέπει να διερευνηθούν όπως για παράδειγμα: Επηρεάζεται η αναστοχαστική ικανότητα των ασθενών από τη χρήση ημερολογίων καταγραφής, πρακτική που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της τρέχουσας ενδεδειγμένης θεραπείας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής; Οι υπάρχουσες θεραπείες, παρότι δεν εστιάζουν σε μεταγνωσιακούς παράγοντες, τροποποιούν στην πορεία τα αντίστοιχα ελλείμματα ή δυσλειτουργίες με έναν μη ειδικό τρόπο; Η παρούσα μελέτη δεν είχε σκοπό να διερευνήσει την προγνωστική σημασία της δυσλειτουργικής μεταγνωσιακής λειτουργίας, της παραληρητικότητας και της κλινικής εναισθησίας και γι' αυτό καθίσταται αναγκαία η διενέργεια σχετικών με το σκοπό αυτό προοπτικών μελετών οι οποίες θα μελετήσουν τους

προαναφερόμενους παράγοντες προ της έναρξης θεραπείας, κατά τη διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση αυτής. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών θα μπορούσαν να καθορίσουν εάν θα ήταν σκόπιμο να σχεδιασθούν εστιασμένες παρεμβάσεις ή ειδικά προσαρμοσμένα θεραπευτικά μοντέλα τα οποία θα συμπεριλάβουν και εστιάσουν στις παραμέτρους που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Σε ό,τι αφορά την παραληρητικότητα και την κλινική εναισθησία θα πρέπει να διερευνηθεί εκτενέστερα η σχέση τους με την άρνηση ή διακοπή της θεραπείας και η επίδρασή τους ως προγνωστικών παραγόντων για την έκβαση της θεραπείας. Οι μελέτες αποτελεσματικότητας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και να εκτιμούν τις προαναφερόμενες παραμέτρους. Υποθέτουμε πως η βελτίωση των ασθενών στις παραμέτρους αυτές, με τη μείωση του βαθμού παραληρητικότητας του ιδεασμού και την ενίσχυση της κλινικής εναισθησίας θα αποτελέσει γενικό δείκτη βελτίωσης όχι μόνο της συμπτωματολογίας, αλλά και της συνεργασιμότητας και της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης, αυξάνοντας συνολικά την θεραπευτική απαντησιμότητα. Η σχέση μεταξύ μεταγνωσιακής λειτουργίας και κλινικής εναισθησίας (παρότι στη δική μας μελέτη φαίνεται να περιορίζεται στις ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και δεν ανευρίσκεται στην ψυχογενή ανορεξία) θα πρέπει να εκτιμηθεί εκτενέστερα, ίσως με τη χρήση ποικίλων εργαλείων, καθώς η σχέση αυτή στη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται να είναι παρούσα και δια-διαγνωστική.

Ένα άλλο πεδίο για τις μελλοντικές έρευνες αποτελεί η διερεύνηση του νευροβιολογικού υποστρώματος που συμπεριλαμβάνει τις διεργασίες που διερευνήσαμε, την αναστοχαστική ικανότητα, τη μεταγνωσιακή λειτουργία, την παραληρητικότητα και την κλινική εναισθησία. Υπάρχουν ελάχιστα έως τώρα δεδομένα, κυρίως με την διενέργεια μικρών σε κλίμακα νευροψυχολογικών μελετών, οπότε οι ερευνητικές υποθέσεις θα μπορούσαν να βασισθούν σε ευρήματα από εκτενέστερα μελετημένες διαταραχές όπου έχουν ήδη παρατηρηθεί ελλείμματα σε εκτελεστικές λειτουργίες, νοητικές δυσλειτουργίες όπως η άστοχη εξαγωγή συμπερασμάτων, αλλά και ευρήματα από νευροαπεικονιστικές μελέτες.

3.6 Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα πρέπει να αξιολογηθούν λαμβάνοντας υπ' όψιν ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Οι πρώτοι από αυτούς αφορούν στη δειγματοληψία. Το δείγμα των ασθενών αποτέλεσαν κατ' αποκλειστικότητα γυναίκες. Αν και 9 στους 10 ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι γυναίκες, αυτό δεν παύει να αποτελεί περιορισμό για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το δείγμα υπολογίσθηκε με βάση την ανάλυση ισχύος κατά το σχεδιασμό του ερευνητικού πρωτοκόλλου (αν και το τελικό δείγμα ήταν αρκετά μεγαλύτερο από ό,τι αρχικά υπολογίσθηκε) και θεωρείται πως εξασφαλίσθηκε επαρκής ισχύς για μεγάλου μεγέθους αποτελέσματα, υπάρχει περίπτωση όμως διαφορές και συσχετίσεις μικρού μεγέθους αποτελέσματος να μην αναδειχθούν. Καθώς η ομάδα ασθενών αποτελούνταν από άτομα τα οποία είχαν παραπεμφθεί για αρχική αξιολόγηση σε ένα κέντρο αναφοράς για Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής αυτό πιθανώς να έχει επηρεάσει παραμέτρους όπως η επίγνωση του νοσηρού καθώς θεωρούμε πως τα άτομα αυτά πιθανώς ήταν λιγότερο απρόθυμα να αναζητήσουν θεραπεία. Η αντιπροσωπευτικότητα της ομάδας ελέγχου επίσης μπορεί θεωρητικά να αμφισβητηθεί καθώς δεν ήταν ένα τυχαίο δείγμα και άρα εμπεριέχει τον κίνδυνο σφάλματος προκατάληψης.

Τα περισσότερα δεδομένα μας βασίζονται σε αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία, και παρόλο που τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη έχουν αποδειχθεί ως έγκυρα και αξιόπιστα, αυτό αποτελεί από μόνο του έναν περιορισμό. Η χρήση στατιστικών αναλύσεων συσχέτισης μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών της παρούσας μελέτης δεν επέτρεψε την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων αναφορικά με σχέσεις αιτιότητας ανάμεσα στις μεταβλητές. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη αποτελεί μία μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional), που από τη φύση της αποτελεί έναν επιπλέον περιορισμό.

3.7 Συνεισφορά της παρούσας μελέτης στην κατανόηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Συμπερασματικά, και με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης που θα μπορούσαν να αποτελέσουν συνεισφορά στην κατανόηση των ΔΠΤ μπορούμε να

συνοψίσουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Τόσο η ΨΑ όσο και η ΨΒ δύνανται να προσεγγισθούν με βάση το θεωρητικό μοντέλο αυτορρυθμιζόμενης εκτελεστικής λειτουργίας self-regulatory executive function (S-REF) και το Σύνδρομο Νοητικής Λειτουργίας–Προσοχής (Cognitive-Attentional Syndrome)
- Οι ασθενείς με ΨΑ και ΨΒ παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων, οι οποίες συσχετιζόνταν θετικά τόσο με τα ειδικά συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών όσο και τα συνοδά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας.
- Οι αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την απώλεια ελέγχου και τον κίνδυνο που η ανησυχία συνεπάγεται και ανάγκη για έλεγχο της σκέψης εμφάνισαν τις ισχυρότερες θετικές συσχετίσεις με τα ειδικά συμπτώματα των ΔΠΤ και τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας.
- Καθώς η συνοδός συμπτωματολογία δεν διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και ειδικών συμπτωμάτων των ΔΠΤ, οι δυσλειτουργίες στις μεταγνωσιακές πεποιθήσεις μπορεί να αντικατοπτρίζουν ένα κοινό, δια-διαγνωστικό μονοπάτι στην ΨΑ και ΨΒ προς ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΔΠΤ.
- Οι ασθενείς με ΨΑ και ΨΒ φαίνεται πως είναι ικανές για μια εποικοδομητικού τύπου αναστοχαστική λειτουργία και αυτοπαρατήρηση, καθώς υπήρξε στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αναστοχαστικότητας και των δυσλειτουργικών μεταγνωσιακών πεποιθήσεων.
- Η αυτεπίγνωση όμως, στις ασθενείς αυτές, φαίνεται να αντανακλά μια δυσλειτουργική διεργασία αυτό-εστίασης, καθώς βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την ειδική για ΔΠΤ και τη συνοδό συμπτωματολογία άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας, καθώς και με δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις.

- Μόνο ορισμένες ασθενείς με ΨΑ και όχι οι ασθενείς με ΨΒ κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες παραληρητικές πεποιθήσεις ενώ και στις δύο περιπτώσεις υπήρξαν ασθενείς που κατηγοριοποιήθηκαν ως έχουσες πτωχή εναισθησία.
- Ο βαθμός παραληρητικότητας στις ασθενείς με ΨΑ βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με τον περιορισμό της τροφής, ενώ στις ασθενείς με ΨΒ βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά θετικά με την ανησυχία για το σχήμα σώματος, την ανησυχία για το βάρος σώματος και τη συνοδό συμπτωματολογία, δηλαδή άγχος, κατάθλιψη και ψυχαναγκαστικότητα.
- Η κλινική εναισθησία στις ασθενείς με ΨΑ βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με τον περιορισμό της τροφής, ενώ στις ασθενείς με ΨΒ η κλινική εναισθησία βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την ανησυχία για το σχήμα σώματος, την ανησυχία για το βάρος σώματος, και την ψυχαναγκαστικότητα.
- Παρατηρήθηκε ισχυρή στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας και της κλινικής εναισθησίας στις ασθενείς με ΨΑ και ΨΒ.
- Στην ομάδα ασθενών με ΨΒ στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ του βαθμού παραληρητικότητας με δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις.
- Αντιθέτως, στην ίδια ομάδα ασθενών, δυσλειτουργικές μεταγνωσιακές πεποιθήσεις σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά αρνητικά με την επίγνωση του νοσηρού, την επίγνωση συμπτωμάτων και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη

Ερωτηματολόγιο Μεταγγνωσιών
Metacognitions Questionnaire-30[®] (MCQ-30)

[®] Ελληνική εκδοχή από τους Τυπάλδου Μ., Κωνσταντακόπουλο Γ., Ροξάνη Ι, Νίδο Α.,
Βαϊδάκη Ν., Παπαδημητρίου Γ.Ν, Wells Α., 2014

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΑΓΝΩΣΙΩΝ (MCQ-30)

Το ερωτηματολόγιο αυτό ασχολείται με το τι πιστεύουν οι άνθρωποι για τον τρόπο που σκέφτονται. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα από αυτά τα πιστεύω όπως έχουν εκφραστεί από διάφορους ανθρώπους. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συμφωνείτε **σε γενικές γραμμές** με το περιεχόμενο κάθε πρότασης **βάζοντας σε κύκλο** τον αντίστοιχο αριθμό.

Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις προτάσεις.

Όνομα:..... Ημερομηνία:.....

| | Δεν Συμφωνώ | Συμφωνώ Λίγο | Συμφωνώ Αρκετά | Συμφωνώ Πολύ |
|---|------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. Το να ανησυχώ με βοηθάει να αποφεύγω μελλοντικά προβλήματα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Το να ανησυχώ είναι για μένα επικίνδυνο | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Οι σκέψεις μου με απασχολούν πολύ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Η τάση μου να ανησυχώ διαρκώς για κάτι θα μπορούσε να με αρρωστήσει | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Έχω πλήρη επίγνωση του τρόπου με τον οποίο δουλεύει το μυαλό μου όταν σκέφτομαι ένα πρόβλημα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Αν δεν ελέγξω μια σκέψη που μου προκαλεί ανησυχία και αυτή γίνει πραγματικότητα, θα είναι δικό μου το φταίξιμο | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Έχω ανάγκη να ανησυχώ προκειμένου να παραμένω οργανωμένος | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Έχω μικρή εμπιστοσύνη στη μνήμη μου όταν πρόκειται για λέξεις και ονόματα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Οι σκέψεις που μου προκαλούν ανησυχία επιμένουν, όσο και αν προσπαθώ να τις διώξω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Το να ανησυχώ με βοηθάει να ξεκαθαρίζω τα πράγματα που έχω στο μυαλό μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Δεν μπορώ να αγνοήσω τις σκέψεις που μου προκαλούν ανησυχία | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Παρακολουθώ και επιβλέπω τις σκέψεις μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Θα έπρεπε να έχω τον έλεγχο των σκέψεών μου όλη την ώρα | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | Δεν Συμφωνώ | Συμφωνώ Λίγο | Συμφωνώ Αρκετά | Συμφωνώ Πολύ |
|---|------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 14. Η μνήμη μου μπορεί να με ξεγελάσει κατά καιρούς | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Η τάση μου να ανησυχώ θα μπορούσε να με τρελάνει | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Έχω συνεχώς επίγνωση των σκέψεών μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Έχω φτωχή μνήμη | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Δίνω μεγάλη προσοχή στον τρόπο με τον οποίο δουλεύει το μυαλό μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Το να ανησυχώ με βοηθάει να τα βγάζω πέρα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Το να μην είμαι σε θέση να ελέγξω τις σκέψεις μου είναι σημάδι αδυναμίας | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Όταν αρχίζω να ανησυχώ δεν μπορώ να σταματήσω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Θα τιμωρηθώ για το ότι δεν μπορώ να ελέγξω ορισμένες σκέψεις | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Το να ανησυχώ με βοηθάει να επιλύω προβλήματα | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Έχω μικρή εμπιστοσύνη στη μνήμη μου όταν πρόκειται για τόπους | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Ορισμένες σκέψεις είναι κακό να τις έχει κανείς | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Δεν έχω εμπιστοσύνη στη μνήμη μου | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Αν δεν μπορούσα να ελέγξω τις σκέψεις μου, δε θα ήμουν σε θέση να λειτουργήσω | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Είναι ανάγκη να ανησυχώ προκειμένου να δουλεύω καλά | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Έχω μικρή εμπιστοσύνη στη μνήμη μου όταν πρόκειται για πράξεις | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Εξετάζω τις σκέψεις μου συνεχώς | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Κλίμακα Εκτίμησης Πεποιθήσεων του Πανεπιστημίου Brown
Brown Assessment of Beliefs Scale[®] (BABS)**

[®] Ελληνική εκδοχή από τους Κωνσταντακόπουλο Γ. και Βάρσου Ε. 2008

κατόπιν άδειας της Dr. Jane Eisen, Associate professor of Psychiatry Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University Butler Hospital, Providence, Rhode Island, USA

Κλίμακα Brown Εκτίμησης Πεποιθήσεων [Brown Assessment of Beliefs Scale]

Όνομα _____

Διάγνωση _____

Ημερομηνία _____

Θεραπεία _____

Πεποίθηση (περιγράψτε την κύρια πεποίθηση – ή πεποιθήσεις – κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας):

Για κάθε λήμμα κυκλώστε τον αριθμό αναγνωρίζοντας την απάντηση που χαρακτηρίζει καλύτερα τον ασθενή **κατά την προηγούμενη εβδομάδα**. Η συγκεκριμένη πεποίθηση του ασθενούς μπορεί να ενσωματώνεται στην ερώτηση – για παράδειγμα, «Πόσο πεπεισμένος είστε για την πεποίθηση ότι το να αγγίζετε τα πόμολα στις πόρτες θα σας αρρωστήσει;» Προαιρετικές ερωτήσεις δίδονται εντός παρενθέσεως. Οι οδηγίες προς τον εξεταστή είναι με *italics*.

1. Βεβαιότητα

Πόσο πεπεισμένος/η είστε για αυτές τις ιδέες/πεποιθήσεις; Είστε σίγουρος ότι οι ιδέες/πεποιθήσεις σας είναι ορθές; (Σε τι βασίζετε τη βεβαιότητά σας;)

- 0.- Απόλυτα πεπεισμένος/η ότι οι πεποιθήσεις είναι ψευδείς (0% βεβαιότητα).
- 1.- Οι πεποιθήσεις μάλλον είναι μη αληθείς, ή υπάρχει ουσιώδης αμφιβολία.
- 2.- Οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ή να μην είναι αληθείς, ή ο/η ασθενής δεν δύναται να αποφασίσει αν οι πεποιθήσεις είναι αληθείς ή όχι.
- 3.- Αρκετά πεπεισμένος/η ότι οι πεποιθήσεις είναι αληθείς αλλά υπάρχει ένα στοιχείο αμφιβολίας.
- 4.- Απολύτως πεπεισμένος/η για την πραγματικότητα των πεποιθήσεων (100% βεβαιότητα).

2. Αντίληψη των απόψεων των άλλων για τις πεποιθήσεις

Τι νομίζετε ότι οι άλλοι άνθρωποι νομίζουν (ή θα νόμιζαν) για τις πεποιθήσεις σας; [ΠΑΥΣΗ] Πόσο σίγουρος είστε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι οι πεποιθήσεις σας έχουν νόημα;

(Ο εξεταστής θα πρέπει να διασαφηνίσει, αν είναι αναγκαίο ότι ο ασθενής απαντά την ερώτηση αυτή υποθέτοντας ότι οι άλλοι δίνουν την επιλεκτική τους γνώμη.)

(Ο εξεταστής θα πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής απαντά σύμφωνα με το τι νομίζουν οι ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ άνθρωποι και όχι μερικοί άνθρωποι ή επιλεγμένοι άνθρωποι.)

- 0.- Απολύτως σίγουρος/η ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι αυτές οι πεποιθήσεις είναι μη ρεαλιστικές.
- 1.- Αρκετά σίγουρος/η ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι αυτές οι πεποιθήσεις είναι μη ρεαλιστικές.
- 2.- Οι άλλοι μπορεί να νομίζουν μπορεί και όχι ότι οι πεποιθήσεις είναι μη ρεαλιστικές, ή ο/η ασθενής είναι αβέβαιος/η σχετικά με τις απόψεις των άλλων όσον αφορά τις πεποιθήσεις αυτές.
- 3.- Αρκετά σίγουρος/η ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι αυτές οι πεποιθήσεις είναι ρεαλιστικές.
- 4.- Απολύτως σίγουρος/η ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νομίζουν ότι αυτές οι πεποιθήσεις είναι ρεαλιστικές.

3. Εξήγηση της διαφοράς των απόψεων

Είπατε ότι (συμπληρώστε με την απάντηση του λήμματος 1), αλλά ότι (συμπληρώστε με την απάντηση του λήμματος 2). [ΠΑΥΣΗ] Πώς εξηγείτε τη διαφορά ανάμεσα στο τι νομίζετε εσείς και τι νομίζουν οι άλλοι για την ορθότητα των πεποιθήσεών σας; (Ποιος είναι πιθανότερο να είναι σωστός;)

(Ο εξεταστής δεν πρέπει να ρωτήσει αυτό το λήμμα αν οι απαντήσεις στα λήμματα 1 και 2 είναι ίδιες. Σ' αυτή την περίπτωση δώστε τον ίδιο βαθμό με τα λήμματα 1 και 2.)

4. Σταθερότητα των ιδεών

Αν αμφισβητούσα την ορθότητα των πεποιθήσεών σας, ποια θα ήταν η αντίδρασή σας; [ΠΑΥΣΗ] Θα μπορούσα να σας πείσω ότι κάνετε λάθος; [ΠΑΥΣΗ] Μπορείτε να εξετάσετε την πιθανότητα;

(Αν είναι αναγκαίο δώστε ένα μη συγκρουσιακό παράδειγμα.)

(Βαθμολογήστε με βάση εάν ο ασθενής θα μπορούσε να πειστεί, όχι εάν επιθυμεί να μπορούσε να πειστεί.)

5. Προσπάθεια να ανασκευάσει τις πεποιθήσεις

Κατά την προηγούμενη εβδομάδα πόσο συχνά προσπαθήσατε να πείσετε τον εαυτό σας ότι οι πεποιθήσεις σας είναι εσφαλμένες;

(Ο εξεταστής πρέπει να βαθμολογήσει τις προσπάθειες που κάνει ο/η ασθενής να μεταπείσει τον εαυτό του σχετικά με την πεποίθηση, όχι τις προσπάθειες να διώξει τις σκέψεις/ιδέες από το μυαλό του/της ή να σκεφτεί κάτι άλλο.)

6. Εναισθησία

Τι πιστεύετε ήταν αυτό που σας προκάλεσε το να έχετε αυτές τις πεποιθήσεις; [ΠΑΥΣΗ] Έχουν αυτές μία ψυχιατρική (ή ψυχολογική) αιτία ή είναι πραγματικά αληθείς;

(Ο εξεταστής πρέπει να προσδιορίσει τι πραγματικά πιστεύει ο/η ασθενής, όχι τι του/της έχουν πει ή τι ελπίζει πως είναι αληθινό. Η ψυχολογική αιτιολόγηση θα πρέπει να θεωρείται ισοδύναμη της ψυχιατρικής νόσου.) (Η αναγνώριση ότι οι σκέψεις είναι υπερβολικές, δηλ. καταναλώνουν υπερβολικά πολύ χρόνο, ή προκαλούν προβλήματα στον/ην ασθενή, δεν θα πρέπει να θεωρείται ισοδύναμη με την ψυχιατρική/ψυχολογική αιτιολόγηση.

0.- Απολύτως σίγουρος/η ότι οι πεποιθήσεις είναι μη ρεαλιστικές ή παράλογες (π.χ. το μυαλό μου μου παίζει παιχνίδια.)

- 1.- Αρκετά σίγουρος/η ότι οι πεποιθήσεις είναι μη ρεαλιστικές ή παράλογες.
- 2.- Αβέβαιος/η σχετικά με το γιατί οι άλλοι δεν συμφωνούν - οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ή να μην είναι αληθείς.
- 3.- Αρκετά σίγουρος/η ότι οι πεποιθήσεις είναι αληθείς. Η άποψη των άλλων είναι λιγότερο ορθή.
- 4.- Απολύτως σίγουρος/η ότι οι πεποιθήσεις είναι αληθείς. Η άποψη των άλλων δεν είναι ορθή.

0.- Με μεγάλη επιθυμία να εξετάσει την πιθανότητα ότι οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ψευδείς. Δεν επιδεικνύει κανέναν ενδοιασμό να σκεφτεί αυτή την πιθανότητα.

- 1.- Αναντίρρητα πρόθυμος/η να εξετάσει την πιθανότητα ότι οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ψευδείς. Ο ενδοιασμός να το κάνει αυτό είναι ελάχιστος.
- 2.- Μάλλον πρόθυμος/η να εξετάσει την πιθανότητα ότι οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ψευδείς, αλλά ήπια αντίσταση είναι παρούσα.
- 3.- Σαφώς απρόθυμος/η να εξετάσει την πιθανότητα ότι οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ψευδείς. Ο ενδοιασμός είναι σημαντικός.
- 4.- Αρνείται απολύτως να εξετάσει την πιθανότητα ότι οι πεποιθήσεις μπορεί να είναι ψευδείς, δηλ. οι πεποιθήσεις είναι ακλόνητες.

0.- Πάντοτε εμπλέκεται σε προσπάθεια να ανασκευάσει τις πεποιθήσεις, ή δεν είναι αναγκαίο να τις ανασκευάσει επειδή οι πεποιθήσεις δεν είναι αληθείς.

- 1.- Συνήθως προσπαθεί να ανασκευάσει τις πεποιθήσεις.
- 2.- Μερικές φορές προσπαθεί να ανασκευάσει τις πεποιθήσεις.
- 3.- Περιστασιακά επιχειρεί να ανασκευάσει τις πεποιθήσεις.
- 4.- Δεν κάνει καμία προσπάθεια να ανασκευάσει τις πεποιθήσεις.

0.- Σαφώς οι πεποιθήσεις έχουν μία ψυχιατρική/ψυχολογική αιτία.

- 1.- Οι πεποιθήσεις μάλλον έχουν μία ψυχιατρική/ψυχολογική αιτία.
- 2.- Ενδεχομένως οι πεποιθήσεις να έχουν μία ψυχιατρική/ψυχολογική αιτία.
- 3.- Οι πεποιθήσεις μάλλον δεν έχουν μία ψυχιατρική/ψυχολογική αιτία.
- 4.- Σαφώς οι πεποιθήσεις δεν έχουν μία ψυχιατρική/ψυχολογική αιτία.

Αντί γι' αυτό, βαθμολογήστε την επίγνωση του/της ασθενούς ότι η πηγή/αιτία των πεποιθήσεων είναι ψυχιατρική/ψυχολογική.)

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ BABS® _____ = ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ 1 ΕΩΣ 6

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟ ΛΗΜΜΑ:

7. Ιδέες/παραληρητικές ιδέες αναφοράς

Σας φαίνεται ποτέ ότι οι άνθρωποι μιλούν για εσάς ή σας δίνουν ιδιαίτερη προσοχή εξαιτίας (συμπληρώστε την πεποίθηση);

ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ:

Μήπως λαμβάνεται ιδιαίτερα μηνύματα από το περιβάλλον σας εξαιτίας (συμπληρώστε την πεποίθηση); (Πόσο σίγουρος είστε γι' αυτό;)

(Αυτή η ερώτηση αναφέρεται μόνο στην πεποίθηση/εις που εκτιμώνται από τον εξεταστή της BABS – όχι αν ο/η ασθενής νομίζει ότι σχολιάζεται για κάποιο λόγο άσχετο με τις πεποιθήσεις που εκτιμώνται.

Ο εξεταστής ΔΕΝ πρέπει να βασίζει την απάντηση σε παρατηρούμενες ενέργειες ή καταναγκασμούς. Αντίθετα, βαθμολογήστε την πυρηνική πεποίθηση.)

- 0.- Όχι, οι άλλοι σαφώς δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σ' εμένα.
- 1.- Οι άλλοι μάλλον δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σ' εμένα.
- 2.- Οι άλλοι μπορεί να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σ' εμένα, μπορεί και όχι.
- 3.- Οι άλλοι μάλλον δίνουν όντως ιδιαίτερη προσοχή σ' εμένα.
- 4.- Οι άλλοι σαφώς δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σ' εμένα.

(Δεν περιλαμβάνεται στο συνολικό αποτέλεσμα)

**Κλίμακα Εκτίμησης της Εναισθησίας στις Διαταραχές
Πρόσληψης Τροφής**

**Schedule for the assessment of insight in eating disorders[®]
(SAI-ED)**

[®] Ελληνική εκδοχή από τους Κωνσταντακόπουλο Γ., Γεωργαντόπουλο Γ., Γονιδάκη Φ., Μιχόπουλο Ι., Στεφανάτου Π., David A., 2020

1. “Πιστεύετε ότι η ψυχολογική σας κατάσταση συνιστά μία ψυχική νόσο ή μία ψυχική διαταραχή;”

Συχνά (το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες) = 2

Μερικές φορές (περιστασιακά) = 1

Ποτέ (ρωτήστε γιατί το πιστεύουν οι γιατροί ή οι άλλοι) = 0

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

2. “Πιστεύετε ότι η ... κατάστασή σας (χρησιμοποιήστε την ορολογία της ασθενούς) χρειάζεται θεραπεία;”

Ναι (με εύλογη αιτιολόγηση) = 2

Αναποφάσιστος/η (δεν μπορεί να δώσει παράδειγμα ή αντιφάσκει) = 1

Όχι = 0

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

3α. Επιλέξτε τα πλέον προεξάρχοντα συμπτώματα από τα ακόλουθα:

- εξεζητημένα χαμηλό βάρος σώματος
- έντονος φόβος λήψης βάρους
- υπερενασχόληση με το βάρος ή το σχήμα σώματος ή και τα δύο

Ακολουθώντας βαθμολογήστε την επίγνωση για το κάθε σύμπτωμα από 0 έως 4, όπως παρακάτω.

Παραδείγματα:

“Πιστεύετε ότι το βάρος σας είναι μικρότερο από το φυσιολογικό;”

“Θα λέγατε ότι έχετε υπερβολικό φόβο ότι θα παχύνετε;”

“Θα λέγατε ότι ασχολείστε υπερβολικά με το βάρος ή/και το σχήμα του σώματος;”

Σύμπτωμα 1 - τύπος:

Σύμπτωμα 2 - τύπος:

Βαθμός

Βαθμός

Βαθμός

Απολύτως (πλήρης επίγνωση)

= 4

Πιθανώς (μερική επίγνωση)

= 3

Επισφαλώς (μερικές φορές ναι, μερικές φορές όχι)

= 2

Ενδεχομένως (μικρού βαθμού επίγνωση)

= 1

Απολύτως όχι (χωρίς επίγνωση)

= 0

Μέσος όρος

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

3b. Για κάθε σύμπτωμα που βαθμολογήθηκε παραπάνω, ρωτήστε την ασθενή ... “Πώς εξηγείτε ... (το σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος, τον έντονο φόβο λήψης βάρους, την υπερενασχόληση με το βάρος ή σχήμα σώματος ή και τα δύο);”

Σύμπτωμα 1

Σύμπτωμα 3

Σύμπτωμα 2

Μέρος της νόσου μου

= 4

Λόγω της ψυχολογικής κατάστασής μου

= 3

Μέσος όρος

*Αντίδραση στο στρες / στα αρνητικά συναισθήματα /
άλλη ψυχολογική εξήγηση*

= 2

Αναποφάσιστη, μπορεί να είναι ένα από τα παραπάνω

= 1

Δεν μπορώ να πω, ή μη ψυχολογική εξήγηση

= 0

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

4a. Επιλέξτε τα πλέον προεξάρχοντα συμπτώματα μέχρι το πολύ 4. Ακολούθως βαθμολογήστε την επίγνωση για το κάθε σύμπτωμα από 0 μέχρι 4, όπως παρακάτω.

Ο συνεντευκτής πρέπει να εκτιμήσει ποια συμπτώματα θα βαθμολογήσει βάσει προηγούμενων συνεντεύξεων (περιορισμός λήψης τροφής, αποφυγή λιπών ή/και υδατανθράκων, κρίσεις υπερφαγίας, καθαρτικές συμπεριφορές, υπερβολική σωματική άσκηση).

Παραδείγματα:

“Πιστεύετε ότι ακολουθείτε συμπεριφορές δίαιτας;”

“Αποφεύγεται αυστηρά τα φαγητά που περιέχουν υδατάνθρακες ή ζάχαρη ή λίπη;”

“Έχετε προβεί επανειλημμένα σε υπερβολική κατανάλωση τροφής κατά την οποία αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;”

“Κάνετε συχνά εμετό, αφού έχετε φάει;”

“Χρησιμοποιείτε διαιτητικά χάπια ή καθαρτικά ή διουρητικά ως τρόπους ελέγχου του βάρους;”

Θα λέγατε ότι κάνατε υπερβολική άσκηση σκεπτόμενη ότι έτσι καίγονται θερμίδες;”

Σύμπτωμα 1 – τύπος:

Σύμπτωμα 2 - τύπος:

Βαθμός

Βαθμός

Βαθμός

Βαθμός

Απολύτως (πλήρης επίγνωση)

= 4

Πιθανώς (μερική επίγνωση)

= 3

Επισφαλώς (μερικές φορές ναι, μερικές φορές όχι)

= 2

Μέσος όρος

Ενδεχομένως (μικρού βαθμού επίγνωση)

= 1

Απολύτως όχι (χωρίς επίγνωση)

= 0

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

4b. Για κάθε σύμπτωμα που βαθμολογήθηκε παραπάνω (το πολύ μέχρι 4), ρωτήστε την ασθενή ... "Πώς εξηγείτε ... (τον περιορισμό λήψης τροφής, την αποφυγή λιπών ή/και υδατανθράκων, τις κρίσεις υπερφαγίας, τις καθαρτικές συμπεριφορές, την υπερβολική σωματική άσκηση).

Σύμπτωμα 1

Σύμπτωμα 3

Σύμπτωμα 2

Σύμπτωμα 4

Μέρος της νόσου μου

= 4

Λόγω της ψυχολογικής κατάστασής μου

= 3

Αντίδραση στο στρες / στα αρνητικά συναισθήματα /

άλλη ψυχολογική εξήγηση

= 2

Αναποφάσιστη, μπορεί να είναι ένα από τα παραπάνω

= 1

Δεν μπορώ να πω, ή μη ψυχολογική εξήγηση

= 0

Μέσος όρος

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

5. «Πώς αισθάνεστε όταν οι άνθρωποι γύρω σας πιστεύουν ότι ασχολείστε υπερβολικά με το βάρος, το σχήμα του σώματος, τη διατροφή σας;»

Τότε συνειδητοποιώ πως είμαι άρρωστη

= 4

Αναρωτιέμαι αν κάτι δεν πάει καλά με μένα

= 3

Είμαι μπερδεμένη και δεν ξέρω τι να σκεφτώ

= 2

Είμαι αρκετά σίγουρη παρά το τι λένε οι άλλοι

= 1

Γνωρίζω ότι κάνουν λάθος

= 0

Γράψτε επί λέξει την απάντηση, αν είναι σύντομη, ειδάλως εν περιλήψει. Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

Μετά την συνέντευξη, γυρίστε στην επόμενη σελίδα και συμπληρώστε τα κενά με τις σχετικές πληροφορίες.

Ο/η θεραπευτής/θεραπεύτρια να βαθμολογήσουν το ακόλουθο λήμμα.

6. Συμφωνία στη θεραπεία / φαρμακευτική αγωγή.

| | | |
|--|---|---|
| <i>Απόλυτη άρνηση</i> | = | 0 |
| <i>Μερική άρνηση</i> (αποδέχεται μόνον επειδή η θεραπεία είναι ακούσια ή αμφισβητεί την ανάγκη για θεραπεία συχνά, π.χ. κάθε δύο ημέρες) | = | 1 |
| <i>Απρόθυμη αποδοχή</i> (αμφισβητεί την ανάγκη για θεραπεία συχνά, π.χ. μία φορά την εβδομάδα) | = | 2 |
| <i>Παθητική αποδοχή</i> | = | 3 |
| <i>Μέτρια συμμετοχή</i> (υπάρχει κάποια γνώση και ενδιαφέρον για τη θεραπεία) | = | 4 |
| <i>Ενεργή συμμετοχή</i> (πρόθυμη αποδοχή και ανάληψη κάποιας ευθύνης για τη θεραπεία) | = | 5 |

Σημείωση

- Βαθμολογήστε 2, αν η αποδοχή περιορίζεται σε θεραπεία για συμπτώματα άλλα από αυτά της διαταραχής διατροφής (π.χ. η ασθενής αποδέχεται μόνο φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη).
- Βαθμολογήστε 3 ή 4 αντιστοίχως, αν μία κατά τα άλλα μη-συμμορφούμενη ασθενής αποδέχεται ή ζητά μία άλλη μορφή θεραπείας (π.χ. η ασθενής αρνείται τη νοσηλεία αλλά αποδέχεται πρόθυμα την εξωνοσοκομειακή θεραπεία).

Προσθέστε επεξηγητικά σχόλια, αν είναι απαραίτητο.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα κατάλληλα κενά στην τελευταία σελίδα.

Σύνοψη βαθμών

1.

2.

3a. (Μέσος όρος)

3b. (Μέσος όρος)

4a. (Μέσος όρος)

4b. (Μέσος όρος)

5.

Μερικό σύνολο

6.

Σύνολο

Γενικά σχόλια / Παρατηρήσεις

**Η Κλίμακα Εκτίμησης της Αναστοχαστικότητας και της
Αυτεπίγνωσης**

The Self-Reflection and Insight Scale[®] (SRIS)

[®] Ελληνική εκδοχή από τους Κωνσταντακόπουλο Γ., Γεωργαντόπουλο Γ., Γονιδάκη Φ., Τσίτσα Γ., Παπαρρηγόπουλο Θ., 2020

κατόπιν άδειας του Dr. Anthony Grant, Professor of Coaching Psychology at the University of Sydney, Australia

THE SELF-REFLECTION AND INSIGHT SCALE

Όνομα.....

Ημερομηνία.....

Παρακάτω είναι μία λίστα με προτάσεις σχετικά με το πώς σκέπτονται ή αισθάνονται οι άνθρωποι. Διαβάσετε προσεκτικά καθεμιά από τις παρακάτω δηλώσεις. Κυκλώστε την απάντηση που εκφράζει σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την κάθε δήλωση.

| | συμφωνώ απολύτως | συμφωνώ | ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | διαφωνώ | διαφωνώ απολύτως |
|---|---------------------|---------|------------------------------------|---------|---------------------|
| 1. Δεν σκέφτομαι συχνά σχετικά με τις σκέψεις μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Δεν με ενδιαφέρει να αναλύω τη συμπεριφορά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Συνήθως έχω επίγνωση των σκέψεών μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Συχνά είμαι μπερδεμένος σχετικά με το πώς πραγματικά νιώθω για τα πράγματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Είναι σημαντικό για μένα να αξιολογώ τα πράγματα που κάνω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Συνήθως έχω μία πολύ ξεκάθαρη ιδέα σχετικά με το γιατί συμπεριφέρθηκα με ένα συγκεκριμένο τρόπο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Με ενδιαφέρει πολύ να εξετάζω το τι σκέφτομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Σπανίως αφιερώνω χρόνο σε αναστοχασμό. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Έχω συχνά επίγνωση ότι έχω ένα συναίσθημα, αλλά συχνά επίσης δεν γνωρίζω ακριβώς τι είναι αυτό. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Εξετάζω συχνά τα συναισθήματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Συχνά με προβληματίζει η συμπεριφορά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Είναι σημαντικό για μένα να προσπαθώ να καταλάβω τι σημαίνουν τα συναισθήματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Δεν σκέφτομαι γιατί συμπεριφέρομαι με τον τρόπο που συμπεριφέρομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Το να σκέφτομαι πάνω στις σκέψεις μου με μπερδεύει ακόμα περισσότερο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Έχω απόλυτη ανάγκη να καταλαβαίνω πώς λειτουργεί το μυαλό μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Συχνά βρίσκω το χρόνο να στοχάζομαι πάνω στις σκέψεις μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Συχνά μου είναι δύσκολο να βγάλω νόημα από το πώς αισθάνομαι για τα πράγματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Είναι σημαντικό για μένα να μπορώ να καταλάβω πώς προκύπτουν οι σκέψεις μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Σκέφτομαι συχνά για το πώς αισθάνομαι για τα πράγματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Συνήθως γνωρίζω γιατί αισθάνομαι όπως αισθάνομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Σας ευχαριστούμε που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο.

EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE (EDE-Q)

Copyright 2008 by Christopher G Fairburn and Sarah Beglin

Επιμέλεια Μετάφρασης: Σοφία Πλιατσκίδου,
Μαρία Σαμακουρή, Μίλτος Λειβαδίτης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οδηγίες: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες). Σε παρακαλώ να διαβάσεις την κάθε ερώτηση προσεκτικά. Σε παρακαλώ να απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις. Ευχαριστώ.

Ερωτήσεις 1 έως 12: Παρακαλώ να βάλεις σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, που βρίσκεται στα δεξιά. Να θυμάσαι ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες).

| Πόσες από τις τελευταίες 28 ημέρες... | Καμιά ημέρα | 1-5 ημέρες | 6-12 ημέρες | 13-15 ημέρες | 16-22 ημέρες | 23-27 ημέρες | Κάθε ημέρα |
|---|-------------|------------|-------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| 1 Προσπάθησες, με τη θέλησή σου, να περιορίσεις την ποσότητα του φαγητού που έτρωγες για να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Έμεινες για μεγάλα χρονικά διαστήματα (για 8 ώρες ή και περισσότερο ενώ ήσουν ξυπνητή/ός) εντελώς νηστική/ός με σκοπό να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 Προσπάθησες να αποκλείσεις από το διαιτολόγιό σου τροφές που σου αρέσουν με σκοπό να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου (ανεξάρτητα από το αν τα κατάφερες ή όχι); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 Προσπάθησες να ακολουθήσεις συγκεκριμένους κανόνες διατροφής (π.χ. περιορισμό των θερμίδων) με σκοπό να επηρεάσεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου (ανεξάρτητα από το αν τα κατάφερες ή όχι); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 Είχες τη σαφή επιθυμία να είναι το στομάχι σου <u>άδειο</u> με σκοπό να επηρεάσεις | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου; | | | | | | | |
| 6 | Είχες τη σαφή επιθυμία να έχεις ένα <u>εντελώς επίπεδο</u> στομάχι; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | Οι σκέψεις σου γύρω από το <u>φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες</u> σε δυσκόλεψαν πολύ να συγκεντρωθείς σε πράγματα που σε ενδιαφέρουν (π.χ. εργασία, διάβασμα ή παρακολούθηση μιας συζήτησης); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | Οι σκέψεις σου γύρω από το <u>σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου</u> σε δυσκόλεψαν πολύ να συγκεντρωθείς σε πράγματα που σε ενδιαφέρουν (π.χ. εργασία διάβασμα ή παρακολούθηση μιας συζήτησης); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 | Είχες το συγκεκριμένο φόβο ότι θα χάσεις τον έλεγχο όσον αφορά στο φαγητό; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Είχες το συγκεκριμένο φόβο μήπως πάρεις βάρος; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Αισθανόσουν χοντρή/ός; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Είχες μια έντονη επιθυμία να χάσεις βάρος; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Ερωτήσεις 13-18: Παρακαλώ σημείωσε τον κατάλληλο αριθμό στο δεξί μέρος της σελίδας. Να θυμάσαι ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες).

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

| | | |
|----|--|-------|
| 13 | Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> έφαγες τόσο όσο οι άλλοι άνθρωποι θα θεωρούσαν ως μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής (υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις); | |
| 14 |Πόσες από αυτές τις φορές είχες την αίσθηση ότι έχασες τον έλεγχο όσον αφορά στην ποσότητα της τροφής που έτρωγες (την ώρα που έτρωγες); | |

| | | |
|----|---|-------|
| 15 | Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, πόσες ΗΜΕΡΕΣ συνέβησαν τέτοια επεισόδια υπερφαγίας (δηλαδή έφαγες μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής ενώ συγχρόνως είχες την αίσθηση ότι χάνεις τον έλεγχο); | |
| 16 | Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> προκάλεσες στον εαυτό σου εμετό για να ελέγξεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου; | |
| 17 | Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> πήρες καθαρτικά για να ελέγξεις το σχήμα του σώματός σου ή το βάρος σου; | |
| 18 | Κατά τις τελευταίες 28 ημέρες, <u>πόσες φορές</u> ασκήθηκες με έναν πιεστικό ή καταναγκαστικό τρόπο για να ελέγξεις το βάρος σου, το σχήμα του σώματός σου, την ποσότητα του λίπους ή για να κάψεις θερμίδες; | |

Ερωτήσεις 19-21: Παρακαλώ να βάλεις σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, που βρίσκεται στα δεξιά. Για αυτές τις ερωτήσεις ο όρος «υπερφαγία» σημαίνει την κατανάλωση μιας ποσότητας τροφής που οι άλλοι θα θεωρούσαν ασυνήθιστα μεγάλη για τις περιστάσεις, ενώ συγχρόνως υπήρχε η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου όσον αφορά στο φαγητό.

| | | | | | | | | |
|----|---|-------------|-------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------|----------------|
| 19 | Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσες ημέρες έφαγες κρυφά; Μη μετράς τα επεισόδια υπερφαγίας | Καμιά ημέρα | 1-5 ημέρες | 6-12 ημέρες | 13-15 ημέρες | 16-22 ημέρες | 23-27 ημέρες | Κάθε ημέρα |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Πόσες από τις φορές που έφαγες αισθάνθηκες ενοχή (αισθάνθηκες ότι έκανες λάθος) εξαιτίας των επιπτώσεων που θα είχες στο σχήμα του σώματός σου ή στο βάρος σου; Μη μετράς τα επεισόδια υπερφαγίας | Καμιά φορά | Λίγες φορές | Λιγότερες από τις μισές φορές | Τις μισές φορές | Περισσότερες από τις μισές φορές | Τις περισσότερες φορές | Όλες τις φορές |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών, πόσο ανησυχούσες μήπως οι άλλοι σε δουν να τρως; Μη μετράς τα επεισόδια υπερφαγίας | Καθόλου | Λίγο | Αρκετά | Έντονα | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Ερωτήσεις 22 έως 28: Παρακαλώ να βάλεις σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό, που βρίσκεται στα δεξιά. Να θυμάσαι ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες).

| Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 28 ημερών... | Καθόλου | Λίγο | | | Αρκετά | Έντονα | |
|--|----------------|-------------|---|---|---------------|---------------|---|
| 22 Μήπως το <u>βάρος</u> σου επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο κρίνεις τον εαυτό σου ως άτομο; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 Μήπως το σχήμα του <u>σώματός</u> σου επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο κρίνεις τον εαυτό σου ως άτομο; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 Πόσο πολύ θα σε αναστάτωνε εάν σου ζητούσαν να ζυγίζεσαι μια φορά την εβδομάδα (ούτε πιο συχνά, ούτε πιο αραιά) για τις επόμενες 4 εβδομάδες; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 Πόσο δυσαρεστημένη/ος ήσουν με το <u>βάρος</u> σου; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 Πόσο δυσαρεστημένη/ος ήσουν με το <u>σχήμα του σώματός</u> σου; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 Πόσο άβολα αισθανόσουν βλέποντας το σώμα σου (π.χ. βλέποντας το σχήμα σου στον καθρέφτη ή στις βιτρίνες των καταστημάτων, όταν ξεντυνόσουν ή όταν έκανες μπάνιο ή ντους); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 Πόσο άβολα αισθανόσουν όταν οι <u>άλλοι</u> έβλεπαν το σχήμα ή τις γραμμές του σώματός σου (π.χ. σε κοινά αποδυτήρια, όταν κολυμπούσες ή όταν φορούσες στενά ρούχα); | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Ποιό είναι το βάρος σου (σύμφωνα με την καλύτερη εκτίμηση που μπορείς να κάνεις);

.....

Ποιό είναι το ύψος σου (σύμφωνα με την καλύτερη εκτίμηση που μπορείς να κάνεις);

.....

Αν ανήκεις στο θήλυ φύλο: Κατά τους τελευταίους 3-4 μήνες έχασες κάποιο
καταμήνιο κύκλο;

Αν ναι, πόσους;

Παίρνεις αντισυλληπτικά χάπια;

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

**Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο
Hospital Anxiety and Depression Scale[®] (HADS)**

®Ελληνική εκδοχή από τους: Μιχόπουλο Ι., Καλκαβούρα Χ., Μιχαλοπούλου Π., Φινέτη Κ., Καλέμη Γ., Ψαρρά Μ.Λ., Γουρνέλλη Ρ., Χριστοδούλου Χ., Δουζένη Α., Πατάπη Π., Πρωτόπαππα Κ., Λύκουρα Ε., 2007

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Όνομα:

Ημερομηνία:

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πώς αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος

Τον περισσότερα καιρό

Πολύ καιρό

Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά

Καθόλου

Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω

Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό

Όχι στον ίδιο βαθμό

Λίγο μόνο

Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί

Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό

Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά

Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί

Καθόλου

Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων

Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα

Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν

Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ

Καθόλου

Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου

Πάρα πολύ καιρό

Πολύ καιρό

Όχι τόσο συχνά

Πολύ λίγο

Νιώθω κεφάλτος

Ποτέ

Όχι συχνά

Μερικές φορές

Τον περισσότερα καιρό

Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος

Ακριβώς

Συνήθως

Όχι συχνά

Καθόλου

Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου

Σχεδόν όλο τον καιρό

Πολύ συχνά

Μερικές φορές

Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου

Καθόλου

Περιστασιακά

Αρκετά συχνά

Πολύ συχνά

Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου

Ακριβώς

Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε

Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε

Την φροντίζω όπως πάντοτε

Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι

Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό

Σε αρκετά μεγάλο βαθμό

Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό

Καθόλου

Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα

Τόσο όπως και στο παρελθόν

Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα

Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα

Καθόλου

Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού

Πράγματι πολύ συχνά

Αρκετά συχνά

Όχι τόσο συχνά

Καθόλου

Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα

Συχνά

Μερικές φορές

Όχι συχνά

Πολύ σπάνια

Τώρα ελέγξετε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

**Ερωτηματολόγιο Ιδιοψυχαναγκαστικών Συμπτωμάτων του
Maudsley**

Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory[®] (MOCI)

[®]Ελληνική Έκδοχή από τον: Ραμπαβίλα Α., 2002

Maudsley Obsessional Compulsive Inventory

Οδηγίες: Παρακαλώ, απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με την τάση σας να ανησυχείτε ή να αμφιβάλετε. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις ούτε παραπλανητικές ερωτήσεις. Απαντήστε γρήγορα και μην σκέφτεστε πολύ το νόημα των ερωτήσεων.

| | Σωστό | Λάθος |
|--|--------------|--------------|
| 1. Αποφεύγω να χρησιμοποιώ δημόσια τηλέφωνα γιατί φοβάμαι μία πιθανή μόλυνση. | | |
| 2. Συχνά έχω κακές σκέψεις, τις οποίες δυσκολεύομαι να ξεφορτωθώ. | | |
| 3. Με απασχολεί το θέμα της τιμότητας πιο πολύ απ'ό,τι τον περισσότερο κόσμο. | | |
| 4. Συνήθως καθυστερώ γιατί αδυνατώ να πραγματοποιήσω οτιδήποτε στην ώρα του. | | |
| 5. Δεν ανησυχώ υπερβολικά για πιθανές μολύνσεις αν πιάσω ένα ζώο. | | |
| 6. Συχνά, πρέπει να ελέγξω διάφορα πράγματα, όπως γκάζι, βρύσες νερού, κλειδαριές κ.τ.λ., αρκετές φορές. | | |
| 7. Έχω πολύ αυστηρή συνείδηση. | | |
| 8. Συνειδητοποιώ ότι σχεδόν καθημερινά αναστατώνομαι από δυσάρεστες σκέψεις που μου μπαίνουν στο μυαλό χωρίς να το θέλω. | | |
| 9. Δεν ανησυχώ υπερβολικά για το αν θα πέσω τυχαία επάνω σε κάποιον. | | |
| 10. Συνήθως έχω σοβαρές αμφιβολίες για απλά καθημερινά πράγματα που κάνω. | | |
| 11. Κανένας από τους γονείς μου δεν ήταν πολύ αυστηρός κατά την παιδική μου ηλικία. | | |
| 12. Τείνω να μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί επαναλαμβάνω τα ίδια ξανά και ξανά. | | |
| | | |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| 13. Χρησιμοποιώ μέτρια ποσότητα σαπουνιού. | Σωστό | Λάθος |
| 14. Κάποια νούμερα είναι ιδιαίτερα κακότυχα. | | |
| 15. Δεν ελέγχω τα γράμματα (ή email ή μηνύματα) ξανά και ξανά πριν τα στείλω. | | |
| 16. Δεν χρειάζομαι πολύ χρόνο για να ντυθώ το πρωί. | | |
| 17. Δεν ανησυχώ υπερβολικά σχετικά με την καθαριότητα. | | |
| 18. Ένα από τα μεγαλύτερα μου προβλήματα, είναι ότι δίνω ιδιαίτερη σημασία σε λεπτομέρειες. | | |
| 19. Μπορώ να χρησιμοποιήσω τουαλέτες σε καλή κατάσταση χωρίς κανένα δισταγμό. | | |
| 20. Το μεγαλύτερό μου πρόβλημα, είναι ο επαναλαμβανόμενος έλεγχος. | | |
| 21. Δεν ανησυχώ υπερβολικά για μικρόβια και ασθένειες. | | |
| 22. Δεν συνηθίζω να ελέγχω πράγματα πάνω από μία φορά. | | |
| 23. Δεν κολλάω σε ένα αυστηρό πρόγραμμα όταν καταπιάνομαι με συνηθισμένα πράγματα. | | |
| 24. Δεν νιώθω τα χέρια μου βρώμικα αφού πιάσω χρήματα. | | |
| 25. Δεν συνηθίζω να μετράω όταν κάνω μια δουλειά ρουτίνας. | | |
| 26. Μου παίρνει μάλλον αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσω το πλύσιμό μου το πρωί. | | |
| 27. Δεν χρησιμοποιώ πάρα πολλά αντισηπτικά. | | |
| 28. Σπαταλάω αρκετό χρόνο κάθε μέρα ελέγχοντας διάφορα πράγματα ξανά και ξανά. | | |
| 29. Το να κρεμάσω και να διπλώσω τα ρούχα μου το βράδυ δεν παίρνει αρκετή ώρα. | | |
| 30. Ακόμη κι όταν κάνω κάτι με ιδιαίτερη προσοχή, συχνά νιώθω πως δεν το κάνω σωστά. | | |

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Amianto, F., Rocca, G., Marzola, E., McClintock, S. M., 2011. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 11(162), 1-8.
- Agras, W.S., 2019. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America* 42, 169–179.
- Amador, X. F., David, A. S., (Eds.) 1998. *Insight and Psychosis*, New York: Oxford University Press.
- Amador, X.F., Kronengold, H., 1998. The description and meaning of insight in psychosis. In: Amador, X.F., David, A.S. (Eds.), *Insight and Psychosis*. Oxford University Press, pp. 15–32.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Gorman, J. M., 1993 Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 150, 873–879.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- Ametller, L., Castro, J., Serrano, E., Martinez, E., Toro, J., 2005. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46, 394-400.
- Austin, S., Mors, O., Nordentoft, M., Hjorthoj, C., Secher, R., Hesse, M., et al., 2015. Schizophrenia and metacognition: an investigation of course of illness and metacognitive beliefs in first episode psychosis. *Cognitive therapy and research* 39, 61-69.
- Bailey, R., Wells, A., 2015. Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 34, 8–14.
- Barbato, M., Penn, D., Perkins, D. O., Woods, S. W., Liu, L., Addington, J., 2013. Metacognitive functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 21, 1-9.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M., 2004. A new instrument for measuring insight: The Beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Reserch* 68, 319-329.
- Beck, A.T., Warman, D.M., 2004, Cognitive insight: theory and assessment. In: Amador XF, David AS, eds. *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in*

Schizophrenia and Related Disorders. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, pp.79–87.

Brett, C., Johns, L., Peters, E., McGuire, P., 2009. The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: A comparison of helpseeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological Medicine* 39, 939-950.

Brokovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A., 1983. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.

Brooks, S., O'Daly, O., Uher, R., Friederich, H., Giampietro, V., Brammer, M., 2012. Thinking about eating food activates visual cortex with reduced bilateral cerebellar activation in females with anorexia nervosa: An fMRI study. *Public Library of Science one* 7, 1-11.

Brooks, S., O'Daly, O. G., Uher, R., Friederich, H., Giampietro, V., Brammer, M., 2011. Differential neural responses to food images in women with bulimia versus anorexia nervosa. *Public Library of Science one* 6, 1-8.

Bruch, H., 1973. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.

Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, N., Pacherie, E., 2012. Delusions and metacognition in patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17, 1-18.

Buchholz, A., Henderson, K. A., Hounsell, A., Wagner, A., Norris, M., Spettigue, W., 2007. Self-silencing in a clinical sample of female adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 158-163.

Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N., 2007. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-320.

Carver, C.S., Scheier, M.F., 1998. *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

Casper, R. C., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E. D., Davis, J. M., 1979. Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 134, 60-66.

Cooper, M. J., 2005. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.

- Cooper, M. J., Grocutt, E., Deepak, K., & Bailey, E., 2007. Metacognition in anorexia nervosa, dieting and non-dieting controls: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 113-117.
- Cooper, M. J., Todd, G., Wells, A., 2009. Treating bulimia nervosa and binge-eating : an integrated metacognitive and cognitive therapy manual, New York: Routledge.
- Corstorphine, E., 2006. Cognitive - emotional - behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461.
- Couturier, J. L., Lock, J., 2006. Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 39, 212-6.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J., 2012. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13, 100-105.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J., 2011. Assessing rumination in eating disorders: Principal component analysis of a minimally modified ruminative response scale. *Eating Behaviors*, 12, 321-324.
- Davenport, E., Rushford, N., Soon, S., McDermott, C., 2015. Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* 3, 1–9.
- David, A. S., 1990. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry* 156, 798-808.
- David, A.S., Bedford, N., Wiffen, B., Gillen, J., 2012. Failures in metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society Biological Sciences* 367, 1379–1390.
- De Vignemont, F., 2010. Body schema and body image--pros and cons. *Neuropsychologia* 48, 669-680.
- DeKaye, W. H., Bulik, C., M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., 2004. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 161, 2215-2221.
- Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C., Davis, J. M., 1982. Depression in anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 12, 115-122.
- Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., Crosby, R., 1995. Ten-year follow up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine* 21, 143-156.

- Ehrings, T., Watkins, E. R., 2008. Repetitive thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy* 1, 192-205.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., Rasmussen, S. A., 1998. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry* 155, 102-108.
- Engh, J. A., Friis, S., Birkenaes, A. B., Jónsdóttir, H., Klungsoyr, O., Ringen, P. Andreassen, O. A., 2010. Delusions are associated with poor cognitive insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 36, 830-835.
- Fairburn, C.G., 2008. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Beglin, S.J., 2008. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press. pp. 309–314.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., et al., 2009 Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry* 166, 311–319.
- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R., 2003 Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy* 41, 509–528.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., & Welch, S.L., 1999. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case control comparisons. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 468–476.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J., 2003. Eating disorders. *Lancet* 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z., 1999. A cognitive-behavioural theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy* 37, 1-13.
- Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G., 2009. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry* 9:67.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S., & Bonsack, C., 2011. Improving insight into delusions: A pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 401-407.

- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symons, H., Mandel, F. S., 2001. Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *The Journal of adolescent health* 28, 222-227.
- Flavell, J. H., 1979. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Forbush, K., Watson, D., 2006. Emotional inhibition and personality traits: A comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Annals of Clinical Psychiatry* 18, 115-121.
- Gale, C., Holliday, J., Troop, N. A., Serpell, L., Treasure, J., 2006. The pros and cons of change in individuals with eating disorders: A broader perspective. *International Journal of Eating Disorders* 39, 394-403.
- Garner, D. M., Bemis, K. M., 1985. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. In: Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (Eds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Guilford Press, New York, pp. 107-146.
- Garner, D. M., Bemis, K. M., 1982. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 6, 123-150.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L., 2000. Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.
- Geller, J., Drab-Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Srikameswaran, S., 2004. Readiness to change dietary restriction predicts outcomes in the eating disorders. *Eating Disorders* 12, 209-224.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisee, J. L., 2003. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research* 117, 245-258.
- Gotlib, I.H., Joormann, J., 2010. Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology* 6, 285-312.
- Grant, A.M., Franklin, J., Langford, P., 2002. The Self-Reflection and Insight Scale: a New Measure of Private Self-Consciousness. *Journal of social behavior and personality* 30, 821-835.
- Greenfeld DG, Anyan WR, Hobart M, Quinlan DM, Plantés M 1991. Insight into illness and outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 10, 101-109.

- Guarda, A. S., 2008. Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Psychology and Behaviour* 94, 113-120.
- Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Casper, R. C., Eckert, E. D., Davis, J. M., 1979. Pretreatment predictors of outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 134, 71-78.
- Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., 2011. Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *British Journal of Clinical Psychology* 50, 310–325.
- Harrington, R., Loffredo, D.A., 2010. Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied* 145, 39–57.
- Hartmann, A.S., Thomas, J.T., Wilson, A.C., Wilhelm, S., 2013. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research* 210, 1129–1135.
- Hayes, A.F., 2018. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analyses, Second Edition: A Regression-Based Approach*. Guilford Press, New York.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K., 1996. Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 1152-1168.
- Hildebrandt, T., Bacow, T., Markella, M., Loeb, K. L., 2010. Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment. *European Eating Disorders Review* 20, e1-e16.
- Hodgson, R.J., Rachman S., 1977. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy* 389–395.
- Jaeger, Anne Doreen & Macquarie University. Department of Cognitive Science (degree granting institution.) Langdon, Robyn (thesis supervisor.) Coltheart, Max (thesis supervisor.), 2015. *Delusional ideation associated with obsessive-compulsive symptoms*.
- Kaplan, A.S., Garfinkel, P.E., 1999: Difficulties in treating patients with eating disorders: a review of patient and clinician variables. *Canadian journal of psychiatry* 44, 665–670.
- Kemp, R., David, A., 1997. Insight and compliance. In: Blackwell, B. (Ed), *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. Harwood, Amsterdam, pp. 61-84.

Kleinbichler, J., 2013. The Type and Frequency of Metacognitions in Women dieting, not dieting, and with Anorexia Nervosa. A Master's Degree of Science in Psychology at the University of Canterbury.

Konstantakopoulos G., Georgantopoulos G., Gonidakisa F., Michopoulos I., Stefanatou P., David A., 2020. Development and validation of the schedule for the assessment of insight in eating disorders (SAI-ED). *Psychiatry Research*, 292, 113308, ISSN 0165-1781.

Konstantakopoulos, G., Tchanturia, K., Surguladze, S.A., David, A.S., 2011. Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychological medicine* 41, 1951-1961.

Konstantakopoulos, G., Varsou, E., Dikeos, D., Ioannidi, N., Gonidakis, F., Papadimitriou, G., et al., 2012. Delusionality of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Research* 200, 482-488.

Konstantellou, A., & Reynolds, M., 2010. Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating Behaviors* 11, 193-196.

Koriat, A., 2007. Metacognition and consciousness. In P. D. Zelazo, M. Moscovitch & E. Thompson (Eds.), *The Cambridge Handbook of Consciousness* Cambridge, UK: Cambridge University Press. pp. 289-235.

Κωνσταντακόπουλος, Γ., 2013. Διδακτορική διατριβή, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα.

Laroi, F., van der Linden, M., 2005. Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour research and therapy* 43, 1425-1441.

Lavender, J. M., Gratz, K. L., Tull, M. T., 2011. Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy* 40, 174-182.

Lavender, J. M., Anderson, D. A., 2010. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in collegemen. *International Journal of Eating Disorders* 43, 352-357.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., 1998. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 55, 603-610.

Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., Booth, R., Holliday, J., & Treasure, J., 2008. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 41, 143-152.

Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L., Herzog, W., 2001. Long-term outcome of anorexia nervosa in prospective 21-year follow up study. *Psychological Medicine* 31, 881-890.

Lyke, J.A., 2009. Insight, but not self-reflection, is related to subjective well-being. *Personality and individual differences* 46, 66–70.

Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Stanghellini, G., 2011. Poor insight in schizophrenia: Links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Comprehensive Psychiatry* 52, 253-260.

Lyubomirsky, S., Nolen-Hoeksema, S., 1993. Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.

Maguire, S., le Grange, D., Surgenor, L., Marks, P., Lacey, H., & Touyz, S., 2008. Staging anorexia nervosa: conceptualizing illness severity. *Early Intervention in Psychiatry* 2, 3–10

Mahon, J., 2000. Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review* 8, 198-216.

Martin, M. W., Rubin, R. B., 1995. A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports* 76, 623-626.

McDermott, C. J., Rushford, N., 2011. Dysfunctional metacognitions in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders* 16, 49-55.

McEvoy, P. M., Mahoney, A., 2013. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 27, 216– 224.

Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K., Lykouras, L., 2008. Hospital anxiety and depression scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry* 7, 1–5.

Miller, P. H., 1985. Metacognition and attention. In D. L. Forrest-Presley, G. E. MacKinnon, & T. G. Waller (Eds.), *Metacognition, cognition, & human performance: Instructional practices: Vol. 2*, New York: Academic. pp. 181–221.

Morrison, A., Bentall, R., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., et al., 2002. Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals: study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *The British journal of psychiatry* 181, 78-84.

Morrison, A., French, P., Lewis, S., Roberts, M., Raja, M., Neil, S. T., et al., 2006. Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: comparisons with non-patients and associations with symptoms. *Psychological medicine* 36, 1395-1404.

Morrison, A., Haddock, G., Tarrier, N., 1995. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 23, 265-280.

Morrison, A., Wells, A., Nothard, S., 2000. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British journal of clinical psychology* 39, 67-78.

Mountjoy, R.L., Farhall, J., L Rossell, S., 2014 A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 220, 507–512.

Nakajimaa, M., Takano, K., Tanno Y., 2017. Adaptive functions of self-focused attention: Insight and depressive and anxiety symptoms. *Psychiatry Research* 249, 275–280.

National Institute of Clinical Excellence: Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester, UK: The British Psychological Society; 2004. www.nice.org.uk.

Newton, T., Butler, N., Slade, P., 1988. Denial of symptoms and self-report in eating disorders. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa* 2, 55-59.

Nolen-Hoeksema, S., 2000. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 504-511.

Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O., Hagen, R., 2015. Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating behaviors* 16, 17–22.

Palermou, B., Efstathiou, G., Kalantzi–Azizi, A., 2009. The responsibility schema in obsessive compulsive checking and washing. *Psychiatriki* 20, 239-244.

Pallister, E., Waller, G., 2008. Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review* 28, 366-386.

Phillips, K. A., Kim, J. M., Hudson, J. I., 1995. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatric Clinics of North America* 18, 317-334.

Πλιατσκίδου, Σ., Σαμακουρή, Μ., Καλαμάρα, Ε., Γουλεμπζάκης, Χ., Κουτρούβη, Κ., Παπαγεωργίου, Ε., Λειβαδίτης, Μ., 2012, *Ψυχιατρική*, 23, 295-303.

Rawal, A., Park, R. J., Williams, M. G., 2010. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 48, 851-859.

Roberts, M.E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., Treasure, J., 2007. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine* 37, 1-12.

Roelofs, J., Rood, L., Meesters, C., Te Dorsthorst, V., Bögels, S., Alloy, L., 2009. The influence of rumination and distraction on depressed and anxious mood: A prospective examination of the response styles theory in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 18, 635-642.

Roth, A., & Fonagy, P., 2005. *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research* (2nd Edition ed.). New York, NY: Guildford Press.

Russell, G., 1979. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9, 429-448.

Russell, G. F. M., 1983. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Russell, G. F. M., Herzov, L. (Eds), *Handbook of psychiatry, Volume 4: The neuroses and personality disorders*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 285-298

Saccomani, L., Savoini, M., Cirrincione, M., Vercellino, F., Ravera, G. 1998. Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research* 44, 565-71.

Sassaroli, S., Gallucci, M., Ruggiero, G. M., 2008. Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 1-22.

Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., Lask, B., 2003. Body checking and its avoidance in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 35, 93-101.

Silvia, P.J., Phillips, A.G., 2011. Evaluating self-reflection and insight as self-conscious traits. *Personality and individual differences* 50, 234-237.

Slade, P. D., 1982. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 21, 167-179.

Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J., Schmidt, U., 2013. Worry and Rumination in Anorexia Nervosa. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 41, 301-316.

Steinglass, J.E., Eisen, J.L., Attia, E., Mayer, L., Walsh, B.T., 2007. Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Practice* 13, 65–71.

Steinhausen, H. C., 2002. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 159, 1284-1293.

Steinhausen, H. C., 1986. Attitudinal dimensions in adolescent anorexic patients: an analysis of the Goldberg Anorectic Attitude Scale. *Journal of Psychiatric Research* 20, 83-87.

Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S., Morgan, J., Hugo, P., Russell, A., Schmidt, U., 2012. Understanding catastrophic worry in eating disorders: Process and content characteristics. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 43, 1095–1103.

Strober, M., 1980. Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research* 24, 353-359.

Sun, X., Zhu, C., So, S., 2017. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry* 45, 139-153.

Sunday, S. R., Halmi, K. A., Einhorn, A., 1995. The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: a new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders* 18, 237-45.

Tchanturia, K., Anderluh, M.B., Morris, R.G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D.A., Sanchez, P., Treasure, J.L., 2004. Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society* 10, 513–520.

Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., Treasure, J., 2011. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *Public Library of Science one* 6, 1–5.

Tchanturia, K., Morris, R. G., Anderluh, M. B., Collier, D. M., Nikolaou, V., Treasure, J., 2004. Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of Psychiatric Research* 38, 545–552.

Tchanturia, K., Serpell, L., Troop, N., Treasure, J., 2001. Perceptual rigidity and fluctuation in eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 32, 107-115.

Typaldou, M., Konstantakopoulos, G., Roxanis, I., Nidos, A., Vaidakis, N., Papadimitriou, G.N., Wells. A., 2014. Assessment of the worry-related

- metacognitions: The Greek version of the Metacognitions Questionnaire – 30. *Psychiatriki* 25, 39-47.
- Van Camp, L.S.C., Sabbe, B.G.C., Oldenburg, J.F.E., 2017. Cognitive insight: A systematic review. *Clinical psychology review* 55, 12-24.
- Vandereycken, W., 2006. Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review* 14, 341-351.
- Vann, A., Strodl, E., Anderson, E., 2014. The Transdiagnostic Nature of Metacognitions in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders* 22, 306–320.
- Varese, F., Bentall, R., 2011. The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: a literature review and meta-analysis. *Clinical psychology review* 31, 850-864.
- Viglione, V., Muratori, F., Maestro, S., Brunori, E., Picchi, L., 2006. Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa. *Psychopathology* 39, 255-60.
- Vitousek, K., 1996. The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Salkovskis, P. (Ed), *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford Press, New York, pp. 383–418.
- Vitousek, K. B., Daly, J., Heiser, C., 1991. Reconstructing the internal world of the eating-disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report. *International Journal of Eating Disorders* 10, 647-666.
- Vitousek, K.B., Ewald, L.S., 1993. Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*. New York: Guilford, pp. 221-266.
- Vitousek, K. B., Hollon, K. B., 1990. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research* 14, 191-214.
- Vitousek, K., & Manke, F., 1994. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 137-147.
- Vitousek, K., Watson, S., Wilson, G.T., 1998. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review* 4, 391-420.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., 2007. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2144-2154.

- Wells, A., 2011. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., 2009a. Introduction to the special section on metacognition. *International Journal of Cognitive Therapy* 2, 105-106.
- Wells, A., 2009b. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., 2008. Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 36, 651-658.
- Wells, A., 2000. *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A., 1999. A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6, 86-95.
- Wells, A., 1995. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 23, 301-320.
- Wells, A., Colbear, J.S., 2012. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology* 68, 373-381.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S., 2004. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 42, 385-396.
- Wells, A., Matthews, G., 1996. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy* 34, 881-888.
- Wells, A., Matthews, G., 1994. *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A., Papageorgiou, C., 2004. Metacognitive therapy for depressive rumination. In *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Edited by Wells CPA. Chichester: Wiley.
- Wendell, J. W., Masuda, A., Price, M., & Anderson, P. L., 2010. Disordered eating-related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behaviour Modification* 34, 3-15.
- Westmoreland, P., Krantz, M.J., Mehler, P.S., 2016. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia, *American Journal of Medicine* 1, 30-37.

Wilson, G. T., Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Kraemer, H., 2002. Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 267-274.

Winkler, L.A.D., Christiansen, E., Lichtenstein, M.B., Hansen, N.B., Bilenberg, N., Stoving, R.K., 2014. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research* 219, 1–9.

Wolff, G., Serpell, L., 1998. A cognitive model and treatment strategies for anorexia nervosa. In H. Hoek, J. Treasure, & M. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders* Chichester: Wiley, pp. 400-421.

Woolrich, R. A., Cooper, M. J., Turner, H. M., 2008. Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting, and non-dieting women: a preliminary study. *European Eating Disorders Review* 16, 11-20.

Zigmond, A. S., Snaith, R. P., 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 67, 361–370.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

- I. Georgantopoulos G., Konstantakopoulos G., Michopoulos I., Dikeos D., Gonidakis F., 2020. **The relationship between metacognitive beliefs and symptoms in eating disorders.** *Psychiatriki* 31, 225-235
- II. Konstantakopoulos G., Georgantopoulos G., Gonidakis F., Michopoulos I., Stefanatou P., David A., 2020 **Development and validation of the schedule for the assessment of insight in eating disorders (SAI-ED)** *Psychiatry Research*, 292, 113308, ISSN 0165-1781

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

- I. **9th World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies** - Ιούλιος 2019
Poster presentation: Metacognitive Dysfunctions, Delusionality and Clinical Insight in Eating Disorders
- II. **27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής** - Απρίλιος 2019
Στρογγυλή τράπεζα: Καταννοώντας τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, από τη βιολογία στη ψυχοθεραπεία - Μεταγνωσιακή λειτουργία και εναισθησία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
- III. **5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών**- Νοέμβριος 2017
Στρογγυλή Τράπεζα: Νεότερες οπτικές στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής - Η μεταγνωσιακή λειτουργία και η εναισθησία στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής