



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

Π.Μ.Σ. : «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΟΡΘΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ Η
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ
ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΜΕΣΣΗΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ (Α.Μ.20180974)
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ ΓΟΝΙΔΑΚΗΣ -
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 1. ΒΑΡΣΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ
2. ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Αθήνα, 2021

Περίληψη

Εισαγωγή : Η σύνδεση της σωματικής και η ψυχικής υγείας με την διατροφή και την άσκηση έχει εξεταστεί σε πολλές επιστημονικές μελέτες. Σε αντίστοιχες έρευνες αναδεικνύεται η συμβολή της εικόνας σώματος, η οποία αφορά τη νοητική απεικόνιση του σώματος και προκύπτει από την αντίληψη, τις πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα που αφορούν στη διερεύνηση αυτής της σύμπλοκης βιο-ψυχο-κοινωνικής αλληλεπίδρασης.. Η Ορθορεξία, ως ένα νέο φαινόμενο αφορά στην εμμονική ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή, με σκοπό την προαγωγή της υγείας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις.

Σκοπός : Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του φαινομένου της Ορθορεξίας σε φοιτητικό πληθυσμό και τη σχέση της με την εικόνα σώματος και άλλες παραμέτρους(ΔΜΣ,ΔΠΤ, φύλο).

Μέθοδος : Η έρευνα έγινε στο ΣΕΦΑΑ Αθηνών και οι συμμετέχοντες (N=120) συμπλήρωσαν επιτόπου ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο και τις κλίμακες MBSRQ-AS, EAT-26, ORTHO-15 και SPAS.

Αποτελέσματα : Βάσει των αποτελεσμάτων, το 10% του δείγματος (N=12) πληρούσε τα κριτήρια της Ορθορεξίας χρησιμοποιώντας ως όριο (cut – off) την τιμή 35 στο ORTHO-15. Τα αποτελέσματα άλλαξαν δραματικά όταν άλλαξε το όριο (για cut off <40) σε 81,6% του δείγματος. Στο σύνολο του δείγματος, το 31,6 % εμφάνιζε προβληματική συμπεριφορά απέναντι στη τροφή, με βάση τη κλίμακα EAT-26. Στατιστικά σημαντικές διαφορές, μεταξύ ανδρών και γυναικών, εμφανίστηκαν στη υπο-κλίμακα MBSRQ-AS – Άγχος με εμφάνιση & βάρος($p<0,019$) και στη SPAS score(. Καμία άλλη σημαντική διαφορά δεν φαίνεται αν υπάρχει μεταξύ των υπολοίπων μεταβλητών.

Συμπεράσματα : Η παρούσα μελέτη ανέδειξε συσχετίσεις που αφορούν την Ορθορεξία, την εικόνα σώματος και τους φοιτητές Φυσικής Αγωγής. Τα αποτελέσματα μας μπορούν να συμβάλλουν στη καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της ON, αλλά περαιτέρω μελέτες είναι αναγκαίες σε αυτόν τον αναδυόμενο ερευνητικό τομέα.

Λέξεις κλειδιά: υγιεινή διατροφή, άσκηση, Ορθορεξία, δυσφορία εικόνα σώματος, μέσα δικτύωσης, κοινωνικό σωματικό άγχος.

Abstract

Introduction: The relationship between health (both physical and mental) and diet/exercise has been already analyzed in several scientific research papers. In many cases there is an obvious contribution of body image which is the perception that a person has of their physical self and the thoughts and feelings that result from that perception. Orthorexia, as a new phenomenon, stands for an obsessive fixation on eating healthy for the purpose of achieving health, but it can be transformed to a pathological condition.

Purpose: The main purpose of this study is to investigate the phenomenon of Orthorexia in University students and its relationship with body image discomfort and other factors.

Method: The study took place in the department of Physical Education University of Athens. The participants completed a self-administered questionnaire with general questions and the measures: MBSRQ-AS, EAT-26, ORTHO-15 και SPAS.

Results: According to our results, 10% (n=12) of the participants (N=120) fulfilled the criteria of Orthorexia using a cut- off point <35 at the ORTHO-15 total score. Using a higher cut off point of 40, increased the participants fulfilling the criteria for ON at the same scale to (81,6%). Part of the participants (31,6%) have shown a problematic eating behavior at the EAT-26 scale. There were important statistical differences between male/female in the sub-scale MBSRQ-AS- overweight preoccupation and the SPAS.

Conclusions: This study underlines the correlations between ON and body image in Physical Education students. These results could contribute to the clearer understanding of this complex relationship, but still further investigation of this emerging field is needed

Key words: healthy diet, exercise, Orthorexia, body image discomfort, social media, social physique anxiety

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων	5
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	6
1.1 Σημασία της έρευνας.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	7
2. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	7
2.1 Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ).....	7
2.2 Ορθορεξία	13
2.2.1 Ορθορεξία [ON] - Ανορεξία [AN]- ΔΠΤ (ομοιότητες/ διαφορές)	21
2.2.2 Ορθορεξία & Άσκηση.....	23
2.3 Εικόνα σώματος – Διαταραχή Μυϊκής δυσμορφίας – Σύνδρομο του Άδωνη	28
ΜΕΡΟΣ Β – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	39
3.1 Σκοπός έρευνας.....	39
3.2 Δείγμα - Πληθυσμός στόχος	39
3.3 Πειραματικός Σχεδιασμός -Διαδικασία δειγματοληψίας.....	39
3.4 Αξιοπιστία των ερευνητικών μέσων	40
3.5 Στατιστική επεξεργασία	42
3.6 Αποτελέσματα.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	53
Συζήτηση - Συμπεράσματα	53
Douma et al. (2021) Developmental pathway of orthorexia nervosa: Factors contributing to progression from healthy eating to excessive preoccupation with healthy eating. Experiences of Dutch health professionals. <i>Appetite</i>	67
Παράρτημα I: Έλεγχος κανονικότητας.....	86
Παράρτημα II: Ταξινόμηση ΔΠΤ κατά DSM-5 και ICD 10	87
Παράρτημα III: Ερευνητικές κλίμακες	90

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά του δείγματος	43
Πίνακας 2: Δημογραφικά και άλλα στοιχεία του δείγματος	43
Πίνακας 3: Αριθμός και ποσοστό του δείγματος που παρουσιάζουν τιμές cut off των κλιμάκων EAT και ORTHO	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πίνακας 4: Στατιστικά σημαντικές διαφορές των κλιμάκων ανάμεσα στο φύλο.....	44
Πίνακας 5: Συσχετίσεις μεταξύ των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών και κλιμάκων	46
Πίνακας 6: Συσχετίσεις ξεχωριστά ως προς το φύλου.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πίνακας 7: Λογιστική παλινδρόμηση (forward stepwise) και η επίδραση το ΔΜΣ της συνολικής βαθμολόγησης του MBSQ και την κλίμακας SPAS	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών	86

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Σημασία της έρευνας

Πολλές επιστημονικές μελέτες για την Ορθορεξία (ΟΝ) αναφέρονται στη βιβλιογραφία, ως μια νέα ασθένεια που απασχολεί κυρίως γυναίκες.

Έχει φανεί ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με τη τροφή και παρουσιάζονται πιο ευαίσθητες από την εφηβεία (ενίστε και νωρίτερα) σε σχέση με τη σωματική τους εικόνα, το οποίο με τη σειρά του αποτελεί κομβικό σημείο για τη γενικότερη αυτοπεποίθησή τους.

Αρχίζει να γίνεται σταδιακά εμφανές όμως ότι και οι άνδρες εξίσου δυναμικά ασχολούνται με την εικόνα σώματος. Το αθλητικό καλοσχηματισμένο σώμα, ως δείγμα υγείας και ευρωστίας προβάλλεται πλέον στις δυτικές κοινωνίες ως το επιθυμητό, με ιδιαίτερη έμφαση στη μυϊκή ανάπτυξη. Παρατηρείται λοιπόν αρκετά συχνά, να υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για εξειδικευμένα σχήματα διατροφής που υπόσχονται καλύτερη σωματική υγεία και μεγαλύτερη/ πιο εντυπωσιακή μυϊκή διάπλαση.

Με βάση τα παραπάνω, διατυπώθηκε η εξής ερευνητική υπόθεση: κατά πόσον η ΟΝ έχει ισχυρή αλληλεπίδραση με την εικόνα του σώματος και αν τελικά είναι ζήτημα που αφορά μόνο τις γυναίκες ή έχει αρχίσει να επηρεάζει εξίσου και τον ανδρικό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

2.1 Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ)

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) είναι ψυχικές παθήσεις που αφορούν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές ανθρώπων που έχουν διαταραγμένη σχέση με το φαγητό (Γονιδάκης Φ. & Βάρσου Ε , 2013) . Στη πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM) οι ΔΠΤ αναφέρονται ως επίμονες διαταραχές της διατροφής και της σχετικής με αυτή συμπεριφορά, που οδηγεί σε μεταβολές στη κατανάλωση των τροφών , βλάπτοντας σοβαρά την υγεία και την λειτουργικότητα των ασθενών.

Πως ξεκινάει όμως όλη αυτή η παθολογία; Όλοι οι άνθρωποι σε όλα τα στάδια της ζωής τους έχουν ανάγκη από ενέργεια. Η ενέργεια παρέχεται μέσω της τροφής, την οποία ο καθένας καλείται να αναζητήσει στη φύση και στο οικείο περιβάλλον του.

Εκ πρώτης όψεως η τροφή εξυπηρετούσε μόνο την ανάγκη για επιβίωση. Με το πέρασμα των αιώνων και ιδίως μετά την λήξη των Παγκοσμίων Πολέμων, η τροφή στις δυτικές κοινωνίες άρχισε να γίνεται περισσότερο διαθέσιμη στις περισσότερες κοινωνικές τάξεις και ξεκίνησε να καλύπτει και άλλες ανάγκες πέραν της απλής επιβίωσης: πχ γευστικές- ευχαρίστηση (Marty et al. 2018), κοινωνικές, αισθητικές (De Ridder et al 2017) κτλ. Σταδιακά η τροφή μεταρσιώνεται σε μέσο έκφρασης και επικοινωνίας: οι άνθρωποι συναναστρέφονται, διασκεδάζουν (Fraïkue 2016) και συχνά εκφράζουν ακόμα και τα συναισθήματα τους μέσω αυτής. Η τροφή μπόρεσε να γίνει ένα μέσο ανταλλαγής κουλτούρας και η υιοθέτηση ξένων γεύσεων προσέφερε πλούτο στη καθημερινή πρακτική της σίτισης.

Όλες οι παραπάνω θετικές παράμετροι της τροφής άρχισαν να επισκιάζονται τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς ο Δυτικός πολιτισμός και τα Μέσα Επικοινωνίας και Δικτύωσης άρχισαν να εμπλέκουν την τροφή σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές.

Το 2019 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαχώρισε την υγιεινή από την ανθυγιεινή διατροφή.

Τα πρότυπα ομορφιάς έχουν αλλάξει: οι υπερβολικά ισχνές σιλουέτες ή οι έντονα γυμνασμένες θεωρούνται ως ελκυστικές ή και κοινωνικά επιβεβλημένες. Παράλληλα μέθοδοι διατροφής ιδιαίτερα επικίνδυνες, καθώς υπόσχονται γρήγορα και θεαματικά αποτελέσματα, έχουν καταστεί του συρμού και «καταναλίσκονται» με τρόπο άκριτο και συχνά διαστρεβλωμένο μέσα από τον παραμορφωτικό φακό της προσωπικής κουλτούρας του εμπλεκόμενου (Steven Bratman, 2017).

Επιστημονικά οι ΔΠΤ αποδόθηκαν στην επίδραση της οικογένειας, το άγχος την τελειοθηρία, σε διάφορες συγκυρίες της ζωής, στη κληρονομικότητα και στην δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο άνθρωποι, οι οποίοι συχνά παρεμποδίστηκαν στην προσπάθεια πλήρους συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης, βρήκαν διέξοδο στη τροφή και προσπάθησαν να την χρησιμοποιήσουν για να επικοινωνήσουν την δυσφορία τους.

Οι ΔΠΤ κατηγοριοποιούνται με βάση δύο άξονες: το σωματικό βάρος και τον αυτό-έλεγχο στη διαχείριση της τροφής και χωρίζονται σε Ψυχογενή Ανορεξία (ΨΑ), Ψυχογενή Βουλιμία (ΨΒ) και διαταραχή επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΕΥ) και άλλες μη καθορισμένες (EDNOS). Στο παράρτημα αναφέρονται τα κριτήρια διάγνωσης κατά DSM-5. Σε κάθε διαταραχή αναγνωρίστηκαν επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς - φαύλοι κύκλοι- πάνω σε πεποιθήσεις στρεβλές που διατηρούν και ενισχύουν την ασθένεια. Στην περίπτωση της ΨΑ συνήθως τα προβλήματα ξεκινούν με τον διατροφικό περιορισμό και τα θετικά συναισθήματα που προκύπτουν από το αποτέλεσμα (μείωση του βάρους), αλλά αυτό που θα διαιωνίσει τη διαταραχή είναι ο φόβος για την πιθανή επανάκτηση του χαμένου βάρους. Στη περίπτωση της ΨΒ, παρατηρείται η συσχέτιση της προσωπικής αξίας με το βάρος, η οποία οδηγεί σε διατροφικό περιορισμό εξαντλητικό, που καταλήγει σε πείνα και παρορμητική κατανάλωση φαγητού. Ο έλεγχος χάνεται, προκύπτει αγωνία για αύξηση βάρους, πρόκληση εμετού/ λήψη καθαρτικών και ακολουθεί ανακούφιση, ντροπή, αποτυχία διατήρησης ελέγχου κοκ. Στη ΔΕΥ υπάρχει παρόμοιο μοτίβο μέχρι την υπερβολική κατανάλωση φαγητού, αλλά μετά ακολουθεί η αίσθηση της αποτυχίας διατήρησης του ελέγχου, η θλίψη η βαρεμάρα και ο θυμός. Μετά προκύπτει πάλι παρόρμηση για φαγητό / υπερφαγία κοκ.

Και ενώ γίνεται πολύς λόγος τα τελευταία χρόνια για τη διάγνωση και την θεραπεία των ΔΠΤ, σαφώς λιγότερα επιστημονικά δεδομένα υπάρχουν για την συμβολή των φροντιστών των ασθενών των ΔΠΤ στην αντιμετώπιση των σύμπλοκων αυτών προβλημάτων. Η Janet Tressure και οι συνεργάτες της (2010) δημιούργησαν τη νέα Μέθοδο Maudsley, στην οποία έγινε λόγος για τους διάφορους τύπους των φροντιστών, οι οποίοι παραλληλίστηκαν με διάφορα είδη ζώων, όπως καγκουρό, στρουθοκάμηλος, μέδουσα, ρινόκερος, σκύλος αγίου Βερνάρδου και δελφίни, ανάλογα με τον τρόπο που “συμπαραστέκονταν” στον ασθενή.

Στη διερεύνηση των διαδικασιών διαμόρφωσης της αλληλουχίας της αιτιώδους συνάφειας των ΔΠΤ, η οικογένεια λαμβάνει μια από τις πρώτες θέσεις και η θεραπεία δεν πρέπει να αφορά μόνο τον ασθενή αλλά και το περιβάλλον του. Ο Γονιδάκης Φ. και η Βάρσου Ε. στο πρόγραμμα Προαγωγής της ψυχικής υγείας νέων και εφήβων “Βήματα εμπρός” (υπό την αιγίδα του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος) αναλύουν πως η στάση της οικογένειας μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση και στη διαίωνιση των ΔΠΤ. Μέσα στην οικογένεια συχνά καλλιεργείται/ επικρατεί η ακαμψία, η υπερεμπλοκή, η αποφυγή σύγκρουσης ή/και η υπερπροστατευτικότητα. Το καθένα μεμονωμένα ή ο συνδυασμός τους εκ μέρους των γονιών επιδρούν στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των μελλοντικών ασθενών. Στη προσπάθεια τους οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι να οπλίσουν τους ασθενείς με περισσότερο θάρρος, ώστε να διεκδικήσουν τις δικές τους επιθυμίες και να οριοθετήσουν τη ζωή τους, πολλές φορές βρίσκουν “απέναντι” την αντίσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η οικογένεια έτσι και αλλιώς λογίζεται ως ένα σύστημα δύσκολης ισορροπίας μεταξύ των ανθρώπων μελών της- οπότε αν προσπαθήσει να αλλάξει ένα μέλος, επηρεάζονται οι ισορροπίες και των υπολοίπων και αυτό μερικές φορές μοιάζει επικίνδυνο. Παραδείγματος χάρη ένας έφηβος, βιώνοντας τη ρήξη στη σχέση των γονιών του, υπάρχει η πιθανότητα πυροδοτηθεί η έναρξη μιας ΔΠΤ. Η ασθένεια από μόνη της μπορεί να προκαλέσει το ενδιαφέρον των γονιών και να υποβαθμιστεί στη δεδομένη στιγμή η αναγκαιότητα του διαζυγίου. Η έναρξη της διαδικασίας επίλυσης της ΔΠΤ μπορεί να οδηγήσει το πρωταρχικό πρόβλημα (οικογενειακή ανισορροπία/ ασυμφωνία χαρακτήρων) σε υποτροπή του φαύλου κύκλου της παθολογίας του εφήβου. Επί παραδείγματι ο έφηβος

μπορεί να διακόψει τη θεραπεία του, ούτως ώστε να «αποτρέψει» την διαφαινόμενη ανατροπή της δικής του θεώρησης περί «οικογενειακής αρμονίας». Γίνεται λοιπόν σαφές ότι μαζί με την ατομική θεραπεία των ασθενών επιβάλλεται και η οικογενειακή θεραπεία - οι οποίες μαζί θα αναδείξουν τα ελλείματα και θα ενισχύσουν τους φροντιστές και τον ασθενή.

Σε κάποιες περιπτώσεις ΔΠΤ, όπως στη ΔΕΥ, διατυπώθηκε η υπόθεση της Εξάρτησης ως Ασθένειας (Addiction as a disease- ADD) (Fairburn G & Terrene Wilson 1993), μιας και φάνηκε ότι κάποιοι άνθρωποι είναι βιολογικά πιο ευάλωτοι σε τροφές όπως η ζάχαρη, τα λευκά άλατα που μπορούν να προκαλέσουν εξαρτητικές συμπεριφορές . Ήταν η περίοδος στην οποία η θεραπεία ομοιάζε με τα 12 βήματα των Ανώνυμων Αλκοολικών.

Όπως αναφέρει και η Μαριδάκη- Κασσωτάκη (2006), όταν επιμελήθηκε το βιβλίο του Bob Palmer “Διατροφικές Διαταραχές και η αντιμετώπιή τους” , υπάρχουν παράγοντες που εμπλέκονται και θα επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς. Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και των μοτίβων διατροφής. Όμως όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η οικογένεια θα κληθεί πιθανώς να τροποποιήσει κάποιες συμπεριφορές της. Σε περίπτωση που υπάρξει ακαμψία ο ασθενής θα καθοδηγηθεί να απεμπλακεί από το δυσλειτουργικό οικογενειακό σύστημα. Δηλαδή ή η ΔΠΤ θα γίνει η αφορμή για μια γενικότερη εξισορρόπηση της οικογένειας ή ο ασθενής θα απομακρυνθεί για να επιβιώσει πιο λειτουργικά ώστε να μπορέσει να συνεχίσει τη ζωή του.

Από μια άλλη οπτική ο Γονιδάκης και η Νταρίλα στο βιβλίο “Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση” παρουσιάζουν περαιτέρω μηχανισμούς που μπορεί να διαιωνίσουν τη ΔΠΤ. Γίνεται λόγος για την Κλινική τελειοθηρία, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ανθρώπου που θα έχει περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει από ΔΠΤ (Lilenfeld et al, 2006). Η τελειοθηρία ως υπερβολική εξάρτηση της αυτοαξιολόγησης του ατόμου απο την επίτευξη πολύ απαιτητικών/ υπερβολικών στόχων ασχέτως των συνθηκών, είναι πιθανό να οδηγήσουν το άτομο σε κατάθλιψη, άγχος , αισθήματα ντροπής ή μειονεξίας. Η

δυσλειτουργική αυτή προσέγγιση αυτοαξιολόγησης αναδεικνύει μια μορφή ψυχοπαθολογίας με αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις για την αξία και την πορεία της ζωής του ανθρώπου. Η πυρηνική χαμηλή αυτοεκτίμηση λειτουργεί ανασταλτικά στην αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και κάνει το άτομο να νιώθει συστηματικά αδύναμο να επιτελέσει και να αξιώσει όσα έχει ανάγκη. Αυτό φέρνει αντικειμενικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, γεγονός που οδηγεί πολύ συχνά σε αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης. Σε όλα αυτά προστίθεται και η μειωμένη ανοχή στα συναισθήματα (mood intolerance) που τελικά οδηγούν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όπως η χρήση ουσιών/ αλκοόλ φαρμάκων ή σε αυτοτραυματισμούς. Τα συναισθήματα γίνονται κατακλυσμιαία και μη διαχειρίσιμα (Fainburn et al., 2003) και η δυσφορία και η αναποτελεσματικότητα ενισχύονται.

Η διερεύνηση των ΔΠΤ δημιουργεί ερωτηματικά και ανάγκη για την δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης /ευαισθητοποίησης του φαινομένου ώστε να περιοριστεί ο επιπολασμός. Παρότι τα πρώτα σημάδια αυτών των διαταραχών εμφανίζονται στην εφηβεία, δίνεται έμφαση στην δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης ακόμα και στα πρώτα σχολικά χρόνια. Στο βιβλίο *Eating Disorders in Women and Children*, ο Robert-McComb εστιάζει στα προγράμματα πρόληψης που αφορούν τους μικρούς μαθητές, μέσα στα πλαίσια της γενικότερης μαθησιακής διαδικασίας αρχίζουν να εξοικειώνονται με συμπεριφορές σχετικές με τη τροφή και την εικόνα σώματος, ώστε σιγά σιγά να οργανώνονται ως πιο αυτάρκεις και αυτόφωτες προσωπικότητες που θα αγαπούν το σώμα τους και θα το φροντίζουν.

Συνολικά οι ΔΠΤ περιγράφονται από πολλές συμπεριφορές που σχετίζονται με την εφηβεία, τη δυσαρέσκεια για το σώμα και τα καινούρια πρότυπα ομορφιάς. Οι άνθρωποι πιο εύκολα μπαίνουν στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας, με αποτέλεσμα την αυξημένη καταγραφή των προβλημάτων αυτού του είδους, ειδικά αν συνυπολογιστεί και η μεγάλη καμπάνια του ΠΟΥ για την εξάλειψη του ψυχικού στίγματος. Στον ορίζοντα δεν διαφαίνεται μείωση του επιπολασμού, τουναντίον αναδεικνύονται και νέες τάσεις στη διατροφή που μπορούν να σηματοδοτήσουν την καθιέρωση και καινούριων διαταραχών όπως η Ορθορεξία (η οποία δεν έχει κατηγοριοποιηθεί στο DSM-V).

Σε πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2020 ο Γεωργαντόπουλος και οι συνεργάτες του διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ μεταγνωσιακών πεποιθήσεων και της συμπτωματολογίας των ΔΠΤ, παρουσιάζοντας θετικές συσχετίσεις των μεταγνωσιακών πεποιθήσεων με συμπτώματα ΔΠΤ και την εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους. Επίσης σημειώθηκαν υψηλές βαθμολογίες της κλίμακας MCQ-30, και στις υποκλίμακες θετικές πεποιθήσεις για την ανησυχία, , ανάγκη για έλεγχο της σκέψης και αρνητικές πεποιθήσεις για απώλεια ελέγχου. Συνολικά οι δυσλειτουργίες στις μεταγνωσιακές πεποιθήσεις (η σκέψη για τη σκέψη) μπορεί να αντικατοπτρίζει ένα κοινό δια-διαγνωστικό χαρακτηριστικό σε ασθενείς με ΔΠΤ.

Ενδιαφέρουσα είναι η μελέτη των Bagoury L. et al (2016) που έγινε στην Αίγυπτο σε πληθυσμό 445 φοιτητών ηλικίας 17 έως 26 ετών. Το 50% των φοιτητών είχαν κανονικό ΔΜΣ, ενώ το 39% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Εξετάστηκαν οι διατροφικές τους συνήθειες και φάνηκε μέσω του EAT-26 ότι το 73,3% εμφάνιζε στοιχεία ΔΠΤ. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της εμφάνισης ΔΠΤ με την ηλικία, το βάρος, το φύλο ή το ΔΜΣ. Έγινε λόγος για την ευαίσθητη μεταβατική περίοδο κατά την οποία οι νέοι απομακρύνονται από την οικογενειακή εστία λόγω των σπουδών τους. Σε αυτή τη φάση αρχίζουν να διαμορφώνουν αυτόνομες συμπεριφορές σχετιζόμενες με τη διατροφή και την άθληση (Deshpande et al 2009, Nelson MC et al 2008, Rubina A et al 2009). Επίσης αναφέρθηκε ο αυξανόμενος επιπολασμός των ΔΠΤ στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες, συγκριτικά πολύ μεγαλύτερος από την εμφάνιση του διαβήτη τύπου 1 (Smink et al 2012, Campel et al. 2014). Συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα με άλλες μελέτες σε άλλες χώρες και φάνηκε ότι πχ στο Κουβέιτ το ποσοστό των ΔΠΤ είναι περίπου 32% (Musaiger et al 2016) και μεταξύ 16,2% έως 42,7% σε άλλες αραβικές χώρες (Musaiger et al 2013) όπως και στη Τουρκία 45,2%(Bas et al 2005) . Αντιθέτως στην Ισπανία το ποσοστό των ΔΠΤ ήταν 7,8% (Rodriguez – Cano 2005). Το ενδιαφέρον σε αυτή τη μελέτη ήταν ότι γυναίκες και άνδρες ήταν το ίδιο ευάλωτοι στις ΔΠΤ, με τους άνδρες να αγωνιούν περισσότερο για το μυϊκό σύστημα τους ενώ οι γυναίκες για το βάρος τους.

2.2 Ορθορεξία

Η Ορθορεξία ως όρος εμφανίστηκε το 1997 από την προσωπική εμπειρία του Steven Bratman, έναν εναλλακτικό γιατρό που υποστήριξε ότι η τροφή θεραπεύει. Αυτή η διατύπωση δεν ήταν πρωτοποριακή μιας και ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι η τροφή είναι το φάρμακο για την ψυχική και την σωματική υγεία. Στην περίπτωση του Ιπποκράτη ο άνθρωπος σοφά επιλέγει χωρίς ψυχική βία τροφές που προσδίδουν θρεπτικά συστατικά. Αντίθετα ο Bratman την όρισε έτσι χρησιμοποιώντας τα δύο συνθετικά - Ορθός και όρεξη και τη διαχώρισε από την Υγιεινή Διατροφή όπως την προσεγγίζει ο Ιπποκράτης υπογραμμίζοντας την ορθολογική επιλογή τροφής χωρίς ψυχική βία. Η Ορθορεξία περιγράφει την εμμονική συμπεριφορά που επιβάλλει να τρώει κανείς υγιεινά ώστε να βελτιώσει την υγεία του ή να αποφύγει τις ασθένειες,. Φαίνεται δηλαδή ότι ενώ η πρόθεση εκ πρώτης μοιάζει αθώα, ελλοχεύει κινδύνους, εξαιτίας της υπερβολής, της υπεραξίας της αυτοπειθαρχίας και της αίσθησης υπεροχής που πηγάζει από αυτή.

Στην αναδρομική μελέτη του Cena et al. (2019) γίνεται αναφορά στον επιβλαβή αυτοπεριορισμό με αυτοπροσδιορισμένους κανόνες διατροφής. Επισημάνθηκε η πιστή υποταγή και η άκαμπτη αφοσίωση στις υγιεινές τροφές. Κατά την αξιολόγηση των ερευνών δόθηκε έμφαση στην επιλογή των τροφών με υψηλή βιολογική αξία, στις «καθαρές» τροφές από άποψη επεξεργασίας και προέλευσης.

Η Ορθορεξία συχνά ξεκινάει αθώα, από την επιθυμία να βελτιώσει κάποιος τις διατροφικές του συνήθειες και γενικότερα την υγεία του (Bratman & Knight, 2000). Ακόμα δεν αναγνωρίζεται σαν ΔΠΤ, στο DSM-V, διερευνάται όμως κατά πόσο θα κατηγοριοποιηθεί ως διαταραχή, ακραία διατροφική ή εξαρτητική συμπεριφορά. Έχει φανεί ότι εμπεριέχει φανατικές συνήθειες και την τελευταία δεκαετία σχετίζεται και με την υπερβολική άσκηση. Το πρώτο επιστημονικό άρθρο γράφτηκε από τους Donini et al., 2004, αλλά το 2012 οι Brytek- Matera αρχίζουν τις αναδρομικές μελέτες αναλύοντας σε βάθος το φαινόμενο.

Λίγο νωρίτερα οι Lee & MacDonald (2010) δημιουργούν τον όρο Υγιεινισμό (Healthism) που τον είχε πρώτος χρησιμοποιήσει ο Crawford περίπου στη δεκαετία

του 1970. Εκεί γίνεται λόγος στην προσωπική ευθύνη και την ηθική υποχρέωση του κάθε ανθρώπου να μένει μακριά από την ασθένεια, με πειθαρχία και υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Εδώ θα γίνει λόγος πρώτη φορά για τη θετική αξία του μεγέθους του σώματος, της άσκησης και την νεανικής εμφάνισης, ενώ ότι είναι αντίθετο συνδέεται με την έλλειψη αυτοπειθαρχίας/ στοχο-προσήλωσης, την συναισθηματική αδυναμία και την μη ελκυστική όψη που θέτει την υγεία του άνθρωπου σε κίνδυνο. Στη παρακάτω εικόνα (εικ.1) παρουσιάζονται σχηματικά οι επιρροές που συνδέονται με την Ορθορεξία.

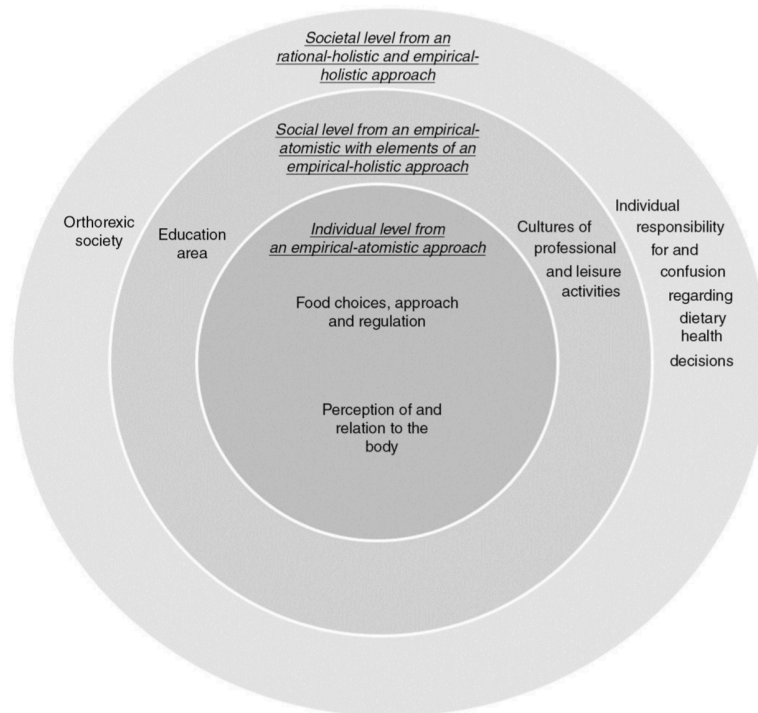


Figure 3. A model that synthesizes the categories that have been examined in relation to orthorexia, sorted by philosophy of science approaches at an individual, social, and societal level.

Εικόνα 1. Παράγοντες που σχετίζονται με την Ορθορεξία (Haman et al 2015, p9)

Και ενώ η ΟΝ έπρεπε να διαχωριστεί από την υγιεινή διατροφή , ταυτόχρονα χρειάστηκε να διαφοροποιηθεί από την Ανορεξία. Οι δύο συνθήκες συχνά συγχέονται γιατί έχουν ομοιότητες, αλλά θα πρέπει να δοθεί βάση στις διαφορές. Στην ΟΝ δεν υπάρχει αγωνία για την εικόνα σώματος και το βάρος είναι συνήθως κανονικό, αλλά σχετίζεται καθαρά με την υγεία . Αντίθετα η Ανορεξία ξεχωρίζει για το χαμηλό βάρος , την κακή εικόνα σώματος και την χαμηλή αυτοεκτίμηση που απορρέει λόγο του

βάρους. Στην ΟΝ μπορεί να γίνει διόρθωση του βάρους σε περίπτωση που γνωστοποιηθούν οι συνέπειες του υποσιτισμού, ενώ στην Ανορεξία γίνεται στόχος ζωής το ελλιποβαρές σώμα. Και στις δύο περιπτώσεις όμως το φαγητό αποκτά κυρίαρχη θέση στη ζωή και στις σχέσεις του ασθενή, υπάρχει ανάγκη για έλεγχο, εμμονές και τελειομανία. Στη μεν ΟΝ οι άνθρωποι καυχούνται για τις διατροφικές τους συνήθειες, έχοντας ένα αίσθημα ανωτερότητας, στη δε οι ασθενείς με ΑΝ κρύβονται και τρώνε κρυφά. Δυστυχώς και στις δυο περιπτώσεις οι άνθρωποι έχουν πολύ άγχος, ταλαιπωρούνται από την ακαμψία των θεωριών που ακολουθούν νιώθοντας πίεση και κατάθλιψη. Τέλος, όταν καταναλώσουν ακατάλληλο τρόφιμο, οι μεν ΟΝ θα προβούν σε «εξαγνιστικές» τεχνικές ενώ οι ΑΝ σε εκκαθαριστικές. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει έντονος ψυχαναγκασμός .

Οι C. Gramaglia et al. (2017) σε μια έρευνα που έκαναν σε γυναίκες υγιείς και ασθενείς από την Ιταλία και την Πολωνία, συμπέραναν ότι στην εμφάνιση της ΟΝ μπορεί να παίζει ρόλο και η κουλτούρα από την οποία έρχεται ο κάθε εξεταζόμενος. Οι Ιταλίδες σκόραραν πιο υψηλά στο ORTHO -15 σε σχέση με τις Πολωνές γεγονός που δείχνει χαμηλότερα ποσοστά ΟΝ. Αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι σχετίζεται με την κουλτούρα στην ιταλική κουζίνα που έχει επιδείξει την διατροφική της αξίας και δίνει έμφαση στη γεύση. Ενώ οι Πολωνοί τα τελευταία χρόνια έχουν εισάγει στη καθημερινή τους πρακτική, την ιδέα της υγιεινής διατροφής.

Η αφετηρία ή η αφορμή για την ΟΝ έχει επίσης ενδιαφέρον. Όπως επισημαίνει ο Bratman(2017) οι εναλλακτικές πρακτικές ιατρικής όπως η Αγιουρβέδα έδωσαν έδαφος για να αναπτυχθούν εναλλακτικά σχήματα διατροφής. Κάποια ήταν ψευδό επιστημονικά, αντιεπιστημονικά ή απλά περίεργα που ενδυναμώθηκαν και διαφημίστηκαν από δημοφιλείς ανθρώπους- με κοινό τόπο τον εξαγνισμό και την εξυγίανση του σώματος μέσω της τροφής. Το χαρακτηριστικό όλων των σχημάτων είναι τα επαναλαμβανόμενα μοτίβα που δίνουν έμφαση στην αξία της υγείας και όχι στη γεύση. Επιπλέον η άσκηση συντονίζεται σαν αναγκαιότητα με την υγιεινή διατροφή και εμφανίζονται οι όροι bigorexia και fitorexia.

Οι Cena et al. (2019) στην αναδρομική μελέτη που έκαναν παρέθεσαν τα ειδικά κριτήρια για την Ορθορεξία που είχαν επισημάνει οι Barthels et al. (2015), Dunn et al. (2016), Moroze et al.(2014) και ο Setnick (2013). Οι πίνακες παρατίθενται στο παράρτημα.

Στην Ορθορεξία υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για τη καταλληλότερη διατροφή που στηρίζονται σε υποκειμενικές πεποιθήσεις αναφορικά με κάποιες ομάδες τροφών , τα συντηρητικά , το κρέας , τα άλευρα κα. Μεγάλη έμφαση δίνεται στη προέλευση των τροφών και αυτό από μόνο του κάνει πολύ δυσλειτουργική την επιλογή των επιτρεπόμενων φαγητών. Ο Frederike Barthels (2015) αναφέρει το πόσο υποχόνδριοι γίνονται οι Ορθορεξικοί και το πόσο αυτο-περιορίζονται με τις τροφές μέχρι σημείου ώστε η τροφή να μην καλύπτει καμία γευστική επιθυμία ή την ανάγκη για κορεσμό από το φαγητό. Νωρίτερα ο ίδιος και οι συνεργάτες του (2012) είχαν ήδη παρουσιάσει την συσχέτιση μεταξύ δυσφορίας εικόνας σώματος και υψηλής ροπής προς την Ορθορεξία στις γυναίκες. Άλλωστε η αγωνία και η μη αποδοχή της εικόνας σώματος οδηγεί εν γενεί τους ανθρώπους σε συμπεριφορές ακραίες που χαρακτηρίζουν τις ΔΠΤ.

Οι Bratman και Knight (2000) έφτιαξαν το πρώτο τεστ Ορθορεξίας , το οποίο έδωσε ενδείξεις για διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία ανέπτυξαν αργότερα οι Barthels (2014) και Moroze et al. (2015). Τότε δημιουργήθηκε η Dusseldorf Orthorexia Scale η οποία σχηματοποίησε και οργάνωσε την ιδέα της Ορθορεξίας για γερμανόφωνες χώρες και υποψήφιους ασθενείς . Στη τελευταία δόθηκαν δέκα διατυπώσεις όπου περιγράφονται τα συναισθήματα και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει κάποιος με Ορθορεξία.

Για να πάμε λίγο αντίστροφα, ο Arpfelderfer (1997) στη προσπάθεια του να διαχωρίσει τη φυσιολογική από τη διαταραγμένη συμπεριφορά σε σχέση με την τροφή, όρισε ότι ένας άνθρωπος ακολουθεί φυσιολογική διατροφή , όταν γευματίζει τακτικά , δεν στερείται παράλογα και δεν είναι έρμαιο ακατανίκητων διατροφικών παρορμήσεων. Για κάθε τι διαφορετικό ο άνθρωπος μπορεί να συμπεριληφθεί σε υποκλινικές κατηγοριοποιήσεις ή και σε ξεκάθαρες κλινικές κατηγορίες σχετικών με την τροφή διαταραχών.

Σε μια έρευνα που έγινε το 2007, οι Ελευθερίου et al. παρατήρησαν σε δείγμα γυναικών , ασθενών και μη, ότι οι ασθενείς είχαν αυξημένες τιμές ολικής και LDL-χοληστερίνης ενώ η οστική τους πυκνότητα ήταν κατώτερη σε σχέση με τις μη διαταραγμένες λόγω του χαμηλού βάρους. Είχαν αναπτύξει επίσης Λιποφοβία και μειωμένη πρόσληψη λιπαρών.

Το 2017 οι Oberle et al. μελέτησαν αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ΟΝ , το ΔΜΣ, το φύλο και τη προσωπικότητα και αναδείχθηκαν πολύ σπουδαία ευρήματα. Καταρχάς δημιουργήθηκαν συσχετίσεις με τον Ναρκισσισμό και την τελειομανία, ως δυο στοιχεία πολλών ασθενών με ΔΠΤ μιας και μετέφρασαν την επιβολή όλης αυτής της ταλαιπωρίας ως μια υπερνίκηση των επιθυμιών τους, στοιχείο που τους διαφοροποιεί από τους υπόλοιπους. Πολλοί εμφάνισαν ενδείξεις νευρώσεων, από απλή κακή ψυχική διάθεση μέχρι αισθήματα κατάθλιψης και αυτοκτονική διάθεση. Ο Gatward (2007) δέκα χρόνια νωρίτερα, αναφέρθηκε στον κοινωνικό αυτό-αποκλεισμό ο οποίος σχετίζεται με τις υψηλές προσδοκίες για πολύ αδύνατο σώμα και συχνά αναπόφευκτα οδηγεί σε αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης. Από άποψη φύλου, δεν φάνηκαν στατιστικές διαφορές στις εκφάνσεις της ΟΝ , ενώ ο ΔΜΣ ήταν σημαντικός παράγοντας για τους άνδρες, όχι τις γυναίκες. Αντίστροφα οι γυναίκες φάνηκαν να είναι πιο χαρούμενες όταν ακολουθούσαν υγιεινή διατροφή, ενώ οι άντρες είχαν πιο υγιεινές συνήθειες. Αναφορικά με τη συσχέτιση ΔΜΣ και του ανδρικού φύλου, ενδέχεται η ροπή προς την υγιεινή διατροφή να σχετίζεται με το αυξημένο βάρος και τη μυική υπερτροφία.

Την ίδια χρονιά δημοσιεύτηκε μια άλλη μελέτη των Brytek -Matera et al .2017 αναφορικά με τη σχέση της Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΔΨ) με τις διαταραγμένες συμπεριφορές στη διατροφή και την εικόνα σώματος (body uneasiness) .Χρησιμοποιήθηκαν τα τεστ, ORTHO-15, EAT-26, MOCQ και το Body Uneasiness Test (BUT). Και ενώ αναφέρθηκαν οι διεθνείς οδηγίες του Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας (WHO) σχετικά με την υγιεινή διατροφή, παρουσιάστηκε από προηγούμενες έρευνες η επικάλυψη στις συμπεριφορές των ασθενών με ΙΔΨ και των ασθενών ΟΝ ή όσων έφεραν άτυπα κάποια ΔΠΤ (Barthels et al 2015, Koven et al 2015, Arusoglu et

al 2008, Kinzli et al 2006, Donini et al 2005). Μέσα από τον έλεγχο της τροφής (Segura et al 2015) οι ασθενείς προσπαθούσαν να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση τους η οποία ήταν απότοκος της κακής εικόνας σώματος που είχαν (Brytek- Matera 2016). Η έρευνα αυτή έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο σκορ του ORTHO-15 και του EAT-26 ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες. Επίσης βρέθηκαν αποτελέσματα όπου οι γυναίκες ανησυχούσαν πολύ περισσότερο για το σώμα συνολικά ή για μέρη αυτού με βάση τις απαντήσεις τους στο BUT ερωτηματολόγιο σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον σημειώθηκε στις γυναίκες θετικά ήπια συσχέτιση μεταξύ της ON και των ψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών, ενώ στους άνδρες παρουσιάστηκε ήπια θετική συσχέτιση του ORTHO-15 με διαταραγμένες συμπεριφορές στη διατροφή . Συνολικά όμως δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση στατιστικά σημαντική λόγω φύλου, στις ΔΠΤ και την ON. Αυτός θα μπορούσε να είναι ένας σημαντικός λόγος ώστε να σχεδιαστούν προγράμματα για τις ΔΠΤ και την ON ανεξάρτητα φύλου ενώ δεν πρέπει να θεωρείται η εμφάνιση ΔΠΤ αναποφευκτική όταν ο άνθρωπος δεν είναι ικανοποιημένος από το σώμα του (Griffiths et al 2016). Μέσα στα ευρήματα πάντως αναδείχθηκε και το γεγονός ότι στη ON, παρότι έχει ιδιοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, αυτές συνήθως βιώνονται πιο θετικά σε σύγκριση με τις ΙΔΨ, γιατί είναι εγωσυντονικές (Koven- Albry 2015, Volpe et al 2015).

Το 2017 ο Dell' Osso και οι συνεργάτες του, εξέτασαν την επικράτηση της ON σε φοιτητικό πληθυσμό στην Ιταλία, χρησιμοποιώντας το ORTHO-15 με cut- off το 35. Τα αποτελέσματα έδειξαν , ότι η υποκλίμακα δίαιτα και το συνολικό σκορ μπορούν να προβλέψουν την ON , βρίσκοντας περίπου το ένα τρίτο να έχει συμπτωματολογία ON. Τα μεγαλύτερα σκορ τα πέτυχαν γυναίκες (Ramacciotti et al 2011, Bogsi et al 2007, Arusoglou et al 2008, Segura- Garcia 2012), ενώ εμφάνιζαν και συνολικά χαμηλότερο ΔΜΣ. Το προβάδισμα των γυναικών στην Ορθορεξία ερχόταν σε αντιδιαστολή με τα ευρήματα του Fidan et al 2010, Donini et al 2004 που βρήκαν ότι βάλονται περισσότερο άντρες. Τέλος πολλοί άλλοι έδειξαν να μην υπάρχει συσχέτιση

με το φύλο (Varga et al 2014, Brytek- Matera 2015, Segura Garcia et al 2015 , Aksoydan 2009).

Σε πρόσφατη μελέτη οι Kalra et al. 2020 επεσήμαναν το κίνδυνο εμφάνισης της ON, ως συνέπεια της καλοπροαίρετης συμβουλής των γιατρών προς τους ασθενείς, ώστε να αντιμετωπίσουν την παχυσαρκία. Οι πρωταρχικές οδηγίες για την θεραπεία της παχυσαρκίας περιλαμβάνουν την υγιεινότερη επιλογή τροφών, την αποφυγή επιζήμιων φαγητών και την ενασχόληση με την άσκηση. Ιδιαίτερα οι ασθενείς με διαβήτη , στη περίπτωση που δεν έχουν ακόμα ανάγκη την φαρμακευτική αρωγή θα κληθούν να αλλάξουν άρδην τις συνήθειες τους. Αυτό εκ πρώτης μοιάζει σωτήριο, όμως μερικές φορές οι ασθενείς θα υπερβάλουν και θα αποκτήσουν τελικά δυσλειτουργική σχέση και με την τροφή και την άσκηση.

Αυτό συχνά μπορεί να οδηγήσει στον υποσιτισμό, σε έλλειψη μάκρο και μικροθρεπτικών συστατικών (Roncero et al 2017, Eillis – Skonieczna 2018) και σε πιο ακραίες περιπτώσεις σε αμηνόρροια , ηλεκτρολυτικές διαταραχές , ανορεξία υποθαλαμική δυσλειτουργία. Επομένως όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στις διατυπώσεις τους .

Ενδιαφέρουσα ήταν και η μελέτη της Rebecca Reynolds(2018) που αναζήτησε το ποσοστό της ON σε Αυστραλούς φοιτητές δίνοντας έμφαση στη σημασία των cut-off στο ORTHO-15. Όπως έχει φανεί και στις έρευνες των Dunn & Bratman 2016, Costa et al. 2017 χρειάζεται να γίνει διαχωρισμός μεταξύ της υγιεινής διατροφής και της ON και έπρεπε να ληφθούν υπόψη οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια EAT26 (Trammeling et al 2017) ώστε να μην υπερεκτιμηθούν τα αποτελέσματα του Ortho-15. Ανάλογα τα cut -off βρέθηκαν ποσοστά ON 66% με όριο το 40 (Donini et al 2015) ενώ με cut off 35 21% (Ramacciotti et al 2011). Αντίστοιχες διαφορές είχαν βρεθεί σε άλλες μελέτες (Dunn et al 2017, Turner& Lefevre (2017). Επιπλέον φάνηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του score ORTHO-15 ανάλογα με το πόσο αρνητικά βίωναν την επαγγελματική τους ζωή και την κοινωνική. Τέλος όταν συνέκρινε τα αποτελέσματα του ORTHO-15 με την εικόνα σώματος , βρήκε αρνητική συσχέτιση μιας και όποιος πιθανότατα μοιάζει να emπίπτει ON είναι πιθανότερο να

έχει κακή εικόνα σώματος (Barnes & Calabiano 2016, Brytek – Matera 2017). Πολλές έρευνες πάντως δεν κατέληξαν σε αυτή τη συσχέτιση που εκ πρώτης μοιάζει λογική.

Ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία εκτίμησης της ON είναι το ORTHO -15 όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Το μέχρι τώρα κατώφλι (cut off) ήταν το 40 όταν βαθμονομούνται οι απαντήσεις του . Οι Haddad et al. (2019) και πολύ πρόσφατα οι Gonidakis et al. (2021) όμως επισήμαναν στις μελέτες τους ότι μπορεί μια διαφορά στην κουλτούρα των ερωτώμενων να δημιουργήσει λανθασμένες εντυπώσεις. Ειδικά στη διατροφική συμπεριφορά των Ελλήνων, αναγνωρίζεται η καθημερινή πρακτική της συγκέντρωσης της οικογένειας στο τραπέζι, με αποτέλεσμα η ερώτηση 15 να εγείρει ερωτήματα για την διαύγεια των αποτελεσμάτων της.

Επαναλήφθηκε δηλαδή το εύρημα ότι η κουλτούρα μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συμπεριφορές των ανθρώπων, ώστε κάποιες ενδείξεις να μπορούν να επεξηγηθούν από γεωγραφικές/ γλωσσικές (μεταφραστικές) παραμέτρους. Στην έρευνα των Gonidakis et al 2021, φάνηκε πάντως ότι όσο πιο χαμηλά σκοράρει κάποιος στο ORTHO-15, τόσο πιο συχνά κάνει δίαιτα , δεν είναι ευχαριστημένος με το σώμα του και είχε διαγνωστεί με ΔΠΤ. Τέλος δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του ΔΜΣ με την ON. Στην ίδια μελέτη προτάθηκε να αλλάξει το κατώφλι και να γίνει το 30 αντί το 40 το σημείο αναφοράς, κάτω από το οποίο αναδεικνύονται συμπεριφορές ON. Να σημειωθεί ότι το τελευταίο χρόνο οι Rogoza & Donini (2020) και οι Oberle et al.(2020) παρουσίασαν 2 νέα τεστ το ORTO-R και το ONI με τα οποία θα μπορούμε από εδώ και πέρα να εκτιμούμε την ορθορεξική συμπτωματολογία.

Το 2021 δημοσιεύθηκε η μελέτη των Douma et al. όπου έγινε λόγος για την αυξητική τάση στην εμφάνιση της ON. Δεν ήταν έκπληξη η παρατήρηση ότι στη google, έχει τριπλασιαστεί η αναζήτηση «πως να τρώω υγιεινά» (google 2018) τα τελευταία 16 χρόνια. Στις αφορμές- αιτίες συμπεριλαμβάνονται και οι ψευδο- επαγγελματίες που συστήνουν ακραίες μεθόδους υγιεινής ζωής. Επίσης φαίνεται ότι οι πιο πιθανές παράμετροι είναι το φύλο γυναίκα, η υψηλού επιπέδου μόρφωση και κάποια γεγονότα ζωής όπως ο χωρισμός και η συνοδή κατάθλιψη (McComb 2019, Bratman 2017). Με αναφορά στους Gleaves et al 2013, επιβεβαιώθηκαν τα κύρια χαρακτηριστικά του

φαινομένου , όπως η υπερβολική επένδυση σε χρόνο και χρήματα για την επιλογή των τροφών, οι συγκεκριμένες δίαιτες και η συσχέτιση της αυταξίας με την ικανότητα να μένουν πιστοί σε ένα διαιτολόγιο.

2.2.1 Ορθορεξία [ON] - Ανορεξία [AN]- ΔΠΤ (ομοιότητες/ διαφορές)

Η ON και η AN μοιάζουν να έχουν επικαλυπτόμενη συμπτωματολογία αλλά τελικά αυτό που τις διαχωρίζει αισθητά είναι ο φόβος να ασθενήσει κανείς από τη λάθος διατροφή. Μια αντιπροσωπευτική πεποίθηση στη ON είναι ότι δεν πρέπει να τρώμε ζάχαρη και λευκά άλευρα γιατί κινδυνεύουμε από πολλούς τύπους καρκίνου.

Ενώ στην ON υπάρχει πολύ μεγάλη υπερηφάνεια για την επιλογή και κατανάλωση των «εξαιρετικής» προέλευσης τροφών, στην AN δεν μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε τι τρώει ο ασθενής γιατί συνήθως τρώει στα κρυφά. Η αφετηρία και των δυο μπορεί να είναι η ρύθμιση του βάρους, στη μεν όμως ON υπάρχει η πρόθεση να αποκατασταθεί η υγεία ενώ στην AN για να απομακρυνθούν από το κίνδυνο της παχυσαρκίας.

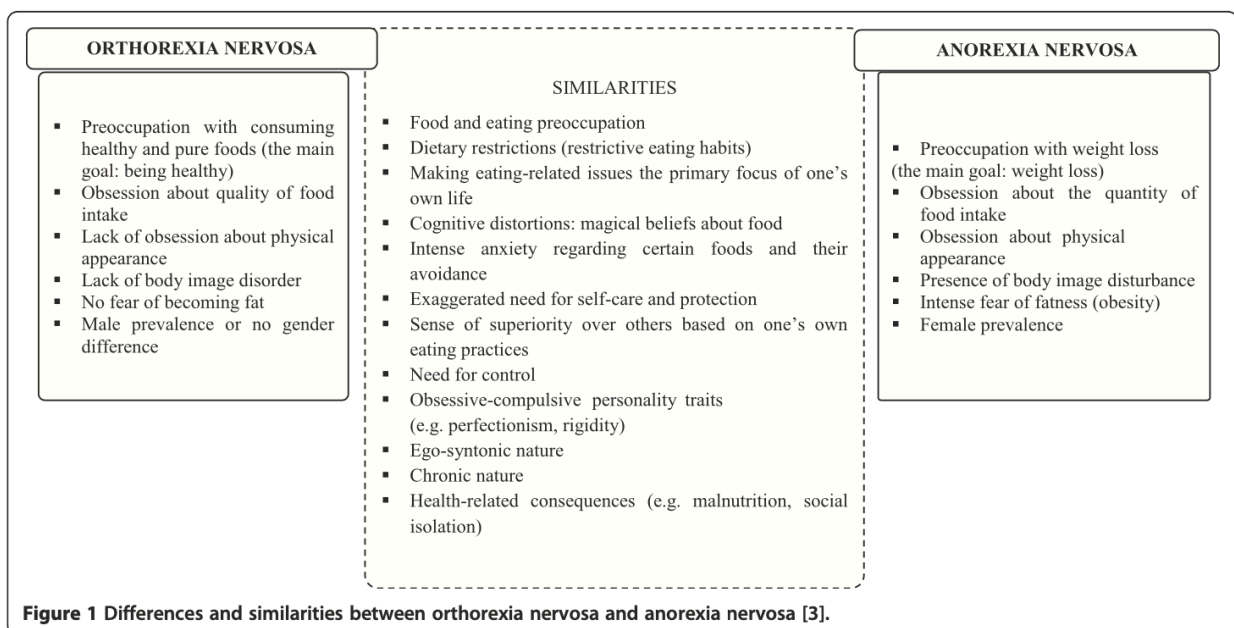
Σε μια μελέτη Νευροψυχολογίας των Koven & Senbonmatsu (2013), παρατήρησαν ότι υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ ON, AN και της ΙΔΨ. Οι απαντήσεις των ασθενών με ON έδειξαν ότι είχαν δυσκολίες στη γνωσιακή ευελιξία , έτσι σχετίστηκε αρνητικά με την λειτουργικότητα (executive functioning) όπως μετρήθηκε με το BRIEF-A.

Για να γίνει ευδιάκριτη η συσχέτιση δόθηκε το παράδειγμα από την καθημερινότητα, όπου οι ON συμπεριφορές είναι συνεπείς με την αδυναμία να αλλάξουν τα διάφορα μοτίβα/ κανόνες σχετικά με την επιλογή των τροφών, παρασκευή και κατανάλωση τους. Όλοι αυτοί οι κανόνες όσο αυξάνονται απαιτούν όλο και περισσότερο χρόνο και αφοσίωση από τον πάσχοντα , μετατρέποντας την ζωή τους σε βασανιστήριο , όπως ακριβώς ζουν δηλαδή και όσοι πάσχουν από ΙΔΨ (Gu et al. , 2008).

Με βάση τη παραπάνω συσχέτιση, θα μπορούσαν να παρατεθούν τα ευρήματα των Janeck et al. (2003) ότι αρνητικές σκέψεις μπορούν να οδώσουν τον αρνητικό κύκλο ανατροφοδότησης επιτείνοντας τα γνωσιακά μοντέλα των επαναλαμβανόμενων σκέψεων σε ασθενείς με ΙΔΨ.

Με παραπλήσιο επιστημονικό ενδιαφέρον οι Κωνσταντέλου και Reynolds (2010) παρατήρησαν ότι οι έχοντες προβληματική συμπεριφορά με το φαγητό εμφανίζουν σημαντικά υψηλές βαθμολογίες στον Αναστοχασμό (metacognition) και έχουν μεγάλη δυσκολία ανεκτικότητας (intolerance) στην αβεβαιότητα. Φαίνεται δηλαδή ότι πάνω σε αυτές τις δυσκολίες μπορούν να σχεδιαστούν εργαλεία θεραπείας ενημέρωσης των ΔΠΤ. Αντίστοιχα οι Brown et al. (2017) βρήκαν συσχέτιση των ΔΠΤ και της μη ανεκτικότητας στην αβεβαιότητα.

Σε μια μετανάλυση που έγινε ένα χρόνο αργότερο, οι Winkler et al. (2014) φάνηκε ότι οι έχοντες ΔΠΤ έχουν πολύ χαμηλότερη ποιότητα ζωής, εννοώντας τη ψυχική και την σωματική υγεία.



Εικόνα 2. Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ AN και ON. (Brytek- Matera et al 2015,p2)

2.2.2 Ορθορξία & Άσκηση

Η άσκηση και η διατροφή είναι δύο έννοιες συνυφασμένες στις δυτικές κοινωνίες και ειδικότερα σε όλους τους πληθυσμούς που ασχολούνται ερασιτεχνικά ή επαγγελματικά με τον αθλητισμό. Υπάρχουν αθλήματα αντοχής, ταχύτητας, δεξιότητας, συνεργασίας και άλλα στα οποία γίνεται κατηγοριοποίηση των αθλητών (ασκούμενων) με βάση το βάρος τους. Για να έχουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα στη συγκεκριμένη παραδοχή, μπορούμε να φέρουμε στη σκέψη μας τις αθλήτριες της ρυθμικής γυμναστικής, τους αθλητές της πυγμαχίας και τους αθλητές του σούμο. Όπως εύκολα αναγνωρίζουμε στη ρυθμική τα κορμιά είναι ισχνά για να εξυπηρετήσουν την αισθητική του αθλήματος αλλά και την ευελιξία της ρουτίνας, οι δε αθλητές του σούμο επιδιώκουν το μεγαλύτερο δυνατό βάρος που θα τους προσδώσει δύναμη. Κάπου στο ενδιάμεσο υπάρχει το άθλημα της πυγμαχίας, το οποίο κατηγοριοποιεί τους αθλητές ανάλογα το βάρος και εξαιτίας αυτού θα αντιμετωπίσουν αντίστοιχου βάρους αθλητές. Δεν παίζει ρόλο συνήθως ούτε η ηλικία ούτε τα χρόνια προπόνησης. Επίσης ανάλογα με την διάρκεια της δεξιότητας απαιτείται διαφορετική διατροφή και συγκεκριμένο βάρος για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του αγωνίσματος.

Οι συγκεκριμένες ενεργειακές ανάγκες απαιτούν ειδικό πρόγραμμα διατροφής, που ανάλογα το άθλημα μπορεί να είναι αρκετά ευέλικτο και ευεργετικό αλλά και αντίστοιχα πολύ αυστηρό/ άκαμπτο όπου για κάποιους αθλητές θα είναι ψυχικά και σωματικά επιζήμιο.

Ήδη από το 1993 οι Yeager et al. αναφέρονται στο σύνδρομο της “τριάδα της αθλήτριας” (female athlete triad syndrome) στο οποίο συμπεριλαμβάνεται η αμηνόρροια, η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και η οστεοπενία. Σε αυτά θα προστεθούν η εντατική σωματική άσκηση, η τελειομανία, η ανταγωνιστικότητα και η αγωνία για επιδόσεις και για το σχήμα τους σώματος. Φαίνεται δηλαδή ότι και τα στοιχεία της προσωπικότητας των αθλητών θα επηρεάσουν την ακολουθία και την ακαμψία της διατροφικής συμπεριφοράς με σκοπό να πετύχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Όπως έδειξε και η μελέτη των Gonidakis et al 2008, οι αθλητές άνδρες σε σχέση με τους μη αθλητές άνδρες διέφεραν στη διάσταση του στοματικού ελέγχου στο EAT - 26, ενώ οι γυναίκες (αθλήτριες- μη αθλήτριες) που φάνηκε να έχουν διαταραγμένη συμπεριφορά στο φαγητό, διάλεξαν ισχυρότερες γυναικείες φιγούρες ως ιδανικές. Επιπλέον οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στη κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και σχετιζόμενο με την εμφάνιση κοινωνικό άγχος. Δόθηκε τέλος έμφαση στη παρατήρηση ότι (κατηγορία σε επόμενες γενικεύσεις) νεαρές γυναίκες που εμφανίζουν έντονο άγχος για την εικόνα σώματος και ασχολούνται με τον αθλητισμό, μπορεί να έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από ΔΠΤ. Άλλωστε η διαταραγμένη στάση απέναντι στο φαγητό, σχετιζόμενη με το αυξημένο κοινωνικό άγχος για την εικόνα σώματος έχει μελετηθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Thompson - Chad 2002, Haase - Prapavessis 2001, Diehl et al. 1998).

Οι Κωσταρέλη και Στάμου έκαναν μια εξίσου ενδιαφέρουσα μελέτη για την εικόνα σώματος και τις διαταραγμένες συμπεριφορές στη διατροφή σε αθλητές πολεμικών τεχνών. Στο τζούντο και το TKD (taekwondo) υπάρχουν κατηγορίες βάρους. Έχει φανεί ότι οι αθλητές πολεμικών τεχνών μπορεί να επιδιώκουν να παίξουν σε κατηγορίες μείον 5-10% του βάρους τους (Filaire et al 2001) βάζοντας σε κίνδυνο της αθλητική τους απόδοση και την επαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (Fleming-Costarelli 2009, Umeda et al 2004a,2004b, Fleming- Costarelli 2007). Σε αντίστοιχη μελέτη με κωπηλάτες βρέθηκαν υψηλές τιμές σε διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές στο EAT-26 σχετιζόμενες με καταθλιπτική διάθεση (Terry et al 1999). Η αυτοεκτίμηση επίσης φάνηκε να είναι καθοριστικός παράγοντας για τη κακή εικόνα σώματος και τη διατροφική συμπεριφορά (Fairburn 2003, Rouveix et al 2007). Στα αποτελέσματα αυτής της μελέτης φάνηκε ότι οι αθλητές διαχειρίζονται καλύτερα το άγχος σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται. Το εντυπωσιακό ήταν ότι το 67% όλων των συμμετοχόντων, προσπαθούσαν να μειώσουν το βάρος τους, παρότι κανείς τους δεν ήταν παχύσαρκος και στο total EAT δεν είχαν στατιστική διαφορά δε παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Παρόλα αυτά οι αθλητές φάνηκε να έχουν καλύτερη εικόνα σώματος σε σχέση με τους μη αθλητές .Στην

ανάλυση παλινδρόμησης φάνηκε ότι η διαταραγμένη συμπεριφορά σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα άγχους και την αυτό-κατηγοριοποίηση του βάρους . Επιπλέον βρέθηκε το άγχος και η κατάθλιψη να επηρεάζουν και την αθλητική απόδοση, ενώ αντίστροφα η συγκέντρωση, ο έλεγχος του άγχους και η στοχοθέτηση χαρακτηρίζουν τους αθλητές , ιδιαίτερα τους άνδρες νικητές (Devonport 2006, Stevens et al 2006, Wong et al 2006, Charman et al 1997) και είναι κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά/ ποιότητες που διαχωρίζουν τους αθλητές από τους μη αθλητές. Το 35% των αθλητών χρειάστηκε να χάσει βάρος για να παίξει σε αγώνες συγκεκριμένης κατηγορίας. Όμως δεν βρέθηκαν διαφορές στη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (μέσω του EAT-26) μεταξύ αθλητών και μη αθλητών. Αντιστρόφως οι Rouveix et al 2007 είχαν εντοπίσει περισσότερα δεδομένα για την εμφάνιση ΔΠΤ σε αθλητές πολεμικών αγωνισμάτων. Ενώ η κακή εικόνα σώματος συνεχίζει να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα στις ΔΠΤ (Abraham 2003, Stice 2002) φάνηκε στη παρούσα μελέτη από το MBSRQ , ότι οι αθλητές έχουν καλύτερη εικόνα σώματος κάτι που ενισχύεται από τα αθλήματα συνολικά (Hausenblas et al 2008).

Σε μια άλλη μελέτη για την ΟΝ και την άσκηση ως εξαρτητική συμπεριφορά των Oberle et al (2017) φάνηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση, ειδικά για τα άτομα που ασχολούνται με το αερόμπικ και την προπόνηση με αντιστάσεις. Οι Παπαρηγόπουλος -Δάλλας 2018 αναφέρθηκαν επίσης σε μη χημικούς εθισμούς υπονοώντας και τη τροφή. Με βάση τις αρχές του Healthism, ο κάθε άνθρωπος οφείλει και είναι υπεύθυνος για την προστασία της υγείας του (Crawford R 2006, Delaney 2014, LEE-MacDonald 2010, Wright et al 2006). Κάποιες φορές όμως η ροπή προς την υγιεινή ζωή μπορεί να οδηγήσει σε ακραίες συμπεριφορές και τότε μιλάμε για άσκησή εξαρτητική (Berzik et al 2012, Landolfi 2013, MacFarlane et al 2016) και ΟΝ (Bratman – Knight 2000, Dunn Bratman 2016). Τα συμπεράσματα από την μελέτη έδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών του EHQ ερωτηματολογίου και του εσωτερικού κινήτρου για άσκηση. Με βάση τα επίπεδα άσκησης αυξημένη ορθορεκτική συμπτωματολογία εμφανίστηκε όσο μεγάλωνε η ενασχόληση με την άσκηση. (Haman et al 2017, Malmberg et al 2017, Rudolph 2017, Errikson et al 2008,

Varga et al 2014, Segura- Garcia et al 2012). Επιπλέον οι πάσχοντες από ΟΝ είναι πιο τελειομανείς (Hayes et al 2017, Oberle et al 2017).

Σε μια αντίστοιχη μελέτη από τους Rocks et al 2017, για την ψυχαναγκαστική εξαρτητική άσκηση και την ΟΝ, σε φοιτητές της Διαιτολογίας βρέθηκε ότι το 23% έκανε άσκησή σε επικινδυνά επίπεδα, ώστε να τείνει η άσκηση να γίνεται εξαρτητική (20% των γυναικών και το 35% των ανδρών) χωρίς στατιστική διαφορά μεταξύ των φύλων. Οι άντρες φαίνεται να έκαναν περισσότεροι άσκηση. Και ενώ η τακτική συντηρητική άσκηση θεωρείται το κλειδί της μακροζωίας και της υγιεινής ζωής (Warburton et al 2006, Reiner et al. 2013), όταν γίνεται υποχρεωτική και ψυχαναγκαστική παύει να ωφελεί το μυαλό και το σώμα (Terry et al 2004, Landolfi et al 2013, Egorov et al 2013, Griffiths et al 2005, Grandi et al 2011,). Βέβαια η αφετηρία για άσκηση ξεκινά με υγιή διάθεση για προσωπική ικανοποίηση , χωρίς να αποσκοπεί στην αλλαγή της εμφάνισης , αλλά στη πορεία αλλάζει η ένταση και η συχνότητα και συνδυάζεται με ακραίες ορθορεκτικές συμπεριφορές (Veale 1987, Bratland-Sanda et al 2010, Shroff 2006).

Η Carolina Almeida και οι συνεργάτες της το 2018 μελέτησαν τον πληθυσμό ενός γυμναστηρίου αναφορικά με τη συμπτωματολογία της ΟΝ. Όπως έχει φανεί και από προηγούμενες έρευνες η εμμονή στην πολύ υγιεινή διατροφή μπορεί να οδηγήσει και στην υπερβολική άσκηση αλλά μπορεί να προκύψει και αντίστροφα. Έτσι έδωσαν σε 193 ασκούμενους το ερωτηματολόγιο ORTHO-15 σταθμισμένο στα πορτογαλικά και βρήκαν ότι το 51,8% του δείγματος είχε στοιχεία ΟΝ. Επίσης βρέθηκαν συσχετίσεις της τακτικής άσκησης και της εξωτερικής εμφάνισης με την ΟΝ χωρίς να φανούν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο και την ακαδημαϊκή εκπαίδευση. Εδώ λοιπόν έγινε μια καινούργια συσχέτιση ανάμεσα στην ΟΝ με το αισθητικό αποτέλεσμα της άσκησης και τον υγιεινό τρόπο ζωής χωρίς προεκτάσεις στην υγεία . Ο μέσος όρος ηλικίας είναι 32.8 έτη, και το 44% σπούδαζε σε σχολές με γνωστικό αντικείμενο την υγεία και την άσκηση. Στα αποτελέσματα φάνηκαν τα εξής:

1. Δεν συσχετίστηκε η κατανάλωση συμπληρωμάτων με την Ορθορεξία.

2. Αντίστροφα , η τακτική άσκηση και η ΟΝ σχετίζονταν με στατιστική σημαντικότητα. Όσοι παρουσίαζαν στοιχεία ΟΝ σχετίζονταν θετικά με ειδικό πρόγραμμα διατροφής, κατανάλωση ειδικών τροφών και δαπάνη χρημάτων για την αγορά ειδικών τροφών, αγνοώντας άλλες κοινωνικές δράσεις και δεξιότητες. , δίνοντας όμως έμφαση στο παρουσιαστικό τους. Σε αυτή την έρευνα τέθηκε και το ζήτημα για το όριο 40, του οποίου η χρήση (αντί του ορίου 30) έδωσε αποτελέσματα της τάξης του 89,1% για την ΟΝ . Όμως όπως φάνηκε και σε προηγούμενες έρευνες με αυτό το όριο μπορεί να υπάρξουν πολλά παραπάνω ψευδώς θετικά αποτελέσματα (Donini et al 2005, Varga et al 2014, Aksoydan 2009, Fidan 2009, Gonidakis et al 2021) οπότε χρησιμοποιήθηκε το 35 ως κατώφλι. Υπήρχε έντονο το ενδιαφέρον για την εμφάνιση αλλά όπως έδειξαν και οι Brytek- Matera 2017 δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών . Όμως οι γυναίκες εμφανίζουν λιγότερη δυσφορία για το σώμα τους και λιγότερους ψυχαναγκασμούς , ενώ οι άντρες εμφάνισαν λιγότερο παθολογικά διατροφικά μοτίβα. Εδώ επιβεβαιώνεται και η μελέτη του Malmborg et al 2016 ότι οι φοιτητές γυμναστικής ακαδημίας έχουν πιο πολλές πιθανότητες για ΟΝ από ότι οι φοιτητές της Διοίκησης Επιχειρήσεων. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία δεν περιλαμβάνει/εξετάζει την εμφάνιση ή το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών (Morozze et al 2014,Setnick 2013, Barthels 2017) ίσως γιατί δεν μπορεί να εκτιμηθεί από τις παραμέτρους του ORTHO -15. Επίσης τα δεδομένα μας δεν μπορούν να βρουν την ακριβή σχέση μεταξύ συχνότητας της άσκησης και της ΟΝ αλλά ο Oberle et al 2018 σημειώνει ότι η κινητοποίηση είναι εσωτερική και ότι αυτό τακτικά οδηγεί σε πολύ αυστηρό πρόγραμμα άσκησης που φτάνει να χαρακτηρίζεται εξαρτητικό (Rudolf 2017). Τέλος παρουσιάζεται σε αυτή τη μελέτη η ανησυχία των ασκούμενων για την εικόνα σώματος (όσοι βρέθηκαν να έχουν συμπτώματα ΟΝ) και αυτό σαν αποτέλεσμα ταιριάζει με τα ευρήματα των Barnes- Caltabiano (2016). Αυτό συνολικά ταιριάζει με το συμπέρασμα ότι κάποιος θα εμφανίσει συμπεριφορές ΟΝ , όχι μόνο για λόγους υγείας αλλά και για να πετύχει καλύτερη εικόνα σώματος.

Οι Bona και οι συνεργάτες του το 2018, αναζήτησαν συσχετίσεις ΟΝ σε Ούγγρους ασκούμενους γυμναστηρίων. Όπως γνωρίζουμε η άσκηση μπορεί να διεξαχθεί σε

αθλητικούς χώρους οργανωμένων αθλημάτων αλλά και σε γυμναστήρια. Στα τελευταία μιλάμε συχνότερα για ασκούμενους/ αθλούμενους αλλά όχι αθλητές. Σε έρευνες που έκαναν οι Rudolf 2017 και οι Oberle et al 2018, βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της συμπτωματολογίας της ON και της εξαρτητικής άσκησης σε φοιτητές και σε ασκούμενους fitness. Στη παρούσα μελέτη, από τους 207 εξεταζόμενους, το 41% έκανε λειτουργική προπόνηση, το 36% μυϊκή ανάπτυξη και οι υπόλοιποι αερόμπικ και γιόγκα. Το 57,4% έκανε 5 περίπου φορές γυμναστική την εβδομάδα και το 27,5% έπαιρνε καθημερινά συμπληρώματα. Εδώ αναγνωρίστηκαν ως επιβαρυντικοί παράγοντες η επιθυμία για αδύνατο σώμα, η ενασχόληση με την γιόγκα και η τουλάχιστον διπλή προπόνηση των ασκούμενων την ίδια ημέρα. Όσοι είχαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (ή ιστορικό Barnes 2006) είχαν μεγαλύτερη ροπή ή προς την ON, ενώ επιβεβαιώθηκαν και παλιότερα ευρήματα συσχέτισης της αυτοεκτίμησης με την ON (Michalska 2016). Επιβεβαιώθηκε και σε αυτή τη μελέτη ένα εύρημα του Bratman(1997) για έλλειψη εμπιστοσύνης στα βιομηχανοποιημένα προϊόντα. Ιδιαίτερη πάντως έμφαση δόθηκε σε αυτούς που κάνουν γιόγκα, γιατί φάνηκαν πιο επιρρεπείς στη συμπτωματολογία της ON (Bratman 1997, Aarnio 2004, Ross 2103, Barnet 2016) και στη καθαρή διατροφή (clean eating) που συνδέονται με τις τυπολατρίες της γιόγκα. Τέλος παρουσιάστηκε συσχέτιση της ON με την έντονη άσκηση (Bo et al 2014, Haman et al 2017) την χρήση του Instagram (Turner 2017, Crawford 1980, Cinquegrani 2018) και ίσως με τις νεότερες ηλικίες (Almeida 2018) κάτι όμως που δεν συμφωνούν οι Donini et al 2008 και οι Arusoglou et al 2008.

2.3 Εικόνα σώματος – Διαταραχή Μυϊκής δυσμορφίας – Σύνδρομο του Άδωνη

Η εικόνα σώματος είναι η νοητική απεικόνιση του σώματος μας και προκύπτει από την αντίληψη, τις πεποιθήσεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα που αφορούν την εμφάνιση μας. Δεν είναι μια άποψη σταθερή, αλλάζει ανάλογα με τη ψυχική μας κατάσταση, την διάθεση και το περιβάλλον στο οποίο ζούμε. Η νοητική εικόνα που δημιουργούμε σταδιακά από την έναρξη της ζωής μας, θα επηρεαστεί από την οικογένεια, τα κοινωνικά πρότυπα, το άμεσο περιβάλλον μας καθώς και τις αντιλήψεις

μας . Το ιδανικό σώμα προκύπτει ανά τις δεκαετίες με βάση τα πρότυπα ομορφιάς και καθορίζει ακόμα και το στάτους των ανθρώπων. Την εποχή της αναγέννησης δεν θα παρουσίαζε κανένα ενδιαφέρον ένα ισχνό σώμα, αντίθετα μάλιστα ο Μικελαντζελο αποτύπωνε στα έργα του φιγούρες τροφαντών ανθρώπων, οι οποίες φιγούρες ήσαν όχι μόνο αισθητικά αποδεχτές αλλά και αντιστοιχούσαν σε άτομα κοινωνικά ξεχωριστά. Αντίστροφα στις μέρες μας ένα τροφαντό αγύμναστο σώμα όχι μόνο δεν εμφανίζεται ως ελκυστικό αλλά υποδηλώνει στοιχεία ράθυμης προσωπικότητας σε παραίτηση από τη ζωή. Τα ισχνά γυναικεία σώματα κατακλύζουν τα μέσα επικοινωνίας και δικτύωσης και στοχοποιούνται ως οι ιδανικές φιγούρες. Αντίστοιχα για τους άντρες , τα πολύ γυμνασμένα σώματα, υποδηλώνουν καλοζωία και πειθαρχία , με ιδιαίτερη έμφαση στη μεγάλη μυϊκή ανάπτυξη (μυϊκή υπερτροφία). Ο Goffman από το 1959 αναφέρει ότι ένα σημαντικό ζήτημα για την αξία που προσδίδει ο άνθρωπος στον εαυτό του είναι η διαχείριση των εντυπώσεων. Με σκοπό να απολάβει θετικά σχόλια χρησιμοποιεί στρατηγικές και μέσα ώστε να γοητεύσει τον απέναντι του. Από την ανατροφοδότηση που λαμβάνουν και ανάλογα πόσο κοντά νιώθουν στο επιθυμητό πρότυπο σώματος, το μετασχηματίζουν σε ικανοποίηση από την εικόνα σώματος.

Η σύνδεση αρχικά του κοινωνικού άγχους για τη σωματική διάπλαση με τις στρεβλές αντιλήψεις για την εικόνα του σώματος και επιπλέον η σχέση τους με την ΟΝ έχει μελετηθεί αρκετά αλλά τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά.

Οι Bratman και Knight (2000) και οι Barnes & Caltabiano, (2017) έδειξαν ότι η ορθορεκτική συμπεριφορά δεν σχετίζεται με τη διάθεση ατόμου για απώλεια βάρους εξαιτίας της αρνητικής αξιολόγησης της σωματικής του διάπλασης. Άλλοι αντίθετα όπως οι Hayes et al. (2017) βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ της ΟΝ και του άγχους για την εξωτερική εμφάνιση σε φοιτητές των ΗΠΑ ενώ οι Barnes και Caltabiano (2017) χαμηλότερη ικανοποίηση από το σώμα σε φοιτητές στην Αυστραλία που έφεραν ορθορεκτικές τάσεις. Αντίστοιχα στην Ισπανία, όταν οι Parra-Fernandez et al (2018) μελέτησαν φοιτητές, έφτασαν σε αντίστοιχα συμπεράσματα. όπως επίσης οι Almeida et al (2018) σε μέλη γυμναστήριου στην Πορτογαλία όπως και οι Barthels et al (2020) σε νεαρές γυναίκες.

Όπως αναφέρουν και οι Klimeck et al. (2017) οι άντρες οποίοι εσωτερικεύουν την μυϊκή διάπλαση ως ιδανική εικόνα στόχο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή μυϊκής δυσμορφίας. Επιπλέον, όσο περισσότερο εσωτερικεύουν και ν την συνδυάζουν την ανδροπρέπεια σε συνδυασμό με το αδύνατο σώμα, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά.

Η Διαταραχή Μυϊκής Δυσμορφίας είναι μια μορφή εμμονής καταναγκαστικής σωματικής διαταραχής. Χαρακτηρίζεται από παθολογική ανησυχία και επιδίωξη ενός μυώδους και αδύνατου ταυτόχρονα σώματος. Επιτυγχάνεται με πολύωρες αθλητικές δράσεις, παρακάμπτοντας άλλες πρακτικές της καθημερινότητας, με πολύ αυστηρή διατροφή και την λήψη ακριβών και πολλών συμπληρωμάτων. Το επικίνδυνο σε αυτό το φαινόμενο είναι ότι οι ασθενείς άνδρες δεν αντιλαμβάνονται αυτή την ενασχόληση ως προβληματική- ιδιαίτερα αν έχει ξεκινήσει ύστερα από επιθυμία να καταπολεμήσουν την απραξία και την παχυσαρκία . Μπαίνουν δηλαδή σε ένα δίπολο άσπρου- μαύρου και φτάνουν στο άλλο άκρο. Συνήθως πιο επιρρεπείς είναι οι αθλητές, που έτσι και αλλιώς βρίσκονται ήδη υπό την πίεση των επιδόσεων. Συνήθως αυτοί ακολουθούν πολύ δύσκολα σχήματα διατροφής και έχουν αυστηρά προδιαγεγραμμένη ρουτίνα ζωής. Παρεμπιπτόντως υποκύπτουν και πολλοί άλλοι άνδρες , που λόγω των ανδρικών προτύπων ομορφιάς στοχεύουν σε σωματοδομές που απαιτούν είτε γενετική προδιάθεση είτε τη λήψη ορμονών/ Φαρμάκων , επικίνδυνα για τη ζωή τους.

Οι James et al. 2005 κατέγραψαν κάποιες ενδείξεις διαταραχής μυϊκής δυσμορφίας. Ενώ ο Pope et al. (2000) ερωτήσεις που ανιχνεύουν τη συμπτωματολογία της μυϊκής δυσμορφίας.

Ενδείξεις Διαταραχής Μυϊκής Δυσμορφίας

Μανιακή αυτοπροβολή μπροστά στο καθρέφτη
Υπερβολικές ώρες στο γυμναστήριο
Αποκοπή από την κοινωνική ζωή – Έχουν περιορισμένο χρόνο
Περιορισμός φαγητού – Διαδικασία νηστείας
Αφυδάτωση του σώματος
Χρήση στεροειδών ορμονών
Προσωπικοί περιορισμοί (δεν μεταθέτουν το γυμναστήριο ή την άσκηση τους λόγω κάποιου γεγονότος)

Ερωτήσεις που ανιχνεύουν τη συμπτωματολογία της Διαταραχής Μυϊκής Δυσμορφίας

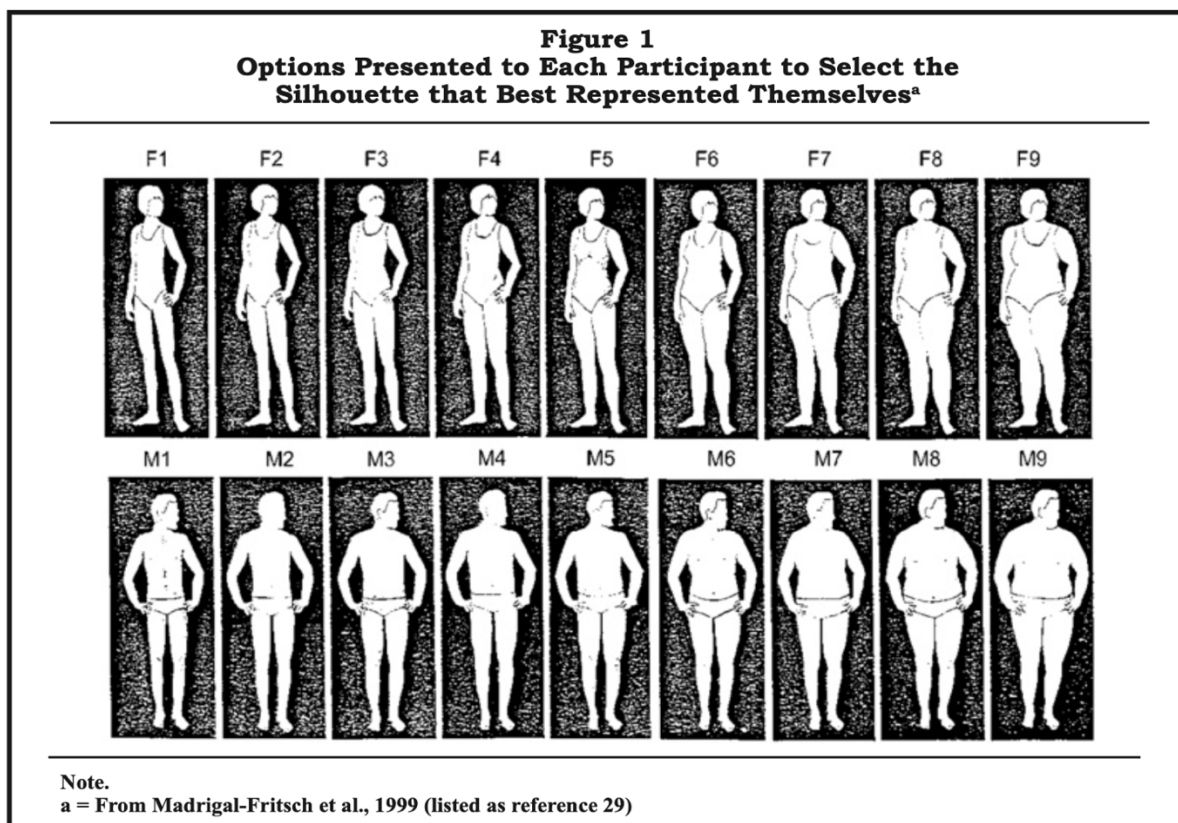
1. Πόσο συχνά επηρεάζονται οι κοινωνικές σου σχέσεις από την άσκηση και την διατροφικό σου πρόγραμμα;
2. Οι ανησυχίες για την εξωτερική σου εμφάνιση και προπονητική απόδοση επηρεάζουν τις ακαδημαϊκές σου επιδόσεις ή την εργασία σου;
3. Απουσιάζεις συχνά από κοινωνικές εκδηλώσεις ή την εργασία σου λόγω των ανησυχιών για την εμφάνιση σου;
4. Παίρνεις μέτρα αποφυγής προβολής του σώματος σου σε άλλους? Αποφεύγεις τις ώρες αιχμής για να μην τύχη να αλλάξεις ρούχα μετά το γυμναστήριο μπροστά σε άλλους? Επιλέγεις χαλαρά ρούχα και ευρύχωρα;
5. Οι ανησυχίες σου επηρεάζουν και την σεξουαλική σου ζωή;
6. Πόσο χρόνο αφιερώνεις στην περιποίηση του εαυτού σου καθημερινά ;
7. Πόσες ώρες δαπανάς στο γυμναστήριο με ασκήσεις αντίστασης (βάρη) αντί να βελτιώνεις την επίδοσή σου σε ένα άθλημα;
8. Πόσο συχνά η εμφάνιση σου σε γεμίζει με ανησυχίες , άγχος , πίεση , απογοήτευση;
9. Πόσο συχνά η διατροφή σου εμπεριέχει συγκεκριμένα φαγητά (με χαμηλό ποσοστό λίπους, υψηλό σε πρωτεΐνη, χαμηλό σε υδατάνθρακες) και πόσο συχνά παίρνεις συμπληρώματα διατροφής με σκοπό την αλλαγή της εξωτερικής σου εικόνας;
10. Έχεις πάρει ποτέ φάρμακα απαγορευμένα ή μη με σκοπό την αύξηση της μυϊκής σου μάζας;

Η Διαταραχή Μυϊκής Δυσμορφίας σαν φαινόμενο δεν προκαλεί μόνο δυσφορία για τον ασθενή , αλλά μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή του. Έχουν σημειωθεί πολλά επεισόδια επικίνδυνης αφυδάτωσης, ηλεκτρολυτικές διαταραχές , πονοκέφαλοι, κράμπες και σε εξαιρετικές περιπτώσεις θάνατοι. Η χρήση στεροειδών ορμονών επηρεάζει την ηπατική λειτουργία, ενώ η εξάντληση από τα μακροθρεπτικά συστατικά είναι σύνηθες φαινόμενο.

Στην έρευνα που έκαναν οι Gorassi et al. (2020) σε ένα φοιτητικό πληθυσμό με 918 συμμετέχοντες φάνηκε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της ΟΝ, της μυϊκής δυσμορφίας και των ΔΠΤ. , Ειδικότερα φάνηκε ότι το 29% εμφάνισε ενδείξεις ΟΝ ενώ το 5% έπασχε από μυϊκή δυσμορφία. Οι περισσότεροι εκ των τελευταίων ακολουθούσαν πρόγραμμα δίαιτας- διατροφής. Στη βιβλιογραφική μελέτη που είχε προηγηθεί είχε βρεθεί μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στην άσκηση και τη δίαιτα, , με την άσκηση πολλές φορές να γίνεται πολύωρη έντονη και καθημερινή. Σε έρευνα στην Ισπανία φάνηκε ότι σε ανθρώπους που ασχολούνται με τη yoga η ΟΝ υπάρχει στο 86% του πληθυσμού (Herranz Valera j et al. 2014). Στην ίδια έρευνα έγινε μια αναδρομή για την προέλευση του όρου Μυϊκή Δυσμορφία όταν σε μια έρευνα του Pope et al (1993) πρωτοαναφέρθηκε σε Αντίστροφη Ανορεξία. Η Διαταραχή μυϊκής δυσμορφίας εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε άνδρες και, εκτός του στόχου να πετύχουν ένα πολύ αδύνατο μυώδες σώμα, αυτοί οι άνδρες αποτυγχάνουν σε πολλές κοινωνικές δεξιότητες. Στην ίδια μελέτη είχε φανεί βιβλιογραφικά ότι η ενασχόληση των νεαρών φοιτητών με επαγγέλματα υγείας, διατροφής και άσκησης έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν στις συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την ΟΝ , (Bo et al. 2014, Malborg et al. 2017,Plichta et al 2019,Dittfeld et al 2019, Compteeetal.2015) . Οι Leone et al. 2005 και οι Bo et al 2014 βρήκαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των αθλητών και της εμφάνισης ΟΝ αλλά και των φοιτητών Γυμναστικής ακαδημίας με τη Μυϊκή Δυσμορφία. Όταν ανέλυσαν επιμέρους τα δεδομένα οι Gorassi et al. βρήκαν ότι οι φοιτητές με ΟΝ ήταν κατάτι μεγαλύτεροι σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν ΟΝ, οι περισσότερες ήταν γυναίκες και έκαναν δίαιτα, όντας σε κίνδυνο για να εμφανίσουν ΔΠΤ. Εδώ θα πρέπει να γίνει αναφορά στην ανάγκη να δημιουργηθούν cut off στα εργαλεία που αναγνωρίζουν την Μυϊκή δυσμορφία. Τέλος στην ίδια έρευνα επισημάνθηκε η διαπίστωση των Clifford et al. 2018 ότι η ιδιότητα του αθλητή και ταυτόχρονα φοιτητή σε σχολή Φυσικής Αγωγής δεν οδηγεί σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ορθορεκτικής συμπεριφοράς, αλλά εμφανίζεται μεγαλύτερος κίνδυνος για όλους τους φοιτητές που ασκούνται έντονα .

Σε άλλη έρευνα των Ramos et al. 2017 αναφέρθηκε η συσχέτιση της ικανοποίησης από την εικόνα σώματος με τα επίπεδα φυσικής κατάστασης και υγείας. Επίσης επισημάνθηκε η θετική σχέση μεταξύ αυτοπεποίθησης και άσκησης σε παιδιά, ενήλικες και ηλικιωμένους, (Paxton et al 1999, Stice E (2002), Hausenblas et al 2006, Garcia et al 2014, Schmit et al 2015 , Babic et al 2014, Lemoyne et al 2015, Hager et al 2011). Από αυτή τη μελέτη προέκυψε το συμπέρασμα ότι ο τύπος του σωματότυπου του κάθε ανθρώπου θα επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του , ενώ ο υψηλός ΔΜΣ σχετίζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση και τη Διαταραχή Μυϊκής δυσμορφίας (Goswami et al 2012).

Εικόνα με σιλουέτες σχετικές με το ΔΜΣ



Εικόνα 3. Τεχνική εξεύρεσης Ικανοποίησης από το σχήμα του σώματος (Ramos-Jimenez et al 2017, p600)

Στο παρελθόν έγινε μια μελέτη στην Αυστραλία από τους Yager & O'dea (2008) αναφορικά με την πρόληψη των ΔΠΤ και φάνηκε ότι το 70-94% των φοιτητριών είχαν εκφράσει την επιθυμία να χάσουν βάρος (Abraham et al 1983, Vows et al 2001) ενώ το 80-91 % έκαναν δίαιτα . Αποδείχθηκε ότι η ψυχοεκπαίδευση δεν ήταν αποτελεσματική στη πρόληψη των ΔΠΤ, ενώ το μόνο που θα ωφελούσε ήταν πρακτικές που αυξάνουν την αυτοεκτίμηση των φοιτητών και την ορθολογική αντίληψη για την εικόνα σώματος . Άλλωστε επισημάνθηκε ότι χαμηλή αυτοπεποίθηση είναι παράγοντας σωματικής δυσαρέσκειας και έκφρασης ΔΠΤ (Button et al. 1997, Croll et al 2002 Mann et al 2004).

Οι Brytek- Matera το 2015 εξέτασαν τη συσχέτιση της εικόνας σώματος με την ΟΝ σε δείγμα 327 φοιτητών. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της ΟΝ σε σχέση με το φύλο. Παρόλα αυτά στις γυναίκες με ΟΝ έδειξε ότι η ενασχόληση με την κατανάλωση υγιεινών τροφών είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εικόνα σώματος στις υποκλίμακες αγωνία για παραπάνω βάρος, εμφάνιση , προσανατολισμός στο fitness και την υγεία , αξιολόγηση της εικόνας. Αντίθετα στους άνδρες δεν σχετιζόταν η εμμονή στην υγιεινή διατροφή με τις υποκλίμακες από την εκτίμηση εικόνας σώματος. Τα αποτελέσματα σχετίζονταν με το γεγονός ότι οι περισσότεροι φοιτητές σπούδαζαν ψυχολογία ή Διαιτολογία , οπότε λογικά είχαν ροπή στην ΟΝ (Bagci et al 2007, Fidan et al 2010 , Kinzl et al 2006). Τα αποτελέσματα δεν ταιριάζουν με τα συμπεράσματα των Donini et al 2011, Weltzin et al 2005 που βρήκαν πιο επιρρεπείς τους άνδρες, ενώ ο Arusoglu et al 2008 τις γυναίκες. Στα αποτελέσματα έπαιξε φυσικά ρόλο η μεθοδολογία επιλογής πληθυσμού για την έρευνα. Στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αναδείχθηκε ότι οι γυναίκες νιώθοντας ελκυστικές και ικανοποιημένες από το μέγεθος του σώματος, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να επιλέξουν σωστές τροφές. Ο MacEville et al 2001 πρότεινε ότι η ΟΝ είναι πιθανότατα παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ΔΠΤ. Άλλωστε μοιάζει σαν τη διαταραχή πρόσληψης τροφής αποφευκτικού/περιοριστικού τύπου (Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder-εν συντομία **ARFID**).(APA).

Οι Walker et al 2015 Θέλησαν να συσχετίσουν το Facebook και τις διατροφικές συνήθειες φοιτητριών. Όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενη έρευνα, οι γυναίκες είναι πιο εξοικειωμένες με το fat talk- negative talk (Nichter et al 1994, Britton et al 2006) και αυτό έχει συσχετιστεί με διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Η συγκεκριμένη μελέτη έφτασε στο συμπέρασμα ότι η έκθεση στα social media συνδέθηκε με πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα στη διατροφική συμπεριφορά. Εκ πρώτης έχει φανεί ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε διαταραγμένες συμπεριφορές (Field et al 2104, Sonneville 2013). Όταν οι γυναίκες εκτίθενται στο Facebook καταλήγουν να πιστεύουν ότι τα αδύνατα είναι τα ιδανικά σώματα(Meier et al. 2014). Επιπλέον όσοι νιώθουν μοναξιά είναι πιο πολλές ώρες στο Facebook και ταυτόχρονα η μοναξιά έχει φανεί επικίνδυνη στην ανάπτυξη ΔΠΤ(Levine 2012, Rotenberg 1999).

Σε μια έρευνα που έγινε στο Ιράν το 2016 για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ΔΠΤ σε σχέση με τη εικόνα σώματος και την αυτοεκτίμηση, σε 430 φοιτητές, φάνηκε ότι το 9,5% κινδύνευε να εκφράσει δυσλειτουργική συμπεριφορά σε σχέση με τη τροφή. Η αναφορά της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της κακής εικόνας σώματος ήταν αντίστοιχα 16% και 34,2% . Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντικό εύρημα σε σχέση με το φύλο. Φάνηκε μάλιστα η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η υψηλή εκπαιδευτική κατάρτιση της μητέρας του πάσχοντα μπορεί να αυξήσει το κίνδυνο για ΔΠΤ. Ειδικά διαπιστώθηκε ότι η αυτοεκτίμηση που έχει να κάνει με τις κοινωνικές νόρμες (Pope et al 1988) αφορά άτομα που δίνουν έμφαση στα μειονεκτήματα και όχι στις ικανότητες τους (Iancu et al 2015) και όλα εξαρτώνται από την κοινωνικό οικονομική κατάσταση στην οποία διαβιούν (Neumark et al 2007). Αναδείχθηκε επιπλέον η συσχέτιση της καλύτερης εκπαίδευσης με συμπεριφορές που οδηγούν σε ΔΠΤ (Vohs et al 2001). Επίσης φάνηκε στη συγκεκριμένη μελέτη ότι το 16% είχε χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε σχέση με το φύλο. Για ακόμη μια φορά έγινε λόγος για την επίδραση της κουλτούρας και της εισαγωγής Δυτικών προτύπων (Quick et al 2014, Rubin et al 2003).

Οι Jimenez et al 2017 σε μελέτη που στόχευε στη συσχέτιση της αντίληψης για την εικόνα σώματος (Body Image) με το σχήμα του σώματος (Body shape) φοιτητών ,

βρήκαν ότι οι άντρες αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς να έχουν κανονικό βάρος ενώ οι γυναίκες ένιωθαν υπέρβαρες. Οι πιο σωματώδεις (endomorphie) άνδρες που δεν είχαν ισχύο σώμα ένιωθαν μεγαλύτερη ικανοποίηση ως υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και είχαν διάθεση να αδυνατίσουν.

Οι Mackowiak et al (2019) εξέτασαν τα αποτελέσματα από την ταύτιση ή μη της ιδανικής με την πραγματική εικόνα σώματος σε μια έρευνα που συμμετείχαν 294 ενήλικες άντρες. Βρήκαν, όπως προηγουμένως και οι Tylka et al 2011, Tylka et al 2015, ότι η θετική εικόνα σώματος οδηγεί σε θετικές σωματικές εμπειρίες και σχετίζεται με το ευ ζην. Όπως και νωρίτερα οι Daniel & Bridges 2010, κατέληξαν ότι οι άνδρες που νιώθουν ότι κατέχουν σώμα σύμφωνα με τα ιδανικά τους, είχαν μεγαλύτερη υπερηφάνεια για τον ανδρισμό τους, καθώς αυτό ταιριάζει στις κοινωνικές νόρμες (authentic & hubristic pride).

Υπάρχουν τελικά διαφορές, ανάλογα το φύλο, στο πως εκτιμούμε το σώμα ; Οι Voges et al 2019 σε μια μελέτη που έκανε πρόσφατα αναζήτησαν να μάθουν το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι άνθρωποι από το σώμα τους. Γενικά μιλώντας οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκα είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι με το σώμα τους και νιώθουν πιο όμορφοι και λιγότερο υπέρβαροι σε σχέση με τις γυναίκες. Και οι άνδρες και οι γυναίκες βρήκαν μη ελκυστικά και υποτιμητικά τα υπέρβαρα σώματα. Ειδικά οι άνδρες επέλεξαν τα αθλητικά σώματα ως τα πιο ελκυστικά και είχαν ακόμα περισσότερο θετικά συναισθήματα όταν στα σώματα αυτά έβλεπαν τον εαυτό τους. Σύμφωνα με τους Keski et al 2016, Karazsia et al 2017 οι γυναίκες δεν είναι ικανοποιημένες από το σώμα τους και έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ΔΠΤ σε σχέση με τους άνδρες. Δυσκολεύονται να πετύχουν το ιδανικό σώμα (Grossbard et al 2011) αλλά και οι άνδρες και οι γυναίκες νιώθουν την ίδια δυσαρέσκεια όταν αντιμετωπίζουν ερεθίσματα σωμάτων του ίδιου φύλου (Arbour-Ginis 2006, Blond 2008, Karazsia - Grrowhter 2009 - 2013, Cordes et al 2017). Φαίνεται ότι από την παιδική ηλικία αρχίζουν να διαμορφώνονται τα πρότυπα για την εικόνα σώματος (Shriver et al 2013) και ειδικά τα κορίτσια περισσότερο σε σχέση με τα αγόρια, όταν είναι υπέρβαρα έχουν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση. Επιπλέον όπως

φάνηκε από τις έρευνες των Feingold 1998 και Lemon et al. 2009 οι άνδρες νιώθουν περισσότερο ελκυστικοί ενώ οι γυναίκες πιο υπέρβαρες με πρόθεση να χάσουν βάρος. Ειδικά το σχήμα του σώματος στις γυναίκες είναι καθοριστικό μέτρο αυτοεκτίμησης (Ownes et al 2010). Στην περίπτωση κατά την οποία οι ιδιότητες αποδίδονταν στον ίδιο τον εξεταζόμενο, τότε η αναφερόμενη δυσφορία αυξανόταν ραγδαία. Θα ένιωθαν εξίσου άνδρες γυναίκες λιγότερο ελκυστικοί, με περισσότερο λίπος και χαμηλότερη μυϊκή μάζα. Φαίνεται δηλαδή ότι στην αυτοαξιολόγηση, τα υπέρβαρα σώματα που ανήκουν στον εκάστοτε εξεταζόμενο είναι πιο αυστηρά αξιολογημένα. Σε κάθε περίπτωση η ιδιότητα του υπέρβαρου θεωρείται ή φαντάζει πολύ τρομακτική, συναισθηματικά φορτισμένη με σαφώς χαμηλή σύνοδο αυτοεκτίμηση (Voges et al 2017, Williamson et al, 2004). Πρέπει να αναγνωριστεί στους άνδρες ότι μιλάνε λιγότερο τακτικά για την εμφανισιακή δυσαρέσκεια (Martz et al 2009) και την δυσκολία τους να εμπλακούν σε τέτοιου είδους συζητήσεις ενώ οι γυναίκες είναι πιο εξοικειωμένες με το “fat talk”.

Οι Rounsefell et al (2019) έκαναν μια συστηματική αξιολόγηση 30 ερευνών που είχαν γίνει ως τότε για να βγάλουν πορίσματα αναφορικά με τα μέσα δικτύωσης, την επιλογή των τροφών και την εικόνα σώματος σε νέους. Στην ουσία εξέτασαν πως η εμπλοκή/έκθεση/ παρακολούθηση των social media συνδέεται με τα παραπάνω και φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη η έκθεση τόσο μεγαλύτερη η δυσαρέσκεια με το σώμα, η επιλογή υγιεινών τροφών οι δίαιτες και η υπερφαγία. Γνωρίζουμε ότι οι νέοι καταναλώνουν λιγότερα λαχανικά και φρούτα (Australian Bureau, Fryar et al) με αποτέλεσμα να δημιουργούν κακό υπόβαθρο στην υγεία τους (Gakidou et al). Όσο πιο κακή εικόνα σώματος έχουν τόσο πιο μακριά νιώθουν από το ιδανικό σώμα (Grogan et al 2006, Bucchianeri 2014). Επίσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη και να έχουν κακή ποιότητα ζωής (Paxton 2006, NEDC, Wynne et al 2016). Κακή εικόνα σώματος σημαίνει περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση ΔΠΤ (Neumark 2006, NCDC). Επιπλέον επειδή η σεξουαλικότητα σχετίζεται με το σώμα στις σημερινές κοινωνίες, οι γυναίκες συνεχώς ελέγχουν το σώμα τους (Perloff 2014, Fredrickson 1997). Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει πλέον και στους άνδρες (Ben B et al

2015). Η έρευνα κατέληξε ότι όσο μεγαλύτερη η έκθεση στα μέσα δικτύωσης τόσο μεγαλύτερη η μη σωματική ικανοποίηση. Δημιουργήθηκε ο νέος όρος *fitspiration* που έχει σκοπό να προβάλλει υγιεινή τροφή και συμπεριφορές άσκησης (Lewallen 2016, Tiggemann 2015). Ο βομβαρδισμός των εικόνων πιέζει τους νέους να παρουσιάσουν στο διαδίκτυο τους εαυτούς τους *super fit* (Barry B 2017, Baker 2019, Brown 2016). Με βάση αυτά τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιήσουμε *social media* ώστε να εκπαιδεύσουν τους νέους (Waters et al 2009).

Αντίστοιχα σε άλλες έρευνες που έγιναν δόθηκε έμφαση στα πλεονεκτήματα που απορρέουν από την χρήση των μέσων δικτύωσης, όπως την ενίσχυση του κινήτρου για υγιεινές συμπεριφορές (Tiggerman -Zaccardo 2015) αλλά και την δυσφορία για την εικόνα σώματος (Tiggerman- Audeberg 2020).

ΜΕΡΟΣ Β – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνηθεί η Ορθορεξία και να αναδειχθεί η συσχέτιση της με τον βαθμό ικανοποίησης από την εικόνα σώματος, σε φοιτητικό πληθυσμό του τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Επιπλέον αναζητάται η ανάδειξη της σχέσης της ΟΝ με το φύλο, την ηλικία και τη συμπτωματολογία διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

3.2 Δείγμα - Πληθυσμός στόχος

Ο συγκεκριμένος πληθυσμός των φοιτητών επιλέχτηκε διότι οι έρευνες έχουν καταδείξει ότι είναι πιο ευάλωτος στην δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος και στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Juarascio et al., 2011; Costa et al., 22 2010).

3.3 Πειραματικός Σχεδιασμός -Διαδικασία δειγματοληψίας

Θέσαμε ως κριτήριο ότι το δείγμα της έρευνας θα αποτελούσαν 120 φοιτητές που θα δέχονταν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Οι φοιτητές προσεγγίστηκαν εντός

του χώρου της σχολής και τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν δια ζώσης και συμπληρώθηκαν επί τόπου με φυσική παρουσία του ερευνητή.

Δόθηκαν σε 120 φοιτητές Φυσικής Αγωγής, 60 άντρες και 60 γυναίκες , μια σειρά ερωτηματολογίων (ORTO-15 , EAT 26, SPAS και MBSRQ- AS). Για την συμμετοχή τους στην έρευνα χρειάστηκε να υπάρξει έγγραφη συγκατάθεση των ιδίων . Τους εξηγήθηκε ο λόγος και ο τρόπος που θα διεξαγόταν η μελέτη και στη συνέχεια συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

3.4 Αξιοπιστία των ερευνητικών μέσων

Στο δείγμα της έρευνας (μη κλινικό πληθυσμό) χορηγήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια:

- Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο γενικών πληροφοριών (όπως ανθρωπομετρικών, δημογραφικών και άλλων)
- ORTO-15: Το ερωτηματολόγιο/ εργαλείο ORTO-15 δημιουργήθηκε από τους Donini et al. (2005) και περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις , διαβάθμισης Likert τεσσάρων σημείων (1=Πάντα, 2=Συχνά, 3=Μερικές φορές, 4=Ποτέ) . Το άθροισμα των βαθμολογιών ήταν το τελικό αποτέλεσμα της δοκιμής. Βαθμολογίες χαμηλότερες του 40 θεωρούνται ενδεικτικές της ΟΝ . Κατά την πρακτική εφαρμογή των ερωτηματολογίων φάνηκε ότι το εξής εργαλείο τακτικά ψευδώς υπερεκτιμά την εμφάνιση χαρακτηριστικών ΟΝ. Ειδικά στην ελληνική προσαρμογή, φάνηκε ότι πρέπει να αλλάξει το όριο (Gonidakis et al 2021) οπότε κατέβηκε στις 35 μονάδες και έγινε πρόταση να φτάσει το 30. Η αλλαγή στο όριο έγκειται στη δυσκολία του ερωτηματολογίου να διαχωρίσει την φυσιολογική από την παθολογική ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή. Το παρόν σημείο αποτελεί και ένα από τους περιορισμούς της συγκεκριμένης μελέτης. Η κλίμακα ORTHO-15 έχει τρεις υποκλίμακες και εξετάζει σε 3 διαστάσεις της Ορθορεξίας, τη γνωστική, την συμπεριφορική και την συναισθηματική αντίστοιχα (Rational, Behavioral, Emotional).

- EAT-26: Η στάση απέναντι στη διατροφή εκτιμήθηκε μέσω του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου Δοκιμασία Στάσεων Διατροφής (Eating Attitudes Test-26, EAT-26) (Garner et al. 1982). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Ε. Βάρσου και Γ. Τρίκκα (1991) και η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ελληνικής εκδοχής έχει ελεγχθεί από τον Γ. Μ. Σίμο (1996). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 26 δηλώσεις στις οποίες ο συμμετέχοντας καλείται να απαντήσει με τη χρήση μίας εξαβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (πάντοτε-ποτέ). Η κλίμακα EAT-26 εξετάζει σε τρεις διαστάσεις τη προβληματική συμπεριφορά με το φαγητό, στη διαίτα, στη βουλιμία και τον έλεγχο της τροφής αντίστοιχα (dieting scale, Bulimia & food preoccupation scale, oral control).
- SPAS: Το Social Physique Anxiety Scale (SPAS- Κοινωνικό άγχος σωματικής διάπλασης) αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης του άγχους που σχετίζεται με το πώς βιώνει το άτομο την εικόνα του όταν εκτίθεται σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. Έχει 12 θεματικές ενότητες, στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει σε μία κλίμακα από το 1-5, με το 1 να σημαίνει ότι δεν συμφωνεί καθόλου και το 5 πάρα πολύ. Το SPAS έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει σταθμιστεί από τους Ψυχουντάκη και τους συνεργάτες της (Psychountaki et al., 2004).
- MBSRQ-AS: Αρχικά προέκυψε ερωτηματολόγιο MBSRQ ή αλλιώς Multidimensional Body Self Questionnaire και χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει την εικόνα σώματος. Οι Cash et al. 1997 σχεδίασαν 46 ερωτήσεις που συνιστούν τις 6 υποκλίμακες του, εκτίμηση εμφάνισης, προσανατολισμός εμφάνισης, εκτίμηση φυσικής κατάστασης, προσανατολισμός φυσικής κατάστασης, υποκειμενικό βάρος και ικανοποίηση από μέρη του σώματος. Σε επόμενη φάση έγινε η συντομότερη έκδοση του MBSRQ-AS που αποτελείται από 5 υποκλίμακες και εξετάζει σε πέντε διαστάσεις την ικανοποίηση με την εμφάνιση, την επένδυση στην εμφάνιση, ικανοποίηση με μέρη του σώματος, το άγχος με την εμφάνιση και το βάρος και την αυτοκατηγοριοποίηση βάρους αντίστοιχα (appearance evaluation,

appearance orientation, body areas satisfaction, overweight preoccupation & self – classified weight).

Η ελληνική εκδοχή-έκδοση που χρησιμοποιήθηκε μεταφράστηκε από τους Αργυρίδη και Κέλη (2013). Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από ένα έως πέντε. Η υψηλή βαθμολογία δείχνει έμφαση στην εμφάνιση κάποιου, την προσοχή στην εμφάνιση κάποιου και τη συμμετοχή σε εκτεταμένες συμπεριφορές περιποίησης. Η χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνει απάθεια για την εμφάνιση κάποιου, η εμφάνιση κάποιου δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτοί που σκοράρουν υψηλά αισθάνονται ως επί το πλείστον θετικοί και ικανοποιημένοι με την εμφάνισή τους ενώ όταν σκοράρουν χαμηλά δεν νιώθουν έχουν ικανοποίηση από τη σωματική τους διάπλαση . Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μεταφρασμένο στα ελληνικά.

3.5 Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (SPSS for Windows, version 25.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Αρχικά εξετάστηκε η κανονικότητα των μεταβλητών. Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν παραμετρικές και μη παραμετρικές αναλύσεις για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως μέσοι όροι \pm τυπικά σφάλματα, διάμεσοι και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$. Στο παράρτημα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου της κατανομής των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων .

3.6 Αποτελέσματα

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά του δείγματος

N = 120		Φύλο	
		Άνδρες (N = 60)	Γυναίκες (N = 60)
Ηλικία	Διάμεσος	22	21
	25° Τεταρτημόριο	21	21
	75° Τεταρτημόριο	23	22
ΔΜΣ *	Μέση τιμή (± ΤΑ)	23,7 (± 2.2)	21,1 (± 2.2)
Βάρος *	Μέση τιμή (± ΤΑ)	77,1 (± 9,4)	59,5 (± 7,2)
Ύψος	Διάμεσος	180	167
	25° Τεταρτημόριο	176	162
	75° Τεταρτημόριο	185	173
Καπνιστές		10	11
Υπο δίαιτα		10	10

* Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα 2 φύλα σε επίπεδο στατιστική σημαντικότητας $p < 0,05$

$N =$ αριθμός δείγματος, $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{kg}/\text{m}^2$, Βάρος = kg, Ύψος = cm, ΤΑ = Τυπική Απόκλιση

Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 120 άτομα με το 50 % να αποτελείται από άνδρες. Η διάμεση ηλικία ήταν τα 22 έτη και 21 έτη για του άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα. Οι μέσες τιμές του ΔΜΣ και του βάρους ήταν το 23,7 και 77,1 kg για τους άνδρες και για τις γυναίκες 21,1 και 59,5 kg.

Πίνακας 2: Δημογραφικά και άλλα στοιχεία του δείγματος

N = 120		Φύλο	
		Άνδρες (N = 60)	Άνδρες (N = 60)
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπαντρος-η	59	59
	Παντρεμένος-η	-	1
	Σε διάσταση	1	-
Ίδρυμα φοίτησης	ΣΕΦΑΑ	60	60
Μορφωτικό επίπεδο	ΑΕΙ	60	59
	Μεταπτυχιακό	-	1

Στο σύνολο του δείγματος υπάρχει ομοιογένεια στα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Όλοι οι συμμετέχοντες αποτελούσαν φοιτητές του τμήματος ΣΕΦΑ και ήταν ανύπαντροι.

Πίνακας 3: Αριθμός και ποσοστό του δείγματος που παρουσιάζουν τιμές cut off των κλιμάκων EAT και ORTHO-15

N = 120	Σύνολο δείγματος (%)	Φύλο	
		Άνδρες (%)	Γυναίκες (%)
EAT Score > 20	38 (31,6 %)	18 (30 %)	20 (33,3 %)
ORTHO-15 Score < 30	10 (8,3 %)	4 (6,7 %)	6 (10 %)
ORTHO-15 Score < 35	12 (10 %)	5 (8,3 %)	7 (11,7 %)
ORTHO-15 Score < 40	98 (81,6 %)	43 (71,6 %)	55 (91,6%)

Στο σύνολο του δείγματος, το 31,6 %, 18 άνδρες και 20 γυναίκες, εμφάνιζε προβληματική συμπεριφορά απέναντι στη τροφή όπως φαίνεται από την κλίμακα EAT (> 20). Από τα 120, τα 98 άτομα στην κλίμακα ORTHO-15 είχαν σκορ μικρότερο από 40 που αποτελεί τιμή cut off για την κλίμακα της ορθορεξίας. Όσον αφορά το cut off του ORTHO-15 για μικρότερο από 35 και 30 στην βαθμολογία εμφάνισα 12 και 10 άτομα αντίστοιχα.

Πίνακας 4: Στατιστικά σημαντικές διαφορές των κλιμάκων ανάμεσα στο φύλο

Μέση τιμή (± TA)	Διάμεσος	25 ^ο Τεταρτημόριο	75 ^ο Τεταρτημόριο	Φύλο		p- value ₁
				Άνδρες	Γυναίκες	

MBSRQ Score	108,00 ($\pm 10,1$)				107,28	110,70	,323
MBSRQ 2^{β}	38 (± 6)				37,13	38,55	,933
MBSRQ 3^{γ}	34 (± 5)				33,73	33,67	,515
MBSRQ 1^{α}		22	21	24	57,45	63,65	,332
MBSRQ 4^{δ}		9	6	11	50,12	72,20	0,019
MBSRQ 5^{ϵ}		6	5	6	58,44	62,56	,485
EAT Score		13	8	22	58,86	63,14	,405
EAT-Δίαιτα		3	0	11	57,81	63,19	,389
EAT-Βουλιμία		5	3	8	60,83	60,17	,916
EAT-Έλεγχος		3	0	6	58,89	62,11	,606
ORTHO Score		34	31	36	60,41	60,59	,977
ORTHO-C^{$\sigma\tau$}		12	10	13	63,93	57,07	,276
ORTHO-B^{η}		14	13	16	59,53	61,47	,758
ORTHO-E^{θ}		9	7	10	57,28	63,72	,303
SPAS Score		28	24	31	54,02	66,98	,041

^{α} Ικανοποίηση με εμφάνιση, ^{β} Επένδυση στην εμφάνιση, ^{γ} Ικανοποίηση με μέρη σώματος, ^{δ} Άγχος με εμφάνιση & βάρος, ^{ϵ} Αυτοκατηγοριοποίηση βάρους, ^{$\sigma\tau$} Cognitive- Γνωσιακή, ^{η} Behaviora- Συμπεριφορική, ^{θ} Emotional- Συναισθηματική
¹ p-value: Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών και $p < 0,05$ (τιμές εκφρασμένες σε μέσες τιμές/t-test και mean ranks/Mann-Whitney U)

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι διάμεσοι των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, των ερευνητικών κλιμάκων και οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αυτών ανάμεσα στα 2 φύλα. Ως εκ τούτου, μεταξύ των αδρών και των γυναικών στατιστικά σημαντική διαφορά εμφάνισε η υποκλίμακα MBSRQ - Άγχος με εμφάνιση & βάρος ($p < 0,019$) και η SPAS score. Καμία άλλη σημαντικά διαφορά δεν φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των υπόλοιπων μεταβλητών.

Πίνακας 5: Συσχετίσεις μεταξύ των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών και κλιμάκων

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. MBSR Q	CC																	
	1 Sig.																	
2. MBSR Q 1^a	CC	,497																
	1 Sig.	**	0,00															
3. MBSR Q 2^b	CC	,732	0,175															
	1 Sig.	**		0,055														
4. MBSR Q 3^v	CC	,597	,435*	0,138														
	1 Sig.	**	*		0,001	0,133												
5. MBSR Q 4^δ	CC	,443	-	,233*	-													
	1 Sig.	**	0,056		0,104													
6. MBSR Q 5^ε	CC	0,17	-	0,042	-	,212*												
	1 Sig.	1	0,027		0,013													
7. EAT	CC	,242	0,014	,243*	-	,525*	0,049											
	1 Sig.	**		*	0,157	*												
8. EAT-Δίαιτα	CC	,240	-	0,158	-	,665*	,194*	,869*										
	1 Sig.	**	0,089		0,158	*	*	*										
	2 Sig.	8	0,332	0,085	0,085	0,001	0,034	0,001										

9. EAT-Βουλιμία	CC ₁	,239**	0,046	,189*	-	,291*	0,048	,701*	,464**							
	Sig. ₂	0,009	0,615	0,038	0,835	0,001	0,605	0,001	0,001							
10. EAT-Έλεγχος	CC ₁	0,081	0,122	,221*	-	0,154	-	,644*	,390**	,235**						
	Sig. ₂	0,377	0,185	0,015	0,108	0,094	0,056	0,001	0,001	0,01						
11. ORTHO	CC ₁	,230*	-	,194*	-	,204*	0,046	,282*	,239**	-0,143	,241**					
	Sig. ₂	0,012	0,106	0,034	0,198	0,026	0,616	0,002	0,009	0,119	0,008					
12. ORTHO-C^{στ}	CC ₁	,218*	-	,228*	-	-	0,129	,187*	0,143	-0,077	-	,771**				
	Sig. ₂	0,017	0,198	0,012	0,204	0,129	0,16	0,041	0,12	0,405	0,089	0,001				
13. ORTHO-B^η	CC ₁	0,096	-	0,007	0,044	,307*	-0,1	,305*	,338**	-,230*	-	,513**	0,127			
	Sig. ₂	0,299	0,542	0,937	0,632	0,001	0,276	0,001	0,001	0,012	0,059	0,001	0,166			
14. ORTHO-E^θ	CC ₁	0,021	-	0,009	-0,07	0,03	0,011	0,041	0,086	0,13	-	,470**	0,118	-		
	Sig. ₂	0,823	0,3	0,919	0,45	0,747	0,902	0,657	0,349	0,158	0,463	0,001	0,2	0,421		
15. SPAS	CC ₁	0,011	-	,218*	-	,376*	,261*	0,028	,381*	,319**	0,151	,302**	0,011	-	-	0,066
	Sig. ₂	0,909	0,435	0,017	0,001	0,004	0,761	0,001	0,001	0,099	0,001	0,904	0,642	0,931	0,475	

16. ΔΜΣ	CC ₁	-	-	-	-	,232*	,240*	0,11	,242**	0,17	-,184*	-	0,091	-	0,035	-	
	Sig. ₂	0,001	0,169	0,111	0,035	0,011	0,008	0,227	0,008	0,064	0,044	0,025	0,325	0,193*	0,701	0,091	
17. Βάρος	CC ₁	-	-	-	0,044	-	0,039	-	0,029	0,069	-	0,013	0,102	-	-	-	,764**
	Sig. ₂	0,088	0,148	0,144	0,63	0,53	0,675	0,688	0,756	0,454	0,11	0,889	0,266	0,6	0,46	0,056	0,001

¹ Correlation Coefficient, ² Sig. (2-tailed), ^α Ικανοποίηση με εμφάνιση, ^β Επένδυση στην εμφάνιση, ^γ Ικανοποίηση με μέρη σώματος, ^δ Άγχος με εμφάνιση & βάρος, ^ε Αυτοκατηγοριοποίηση βάρους, ^{στ} Cognitive, ^η Behavioral, ^θ Emotional

* Στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο 0,05

** Στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο 0,01

_____ Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της κλίμακας ORTHO με τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης έπειτα από τη διεξαγωγή του Spearman correlation test.

Η ORTHO-15 συσχετίστηκε αρνητικά με το EAT -26 ($r = -0,282, p < 0.01$)

Η ORTHO-15 με το EAT Δίαιτα ($r = -0,239, p < 0.01$)

Η ORTHO Γνωσιακή με το EAT-26 ($r = -0,187, p < 0.05$)

Η ORTHO-Συμπεριφορική με το EAT-26 ($r = -0,305, p < 0.05$).

Η ORTHO-Συμπεριφορική συσχετίστηκε αρνητικά με το EAT Έλεγχος ($r = -0,241, p < 0.05$)

Η ORTHO-Συμπεριφορική με το EAT Δίαιτα ($r = -0,338, p < 0.05$)

Η ORTHO-Συμπεριφορική με το EAT βουλιμία ($r = -0,230, p < 0.05$)

Η ORTHO-Συμπεριφορική με τη MBSRQ -AS Άγχος με εμφάνιση & βάρος ($r = -0,307, p < 0.01$)

Η ORTHO-15 με τη MBSRQ-AS συσχετίστηκε αρνητικά με τη συνολική βαθμολογία του ($r = -0,230, p < 0.05$)

Η ORTHO-15 -Γνωσιακή με τη MBSRQ-AS συσχετίστηκε αρνητικά με τη συνολική βαθμολογία του ($r = -0,218, p < 0.05$)

Η ORTHO-15 με τη MBSRQ-AS Επένδυση στην εμφάνιση ($r = -0,194, p < 0.05$)

Πίνακας 6: Συσχετίσεις ξεχωριστά ως προς το φύλο

Κλίμακα ORTHO-15			
	Κλίμακες	Θετικές	Αρνητικές
Γυναίκες	MBSRQ	—	ORTHO-Γνωσιακή, Συναισθηματική
	MBSRQ ικανοποίηση από	—	—
	MBSRQ επένδυση στην εμφάνιση	—	ORTO-15, Συμπεριφορική
	MB ικανοποίηση με μέρη του σώματος	—	—
	MBSRQ άγχος με την εμφάνιση και το βάρος	—	ORTO-Συμπεριφορική
	MBSRQ αυτοκατηγοροποίηση	—	—
	SPAS	—	ORTO-Συμπεριφορική
	BMI	ORTO-Συναισθηματική	ORTO-Συμπεριφορική, Συναισθηματική
Άνδρες	MBSRQ	—	—
	MB ικανοποίηση από εμφάνιση	—	—
	MBSRQ επένδυση στην εμφάνιση	—	—
	MBSRQ ικανοποίηση με μέρη	—	—
	MBSRQ άγχος με την εμφάνιση και το βάρος	—	ORTO-15, Γνωσιακή
	MBSRQ αυτοκατηγοροποίηση	—	—
	SPAS	—	ORTO-Συμπεριφορική
	BMI	—	ORTO-Συμπεριφορική

Όπως φαίνεται από την ξεχωριστή ανάλυση των συσχετίσεων των ερωτηματολογίων ξεχωριστά για το φύλο μέσω του Spearman, στο σύνολό τους οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες αρνητικές συσχετίσεις στη διαβάθμιση των ήπιων.

Πίνακας 7: Λογιστική παλινδρόμηση (forward stepwise) και η επίδραση το ΔΜΣ της συνολικής βαθμολόγησης του MBSQ και την κλίμακας SPAS

		B (βαθμός επίδρασης)	Τυπικό σφάλμα	Wald	Βαθμοί ελευθερίας	p - value	Σχετικός λόγος (Exp[B])
Βήμα 1^a	ΔΜΣ	-.700	.137	25.936	1	.000	.497
Βήμα 2^b	ΔΜΣ	-.733	.144	25.791	1	.000	.481
	MBSRQ Score	.049	.024	4.366	1	.037	1.051
Βήμα 3^c	ΔΜΣ	-.778	.157	24.557	1	.000	.459
	MBSRQ Score	.052	.024	4.592	1	.032	1.053
	SPAS Score	.108	.053	4.199	1	.040	1.114

^a Μεταβλητή που προστέθηκε στο βήμα 1: ΔΜΣ, ^b Μεταβλητή που προστέθηκε στο βήμα 2: MBSRQ Score,

^c Μεταβλητή που προστέθηκε στο βήμα 3: SPAS Score

Η βηματική λογαριθμική παλινδρόμηση ανέδειξε την επίδραση των μεταβλητών ΔΜΣ, MBSRQ Score, SPAS Score ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες.

Εξαρτημένη μεταβλητή είναι το φύλο, ανεξάρτητες μεταβλητές ο ΔΜΣ, SPAS και το MBSRQ. Στο σύνολο της ανάλυσης παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα ενώ οι επιδράσεις των μεταβλητών αύξαναν με την προσθήκη τους από το βήμα 1 έως το 3. Έτσι, στην 3^η βηματική παλινδρόμηση φαίνεται ότι οι γυναίκες για κάθε 1 μονάδα αύξησης του ΔΜΣ επηρεάζονται αρνητικά κατά – 0,778 ($p = 0.001$, Σχετικός λόγος = 49,7%), για κάθε 1 μονάδα αύξησης του MBSRQ Score αυξάνεται

η αρνητική εικόνα σώματος κατά + 0,52 ($p = 0,032$, Σχετικός λόγος = 5,3%) και για κάθε 1 μονάδα αύξησης του SPAS Score το κοινωνικό τους άγχος αυξάνεται κατά + 0,108 ($p = 0,04$, Σχετικός λόγος = 11.4%) σε σχέση με τους άνδρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η σύνδεση της διατροφής και της άσκησης με τη σωματική και ψυχική υγεία έχει αναλυθεί σε προηγούμενες μελέτες διεξοδικά. Όταν όμως η χρήση της διασύνδεσης αυτής γίνεται με τρόπο μη κριτικό, τότε δημιουργούνται δυσμενείς συνέπειες στην υγεία των ανθρώπων. Κάπως έτσι προκύπτει η ON, σύνδρομο που αναγνωρίστηκε τις τελευταίες δεκαετίες, ως εμμονική ενασχόληση με την σωστή διατροφή, απεικονίζοντας όλες τις γνωσίες και στρεβλές πεποιθήσεις αναφορικά με την εικόνα σώματος, την αυταξία και το ευ ζην. Τα ποσοστά μοιάζουν ανησυχητικά γιατί φαίνεται να έχουν ανοδική πορεία και σε αυτό παίζουν ρόλο τα μέσα δικτύωσης με πρωτεργάτη το Instagram και δευτερογενώς το Facebook (Lup 2015, Fioravanti et al 2020). Η εικόνα σώματος ως αίσθηση και ως αξία αποκαλύπτει όλα τα ελλείματα που φέρουν οι άνθρωποι ως ολότητες, νεότεροι και μεγαλύτεροι, χάνοντας την ουσία και δίνοντας μόνο έμφαση στο εξωτερικό περίβλημα. Σε μια τέτοια ακραία τοποθέτηση απέναντι στη σημαντικότητα της ζωής, οι άνθρωποι ξεκινούν με μια καλή πρόθεση να φροντίσουν τον εαυτό τους, αλλά καταλήγουν σε υπερβολές. Τα εργαλεία εκ πρώτης μοιάζουν αθώα (Bratman & Knight 2000), το φαγητό, η άσκηση και ο έλεγχος του βάρους. Στη πορεία όμως τα τρία αυτά δεδομένα, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μπορούν να δημιουργήσουν μια κακή ποιότητα ζωής, ως επακόλουθο της αγωνίας και του αυτό- αποκλεισμού που εμπεριέχουν (Frederike Barthels 2015).

Η ON δεν έχει κατηγοριοποιηθεί ως διαταραχή (δεν είναι στο DSM-V) και σε τελευταία έρευνα που δημοσιεύτηκε πριν από λίγες μέρες η Hay P, (2021) έθεσε το επιστημονικό ερώτημα αν υπάρχει λόγος να κατηγοριοποιηθεί. Ενώ υπάρχουν πολλά

δεδομένα για την ύπαρξη της, χρειάζεται επιπλέον έρευνα για να αποδειχθεί αν είναι αυθύπαρκτη ή ενυπάρχει σε ψυχικές ασθένειες ή είναι προγνωστικός παράγοντας για ΔΠΤ.

Σε αυτή τη μελέτη τα ερωτήματα εντοπίστηκαν σε ένα πολύ «ευαίσθητο» πληθυσμό(Bo et al 2014, Malborg et al 2017, Plichta et al 2019, Dittfeld et al 2019, Compte et al 2015), σε φοιτητές Φυσική Αγωγής (γυναίκες και άνδρες). Οι Clifford et al 2018, είχαν αποσυνδέσει τη συσχέτιση της ιδιότητας του φοιτητή Φυσικής Αγωγής κάθε αυτή με την ορθορεκτική συμπεριφορά, αλλά την απέδωσαν στη συνεχή ενασχόληση με την άσκηση. Πάντως από μόνο του το πανεπιστημιακό επίπεδο σπουδών , που αφορά όλο το δείγμα, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για ON (Vohs et al 2001). Σε γενικές γραμμές το ποσοστό εμφάνισης της ON, διαφοροποιείται ανάλογα με τον πληθυσμό, εμφανίζοντας «άνθιση» σε ειδικούς πληθυσμούς που ασχολούνται επαγγελματικά και επιστημονικά με τις 3 βασικές παραμέτρους της ON (υγεία – διατροφή- άσκηση) (Koven – Arbry2015,Ckaki et al 2013, Grammatikouroulou et al 2018) . Επίσης το ανώτερο όριο και τα εργαλεία κάθε φορά διαφοροποιούν τα αποτελέσματα (Dunn et al 2017, He et al 2019).

Η ON και η εικόνα σώματος φαίνεται να σχετίζονται (Cheshire et al 2020, Haman et al 2015) όπως αντίστοιχη σχέση υπάρχει και με το κοινωνικό άγχος για τη σωματική διάπλαση (Sabiston et al 2014, Miller- MacLester 2018).

Εκ πρώτης γνωρίζουμε ότι οι συγκεκριμένοι φοιτητές μπορεί να είναι ενεργοί αθλητές ή λάτρεις του αθλητισμού. Αυτό τους κάνει ως επί το πλείστον να ασχολούνται αρκετές ώρες με την άσκηση , είτε λόγω αθλητισμού – πρωταθλητισμού είτε λόγω των πρακτικών μαθημάτων που παρακολουθούν στη σχολή. Επίσης έχουν ιδιαίτερη επιστημονική και φυσική ενασχόληση με το μυϊκό τους σύστημα, οπότε η εικόνα σώματος είναι τμήμα της καθημερινής τους ρουτίνας (Gorassi et al 2020). Επίσης εξαιτίας της επαγγελματικής ιδιότητας, θα φέρουν δια παντός και την υποχρέωση(στίγμα;) να αποτελούν πρότυπα προς μίμηση. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό την μοναδικότητα του καθενός φοιτητή, του περιβάλλοντος που μεγάλωσε

και των δεξιοτήτων που ανέπτυξε μέχρι εκείνο το σημείο, συμβάλλουν στη δημιουργία μιας πολύ ενδιαφέρουσας ομάδας μελέτης.

Με βάση τα παραπάνω και τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν καταλήξαμε σε αρκετά συμπεράσματα.

Εκ πρώτης δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στη συσχέτιση της εικόνας σώματος με την ΟΝ συμπτωματολογία (Varga et al 2014, Brytek Matera 2015, Aksoydan 2009, McComb και Mills 2019, Bundros et al 2016. Barnes & Catalbiano, 2017. Grammatikopoulou & συν.,2018. Reynolds, 2018).

Ήπια θετική συσχέτιση βρέθηκε επίσης μεταξύ της εικόνας σώματος και της ΟΝ , όπως αντίστοιχα είχαν δείξει οι Brytek- Matera 2017, Barnes & Caltabiano 2016 και η Rebecca Reynolds 2018. Φάνηκε δηλαδή ότι όσοι έχουν κακή εικόνα σώματος μπορεί να στραφούν προς την ορθορεξική συμπεριφορά ώστε να βελτιώσουν την εικόνα σώματος και την υγεία τους.

Επιπλέον οι φοιτητές φάνηκε να επενδύουν στην εμφάνιση και αυτό συσχετίστηκε θετικά με κοινωνικό άγχος και τη διαταραγμένη συμπεριφορά όπως αντίστοιχα συνέβη στις μελέτες των Thompson – Chad 2002, Haase- Prapavessis 2001, Diehl et al 1998.

Εν ολίγοις όσο περισσότερο κοινωνικό άγχος έχουν τόσο περισσότερο επενδύουν στην εμφάνιση και αναπτύσσουν διαταραγμένη σχέση με τη τροφή (σύμφωνα με τις συσχετίσεις που έγιναν με το ORTHO-15).

Μια ενδιαφέρουσα ήπια θετική συσχέτιση προέκυψε, μεταξύ εικόνας σώματος και του κοινωνικού άγχους και συντονίζεται με τα ευρήματα των Mackiowak et al 2019. Ο τελευταίος είχε συσχετίσει τις κοινωνικές νόρμες για τη εικόνα σώματος με την υπερηφάνεια για τον ανδρισμό των ανδρών.

Ανάλογα με το πως αυτοκατηγοριοποιούνται οι φοιτητές από πλευράς βάρους ένωσαν αντίστοιχο κοινωνικό άγχος (Shriver et al 2013, Feingold 1998, Lemon et al 2009) , με τα κορίτσια πάντα να νιώθουν πιο βαριά, ενώ τα αγόρια δεν εμφάνιζαν δυσφορία με το βάρος τους, ακόμα και αν ήταν υπέρβαροι, ενώ υπερτόνιζαν την ανεπάρκεια σε μυϊκή ανάπτυξη.

Όσο περισσότερο επένδυναν στην εμφάνιση είχαν περισσότερο κοινωνικό άγχος , ενώ η ικανοποίηση από την εικόνα σώματος επηρεάζει το κοινωνικό άγχος και την πιθανότητα να αναπτύξουν ΔΠΤ.

Σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες θετικές και αρνητικές συσχετίσεις σε σχέση με την ΟΝ (Dell Osso 2017, Ramacciotti et al 2011, Bagni et al 2007, Arusoglou et al 2008, Segura – Garcia 2012, Brytek Matera 2017 Missbach, Hinterbuchinger, Dreiseitl, Zellhofer, Kurz, & König, 2015. Roncero et al.2017. Sanlier et al 2016). Στους άνδρες οι συσχετίσεις ήταν ήπιας βαρύτητας (Fidan et al 2010, Donini et al 2014).

Συνολικά στη παρούσα μελέτη βρέθηκε μεταξύ των αδρών και των γυναικών στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα MBSRQ - Άγχος με εμφάνιση & βάρος ($p < 0,019$) και η υποκλίμακα ORTHO-Emotional ($p < 0,041$) με τις γυναίκες να σκοράρουν υψηλότερα. Καμία άλλη σημαντικά διαφορά δεν φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των υπόλοιπων μεταβλητών. Επίσης στο σύνολό τους οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες ήπιες αρνητικές συσχετίσεις.

Σαφώς υπάρχουν περιορισμοί στην συγκεκριμένη μελέτη με πρώτο τη χρήση του ερωτηματολογίου ORTHO -15, ως εργαλείο διερεύνησης της ΟΝ, γιατί παρότι είναι ευρέως διαδεδομένο φέρει αδυναμίες στην ψυχομετρική εκτίμηση και υπερεκτιμά συμπεριφορές , αναδεικνύοντας μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης του φαινομένου. Στην Ελληνική εκδοχή έχει τροποποιηθεί το ανώτερο όριο , αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία του συγκεκριμένου εργαλείου.

Ένας δεύτερος περιορισμός θα μπορούσε να χρεωθεί στην πανδημία Covid -19, μιας και εγείρει περιορισμούς στην κινητικότητα των ανθρώπων, μεγαλύτερο άγχος και αβεβαιότητα και αγωνία για να ακολουθηθούν τακτικές που θα προστατεύσουν την υγεία. Έχουν γίνει ήδη μελέτες για την παρούσα φάση της πανδημίας και των δυσμενών συνεπειών της στην ψυχική και τη σωματική υγεία (Patsali et al 2020, Huang – Zhao 2020, Drenzo et al 2020, Esobi et al 2020) καθώς και στη διαφοροποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς (Moyhnihan et al 2015). Οι

άνθρωποι εξαιτίας των ψυχοπαιστικών δεδομένων επιλέγουν πιο ανθυγιεινές τροφές (Direnzo et al 2020).

Θα μπορούσαμε επίσης να συμπεριλάβουμε στους περιορισμούς και το σημείο αναζήτησης του πληθυσμού -δείγματος, μιας και έγινε στην πρωτεύουσα της χώρας, με μεγαλύτερη πιθανότητα οι ερωτώμενοι να είναι σε θέση να ανταποκριθούν οικονομικά σε αγορές εξεζητημένες αναφορικά με την επιλογή των τροφών.

Τέλος χρειάζεται να υπογραμμιστεί η δυσκολία διερεύνησης του φαινομένου επειδή δεν υπάρχει σαφής και οριοθετημένος ορισμός.

Συμπερασματικά, προκύπτουν κάποια ενδιαφέροντα δεδομένα από τη παρούσα μελέτη. Καλό θα ήταν όμως να περιοριστούν οι συγχυτικοί και να γίνει η μελέτη σε μεγαλύτερο δείγμα εις βάθος. Δεδομένου ότι υπάρχει μεγάλο επιστημονικό πεδίο για διερεύνηση της συσχέτισης των παραπάνω δεδομένων, θα μπορούσε να εξεταστεί αν οι φοιτητές είναι αθλητές (ενεργοί ή όχι) και αν υπάρχει ιστορικό ΟΝ στο οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον.

Ούτως η άλλως υπάρχει μεγάλο πεδίο για διερεύνηση αναφορικά με τους φοιτητές και αργότερα Καθηγητές Φυσικής Αγωγής, οι οποίοι θα βάλουν τα όρια για τα προπονητικά φορτία στο μέλλον και θα συμβάλουν ή όχι στην εξάλειψη της ΟΝ (Haman et al 2017, Malborg et al 2017, Rudolf 2017, Errikkson et al 2008, Varga et al 2014, Segura- Garcia et al 2012), θα γαλουχήσουν/ καθοδηγήσουν αθλητές στο πρωταθλητισμό και θεωρητικά θα οργανώσουν πιο υγιείς και συμπαγείς προσωπικότητες. Όποτε στόχος όλων είναι να δημιουργηθούν υγιείς ψυχικά και σωματικά καθοδηγητές/ συμβούλους που θα μεταλαμπαδεύσουν την γνώση και την εμπειρία τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Ελευθερίου et al., (2007) Διαταραγμένη Διατροφική συμπεριφορά. Διαιτητική πρόσληψη, βιοχημικοί και κλινικοί δείκτες υγείας σε νεαρές ενήλικες γυναίκες. Διατροφή- Διαιτολογία, Περίοδος Β, 11(1-2), 20-29.

Georgantopoulos et al., (2020) The relationship between metacognitive beliefs and symptoms in eating disorders *Psychiatric* 31: 225-235

Γονιδάκης Φ. & Βάρσου Ε. (2013) Μιλώντας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Γονιδάκης Φ. & Χαρλιλα Ν. (2011) Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ, Αθήνα.

Γονιδάκης Φ. et al. (2008) Διαφορές στη συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ αθλητών και μη αθλητών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (3): 341-347

Μαριδάκη-Κασσωτάκη Α. (2006) Διατροφικές Διαταραχές και η αντιμετώπιση τους- Robert Palmer, Εκδόσεις Παρισίανου, Αθήνα

Treasure J. Et al., (2010) Μ' αγαπας; Βοήθησε με να ξεπεράσω το πρόβλημα με τη τροφή! Επιμέλεια Σμαράγδα Μανεσιώτη, Εκδόσεις Αδελφοί Βλάσση, Αθήνα

Κατευθυντήριες οδηγίες Ελλήνων εμπειρογνομόνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ενήλικες- guidelines_eating_.pdf

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Abraham S F et al. 1983 Eating behaviours among young women. *Medical Journal of Australia* 2, 225- 228

Abraham SF (2003). Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas. *Med J Aust* 178:607–11.

Aksoydan E, Camci N (2009) Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord* 14(1):3373. <https://doi.org/10.1007/BF03327792>

Almeida et al (2018) Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants
Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2018)
23:443–451

Altman SE, Shankman SA What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders, Clin Psychol Rev. 2009;29(7):638.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

Apfeldorfer G. (1995) Anorexie, boulimie, obésité. Flammarion. [Μετάφραση απο τα Γαλλικά. Ελληνικός τίτλος : Ανορεξία, βουλιμία , παχυσαρκία. Εκδόσεις Τραυλός-Κωσταράκη, 1997]

Argyrides M& Keli N (2013) Multidimensional Body self Relations Questionnaire- Appearance Scales : Psychometric Properties of the Greek Version. ResearchGate Doi 10.2466/03.07

Arnett J. Emerging adulthood: what is it, and what is it good for? Child Dev Perspect. 2007;1:68-73.

Arusog˘lu G, Kabakc ı E, Ko ˘ksal G, Merdol TK (2008) Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. Turk Psikiyatri Derg 19(3):283–291

Arbour, K. P., and Martin Ginis, K. A. (2006). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on young men’s muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. Body Image 3, 153–161. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.03.004

Aarnio K, Lindeman M (2004) Magical food and health beliefs: a portrait of believers and functions of the beliefs. *Appetite* 43(1):65–74. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.03.002>

Atkins J, Gingras J. Coming and going: Dietetic students' experience of their education. *Can J Diet Pract Res.* 2009;70(4):181-186.

Australian Bureau of Statistics. Consumption of sweetened beverages. Updated 2015. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/4364.0.55.007main+features7102011-12>. Accessed January 7, 2019.

Babic MJ, Morgan PJ, Plotnikoff RC, et al. Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *Sports Med.* 2014;44(11):1589-1601.

Bagoury et al. (2017) Eating attitudes and barriers to healthy eating and physical activity among a sample of university students in Egypt. DOI: [10.21608/EPX.2018.6650](https://doi.org/10.21608/EPX.2018.6650)

Bağcı Bosi AT, Camur D, Güler C (2007) Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 49(3):661–666. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007>

Baker N, Ferszt G, Breines JG. A qualitative study exploring female college students' Instagram use and body image. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2019;22:277-282.

Brytek-Matera A, Fonte ML, Poggiogalle E, Donini LM, Cena H (2017) Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eat Weight Disord* 22:609. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0427-4>

Barry B, Martin D. Fashionably fit: Young Men's dress decisions and appearance anxieties. *Textile.* 2016;14:326-347.

Barthels F, Pietrowsky R (2012) Orthorektisches Ernährungsverhalten—Nosologie und Prävalenz. *Psychother Psychol Med* 62:445–449. Doi : 10.1055/s-003201312630

Barthels F (2014) Orthorektisches Ernährungsverhalten—Psychologische Untersuchungen zu einem neuen Störungsbild. Unveröffentlichte Dissertation. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Barthels F et al. (2015) Die Düsseldorfer Orthorexie Skala- Konstruktion und Evolution eines Frageboens zur Ernährungsverhaltens. *Klin Psych Psychother* 44:97105

Barthels F et al., (2015) Orthorexic eating Behavior, a new type of disordered eating , *Ernaehrung Umschau International*, DOI : 10.4455/EU.2015.29

Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R (2015) Orthorexic eating behavior. *Ernaehrung Umschau* 62(10):156–161

Barthels F, Meyer F, Huber T, Pietrowsky R (2017) Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord Stud Anorexia Bulim Obes* 22(2):269–276. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0329-x>

Barnes MA, Caltabiano ML (2016) The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord. Int J Behav Med* 22(1):177–184 <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>

Barnett MJ, Dripps WR, Blomquist KK (2016) Organivore or organorexic? Examining the relationship between alternative food network engagement, disordered eating, and special diets. *Appetite* 105:713–720. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.008>

Bas M, Karabudak E, Kiziltan G. Vegetarianism and eating disorders: association between eating attitudes and other psychological factors among Turkish adolescents. *Appetite* 2005; 44: 309–315.

del Mar Bibiloni M, Coll JLI, Pich J, Pons A, Tur JA (2017) Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health* 17(1):39. doi:10.1186/s12889-016-3919-7

Ben B, Martin D. Dapper dudes: Young men's fashion consumption and expressions of masculinity. *Critl Stud Men Fashion*. 2015;2:5-21.

Berczik K, Szab A, Griffiths MD, Kurimay T, Kun B, Urban R, Zsolt D (2012) Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Subst Use Misuse* 47:403–417. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.639120>

Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image* 5, 244–250. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.02.003

Bo S, Zoccali R, Ponzio V et al (2014) University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *J Transl Med* 12:221. <https://doi.org/10.1186/s12967-014-0221-2>

Bona et al (2018) An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (2019) 24:13–20

Bosi A, Derya C, Çagatay G (2007) Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 49:661–666. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007>

Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J, Ro O, Rosenvinge JH, Hoffart A, Martinsen EW. Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):266-273.

Bratman, S. (1997). Original essay on orthorexia. Retrieved April 10, 2019 from <http://www.orthorexia.com/originalorthorexia-essay/>

Bratman, S & Knight, D. (2000). *Health food junkies: Overcoming the obsession with*

healthful eating. New York: Broadway Books.

Bratman, S., & Knight, D. (2001). Health food junkies. Orthorexia nervosa.

Overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway Books.

Bratman Steven, (2017). Orthorexia Vs theories of healthy eating. *Eat Weight Disord* 22:381- 385

Braun DL, Sunday SR, Halmi KA: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 24:859-867, 1994.

Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al.: Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord* 40 Suppl:S117-122, 2007.

Brytek- Matera et al. (2015) Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students *Journal of Eating Disorders* (2015) 3:2

Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2016). Erratum to: Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of eating disorders*, 4(1), 16.

Brytek-Matera, A., & Donini, L. M. (2018). Orthorexia Nervosa and Body Image. In *Body Image, Eating, and Weight* (pp. 167-171). Springer, Cham.

Brytek-Matera, A., Fonte, M. L., Poggiogalle, E., Donini, L. M., & Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 609-617.

Brown Z, Tiggemann M. Attractive celebrity and peer images on Instagram: effect on women's mood and body image. *Body Image*. 2016;19:37-43.

Brown et al.(2017) Intolerance of uncertainty in Eating disorders: A systematic Review and Meta- analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 25(5):329343

Byrne S. (2002) Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *J Sci Med Sport* , 5:80–94

Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., and Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultural norms for women’s and men’s ideal appearance in real-world contexts. *Body Image* 8, 322–334. doi: 10.1016/j. bodyim.2011.06.002

Button et al. (1997) Self esteem, eating problems and psychological well being in a cohort of school girls aged 15-16. A questionnaire and interview study. *International journal of eating disorders*, 21, 39-47.

Carrotte ER, Prichard I, Lim MSC. “Fitspiration” on social media: a content analysis of gendered images. *J Med Internet Res*. 2017; 19(3):e95.

Cash TF (1997) How do you feel about your body? In: *The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*. New Harbinger Publications, Inc, Oakland, CA, pp 61–65

Chamberlain, S.R., Blackwell, A.D., Fineberg, N.A., Robbins, T.W. and Sahakian, B.J. (2005) The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 399-419.

Cena H. Et al. (2019) Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (2019) 24:209–246

Cheshire, A., Berry, M., & Fixsen, A. (2020). What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. *Appetite*, 155, 104798.

Chapman C, Lane AM, Brierley JH, Terry PC (1997). Anxiety, self- confidence and performance in Tae Kwon Do. *Percept Mot Skills* 85:1275

Cinquegrani B (2018) 'Wellness' lifts us above the Food Chaos': a narrative exploration of the experiences and conceptualisations of orthorexia nervosa through online social media forums. *Qual Res Sport Exerc Health* 10(5):585–603. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2018.1464501>

Crawford, R (1980). Healthism and medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10 (3), 365 - 388.

Compte EJ, Sepulveda AR, Torrente F (2015) A two-stage epidemiological study of eating disorders and muscle dysmorphia in male university students in Buenos Aires. *Int J Eat Disord* 48:1092–1101. <https://doi.org/10.1002/eat.22448>

Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K (2017) Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs* 38(12):980– 988. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1371816>

Costarelli & Stamou (2009) EMOTIONAL INTELLIGENCE, BODY IMAGE AND DISORDERED EATING ATTITUDES IN COMBAT SPORT ATHLETES, *J Exerc Sci Fit* • Vol 7 • No 2 • 104–111

Clifford T, Blyth C, Clifford T (2018) A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eat Weight Disord - Stud Anorex, Bulim Obes.* <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0584-0>

Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE (2006) The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eat Weight Disord* 11(1):1–13

Cordes, M., Vocks, S., Düsing, R., and Waldorf, M. (2017). Effects of the exposure to self- and other-referential bodies on state body image and negative affect in resistance-trained men. *Body Image* 21, 57–65. doi: 10.1016/j.bodyim.2017. 02.007

Crawford R (2006) Health as a meaningful social practice. *Health* 10:401–420. <https://doi.org/10.1177/1363459306067310>

Croll et al. 2002, Prevalence and risk and protective factors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of adolescent Health*, 31, 166-275

Csabai M (2002) Emblems or caricatures? Discourses about hysteria and anorexia nervosa. *J Politics Gender Cult* 1(2):91–108

Delaney M, McCarthy MB (2014) Saints, sinners and non-believers: the moral space of food. A qualitative exploration of beliefs and perspectives on healthy eating of Irish adults aged 50–70.

Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Massimetti G, Pini S, Rivetti L et al (2016) Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Riv Psichiatr* 51(5):190–196. <https://doi.org/10.1708/2476.25888>

Dell’Osso et al. (2018) Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy *Eat Weight Disord* (2018) 23:55–65

Devonport TJ (2006). Perceptions of the contribution of psychology to success in elite kickboxing. *J Sports Sci Med* 5:99–107.

DIEHL NS, JOHNSON CE, ROGERS RL, PETRIE TA (1998) . Social physique anxiety and disordered eating: What’s the connection? *Addict Behav* , 23:1–6

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004).

Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2)151-157.

Donini et al. (2005) Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 10(2): 28-32

Daniel, S., & Bridges, S. K. (2010). The drive for muscularity in men: Media influences and objectification theory. *Body Image*, 7, 32–38.

Deshpande S, Basil MD, Basil DZ. Factors influencing healthy eating habits among college students: an application of the health belief model. *Health Mark Q* 2009; 26: 145–164.

Dittfeld A, Gwizdek K, Koszowska A et al (2016) Assessing the risk of orthorexia in dietetic and physiotherapy students using the BOT (Bratman Test for orthorexia). *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab* 22:6–14. <https://doi.org/10.18544/PEDM-22.01.0044>

Di Renzo, L., Gualtieri, P., Cinelli, G., Bigioni, G., Soldati, L., Attinà, A., ... & Ferraro, S. (2020). Psychological aspects and eating habits during COVID-19 home confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients*, 12(7), 2152. <https://doi.org/10.3390/nu12072152>

Douma et al. (2021) Developmental pathway of orthorexia nervosa: Factors contributing to progression from healthy eating to excessive preoccupation with healthy eating. Experiences of Dutch health professionals. *Appetite* Volume 158, 1 March 2021, 105008

Dunn TM, Bratman S (2016) On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 21:11–17.

Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A (2017) Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eat Weight Disord* 22(1):185–192. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0258-8>

Egorov AY, Szabo A. The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction. *J Behav Addict.* 2013;2(4):199-208.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique

- anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18(3), 389-394.
- Fairburn C. G. & Terrene Wilson G. (1993) *Binge Eating* , The Guilford Press , NY
- Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z (1999) A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 37(1):1–13. doi:10.1016/S0005-7967(98)00102-8
- Fairburn et al., (2003) Cognitive behavior therapy for eating disorders: A trans diagnostic theory and treatment . *Behavior Research and Therapy*, 41(5) , 509-528
- Fairburn CG (2008) Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In: Fairburn CG (ed) *Cognitive behavior therapy and eating disorders cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press, Guilford, pp 7–22
- Feingold, A., and Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychol. Sci.* 9, 190–195. doi: 10.1111/1467-9280.00036
- FERRAND C, MAGNAN C, PHILLIPPE RA. (2005) Body-esteem, body mass index, and risk for disordered eating among adolescents in synchronized swimming. *Percept Mot Skills*, 101:877– 884
- Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I (2010) Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry* 51(1):49–54. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>
- Field AE, Sonneville KR, Crosby RD, Swanson SA, Eddy KT, Camargo CA Jr, et al. Prospective associations of concerns about physique and the development of obesity, binge drinking, and drug use among adolescent boys and young adult men. *JAMA pediatrics*. 2014 Jan; 168(1):34–39. PubMed PMID: 24190655. Pubmed Central PMCID: 3947325. [PubMed: 24190655]
- Filaire E, Maso F, Degoutte F, Jouanel P, Lac G (2001). Food restriction, performance, psychological state and lipid values in judo athletes. *Int J Sports Med* 22:454–9.

Fioravanti, G., Probst, A., & Casale, S. (2020). Taking a Short Break from Instagram: The Effects on Subjective Well-Being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(2), 107- 112

Fleming S, Costarelli V (2007). Nutrient intake and body composition in relation to making weight in young male Taekwondo players. *Nut Food Sci* 37:358–66.

Fleming S, Costarelli V (2009). Eating behaviours and general practices used by Taekwondo players in order to make weight before competition. *Nutr Food Sci* 39:16–23.

Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Mattos, P. and Versiani, M. (2006) Neuropsychological findings in obsessive-compulsive disorder and its potential implications for treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 2, 11-26. doi:10.2174/157340006775101454

Fraikue, F. B. (2016, August). Reasons for eating out and socio-demographic characteristics of customers. In Proceedings of INCEDI 2016 Conference| August (pp. 29-31). Ανακτήθηκε από: <http://www.incedi.org/wp-content/uploads/2016/11/REASONS-FOR-EATING-OUT-AND-SOCIO-DEMOGRAPHIC-CHARACTERISTICS-OF-CUSTOMERS-FRAIKUE-F.B..pdf>

Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory. *Psychol Women Q*. 1997;21:173-206.

Fryar CD, Hughes JP, Herrick KA, Ahluwalia N. Fast Food Consumption Among Adults in the United States, 2013–2016. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics Data Brief; 2018:1-9.

Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1345-1422.

Gatward N (2007) Anorexia nervosa: A evolutionary puzzle. *European eating disorders*, 15, 1-12

Garner DM et al. (1982) The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982, 12:871-878

Gleaves et al. (2013) Measuring Orthorexia .Development of the eating habits questionnaire. *The international journal of educational and Psychological assessment*.

Goffman, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry*, 22(2), 123-142. <https://doi.org/10.1080/00332747.1959.11023166>

Grabe, S., Ward, L. M., and Hyde, J. S. (2008). The Role of the Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies. *Psychol. Bull.* 134, 460–476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460

Grandi S, Clementi C, Guidi J, Benassi M, Tossani E. Personality characteristics and psychological distress associated with primary exercise dependence: An exploratory study. *Psychiat Res.* 2011;189(2):270-275.

Griffiths S, Hay P, Mitchison D, Mond JM, McLean SA, Rodgers B, Massey R, Paxton SJ (2016) Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Aust N Z J Public Health* 40(6):518–522. doi:10.1111/1753-6405.12538

Gorrasi et al (2019) Traits of orthorexia nervosa and muscle dysmorphia in Italian University students: a multi centre study. *Eating And Weight disorders* 25:1413-1423

Grossbard, J. R., Neighbors, C., and Larimer, M. E. (2011). Perceived norms for thinness and muscularity among college students: What do men and women really want? *Eat. Behav.* 12, 192–199. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.005

Goswami S, Sachdeva S, Sachdeva R. Body image satisfaction among female college students. *Ind Psychiatry J.* 2012; 21(2):168-172.

Csabai M (2002) Emblems or caricatures? Discourses about hysteria and anorexia nervosa. *J Politics Gender Cult* 1(2):91–108

HAASE AM, PRAPAVESSIS H. Social physique anxiety and eating attitudes in female athletic and non-athletic groups. *J Sci Med Sport* 2001, 4:396–405

Haman L, Lindgren EC, Prell H (2017) “If it’s not Iron it’s Iron f*cking biggest Ironmen”: personal trainers’s views on health norms, orthorexia and deviant behaviors. *Int J Qual Stud Health Well-being* 12:1364602.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1364602>

Harper B, Tiggemann M. The effect of thin ideal media images on women's self-objectification, mood, and body image. *Sex Roles*. 2008;58:649-657.

Hausenblas AH, Cook BJ, Chittester NI (2008). Can exercise treat eating disorders? *Exerc Sports Sci Rev* 36:43–7.

World Health Organization (2002) Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva

James et al. (2005) Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders, *J Athl Train*. 40(4):352-359

García PLR, Marcos LT, Guillamón AR, et al. Physical fitness level and its relationship with self-concept in school children. *Psychol*. 2014;5(18):2009-2017

Jimenez et al 2017, Body shape as body image determinant in university students, *Nutr Hosp* 34(5): 1112 - 1118

Ramos Jimenez et al (2017) Body Image Satisfaction as a Physical Activity Indicator in University Students *Am J Health Behave*, 41(5) 599-677

Gonidakis F. Et al. (2021) Validation of the Greek ORTO-15 questionnaire for the assessment of Orthorexia Nervosa and its relation to Eating Disorders symptomatology. Manuscript Number: EAWD-D-20-00065R2

Gramaglia C et al. (2017) Orthorexia and anorexia nervosa - two distinct phenomena? A cross cultural comparison of orthorexic behaviors in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry* (2017) 17:75

Griffiths MD, Urbán R, Demetrovics Z, Lichtenstein MB, de la Vega R, Kun B. A cross-cultural re-evaluation of the Exercise Addiction Inventory (EAI) in five countries. *Sports Med.* 2015;1(1):5.

Gu, B.M., Park, J.Y., Kang, D.H., et al. (2008) Neural correlates of cognitive inflexibility during task-switching in obsessive-compulsive disorder. *Brain: Journal of Neurology*, 131, 155-164. doi:10.1093/brain/awm277

Hay P. (2021) Is orthorexia nervosa a healthy way of being or a mental health disorder? Commentary on He et al. , *International Journal of Eating Disorders* / <https://doi.org/10.1002/eat.23465>

Haddad C, Hallit R, Akel M, Honeim K, Akiki M, Kheir N, Obeid S, Hallit S (2019). Validation of the Arabic version of the ORTO-15 questionnaire in a sample of the Lebanese population. *Eat Weight Disord.* In press doi:10.1007/s40519-019-00710-y

Hagger MS, Hein V, Chatzisarantis NL. Achievement goals, physical self-concept, and social physique anxiety in a physical activity context. *J Appl Soc Psychol.* 2011;41(6):1299-1339.

Hausenblas HA, Fallon EA. Exercise and body image: a meta-analysis. *Psychol Health.* 2006;21(1):33-47.

Iancu I, Bodner E, Ben-Zion IZ (2015) Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Compr Psychiatry* 58:165–171. doi:10.1016/j.comppsy.2014.11.018

Janeck A. Et al. (2003), Too much thinking: metacognitive differences in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 181-195

- Kalra et al. (2020) Orthorexia nervosa- recent advances in endocrinology. Vol. 70, No7
- Klimek P et al. (2017) Thinness and muscularity internalisation: Associations with disorders eating and muscle dysmorphia in men. *International Journal of eating disorders*. eat22844
- Karazsia, B. T., and Crowther, J. H. (2009). Social body comparison and internalization: Mediators of social influences on men's muscularity-oriented body dissatisfaction. *Body Image* 6, 105–112. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.12.003
- Karazsia, B. T., Murnen, S. K., and Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time a cross-temporal meta-analysis. *Psychol. Bull.* 143, 293– 320. doi: 10.1037/bul0000081
- Keski-Rahkonen, A., and Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr. Opin. Psychiatry* 29, 372–377. doi: 10.1097/YCO.0000000000000274
- Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I (2006) Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom* 75(6):395–396. doi:10.1159/000095447
- Konstantelou A & Reynolds M. (2010) Intolerance of uncertainty and metacognition in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eat Behav* 11:193-196
- Koslowski et al. (1992) The Factor structure and the criterion validity of the short form of the eating attitudes test. *J Pers Asses* 58: 27-35
- Koven N., Senbonmatsu R. , (2013) A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa , *Open Journal of Psychiatry*, 3, 214-222

Koven NS, Abry AW (2015) The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11:385–394. doi:10.2147/NDT.S61665

Turner PG, Lefevre CE (2017) Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 22(2):277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>

Landolfi E (2013) Exercise addiction. *Sports Med* 43:111–119. <https://doi.org/10.1007/s40279-012-0013-x>

Lee, J., & Macdonald, D. (2010) Are they checking our obesity or what? The healthiest discourse and rural young women. *Sport, Education and Society*, 15(2), 203- 219

Lemon, S. C., Milagros, C. R., Zapka, J., Borg, A., and Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. *Body Image* 6, 90–96. doi: 10.1016/j.bodyim.2008. 11.004

Lemoyne J, Valois P, Guay F. Physical self-concept and participation in physical activity in college students. *Med Sci Sports Exerc.* 2015;47(1):142-150.

Leone JE, Sedory EJ, Gray KA (2005) Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Train* 40:352–359

Levine MP. Loneliness and eating disorders. *The Journal of psychology.* 2012 Jan-Apr;146(1–2): 243–257. PubMed PMID: 22303623. [PubMed: 22303623]

Lewallen J, Behm-Morawitz E. Pinterest or thinterest?: social comparison and body image on social media. *Soc Media Soc.* 2016;2: 1-9.

Lilenfeld et al., (2005) Eating Disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, 299-320.

Lup, K., Trub, L., & Rosenthal, L. (2015). Instagram# instasad?: exploring associations among instagram use, depressive symptoms, negative social comparison, and strangers followed. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(5), 247-252.

- Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(5):516–523. [PubMed: 25035882]
- Macfarlane L, Owens G, Cruz BDP (2016) Identifying the features of an exercise addiction: a Delphi study. *J Behav Addict* 5:474–484. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.060>
- McInerney-Ernst EM (2011) Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend? Dissertation. University of Missouri-Kansas City, Kansas City
- Mac Evilly C. The price of perfection. *Nut Bull*. 2001;26(4):275–6.
- Mackowiak et al (2019) Examination of Actual and Ideal Body-Related Characteristics and Body-Related Pride in Adult Males ,*American Journal of Men’s Health* September-October 2019: 1–8
- Malmborg J, Bremander A, Olsson MC, Bergman S (2016) Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.028>
- Malmborg J, Bremander A, Olsson MC, Bergman S (2017) Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: a comparison between exercise science students and business students. *Appetite* 109:137–143. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.028>
- Mann et al 1997. Are the two interventions worse than none? Joint Primary and secondary prevntion of eating disorders in college females. *Health Psychology* 16, 215-225
- Martz, D. M., Petro, A. B., Curtin, L., and Bazzini, D. G. (2009). Gender dierences in fat talk among american adults: Results from the psychology of size survey. *Sex Roles* 61, 34–41. doi: 10.1007/s11199-009-9587-7
- McComb& Mills (2019) Orthorexia nervosa:A review of psychosocial risk factos. *Appetite*

McInerney-Ernst EM: Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend? Dissertation. University of Missouri-Kansas City 2011. <http://hdl.handle.net/10355/11200> downloaded April 22 2014.

Meier EP, Gray J. Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls. *Cyberpsychology, behavior and social networking*. 2014 Apr; 17(4):199–206. PubMed PMID: 24237288.

Meier, A., & Schäfer, S. (2018). The positive side of social comparison on social network sites: How envy can drive inspiration on Instagram. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(7),411-417

Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M (2016) Non- specific eating disorders—a subjective review. *Psychiatr Pol* 50(3):497–507. <https://doi.org/10.12740/PP/59217>

Moynihan, A. B., Van Tilburg, W. A., Igou, E. R., Wisman, A., Donnelly, A. E., & Mulcaire, J. B. (2015). Eaten up by boredom: Consuming food to escape awareness of the bored self. *Frontiers in Psychology*, 6,369.

Moroze et al., (2015) Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating near fatal orthorexia nervosa and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 56: 397-403

Musaiger AO, Al-Kandari FI, Al-Mannai M, Al-Faraj AM, Bouriki FA, Shehab FS, et al. Disordered eating attitudes among University students in Kuwait: the role of gender and obesity. *Int J Prev Med* 2016; 7: 67.

Myers TA, Crowther JH. Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: a meta-analytic review. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118:683-698.

Naemi et al. (2016) Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences *Eat Weight Disord* 21: 597- 605

Neumark-Sztainer D, Cafri G, Wall M (2007) Steroid use among adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *Pediatrics* 119(3):476–486. doi:10.1016/s1073-5437(08)70864-7

Nelson MC, Story M, Larson NI, Neumark-Sztainer D, Lytle LA. Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity* 2008; 16: 2205–2211.

Oberle et al(2017) Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI and personality. *Appetite* 108 303-310.

Oberle et al. (2018) Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (2018) 23:67–74

Oberle C.D., De Nadai A.S, Madrid A.L. (2020) Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology, *Eat Weight Disord*, doi: 10.1007/s40519-020-00896-6

Owens, T. E., Allen, M. D., and Spangler, D. L. (2010). An fMRI study of self-reflection about body image: Sex differences. *Pers. Individ. Dif.* 48, 849–854. doi: 10.1016/j.paid.2010.02.012

Papathomas, A. (2014). A few good men. Male athlete eating disorders, medical supremacy and the silencing of a sporting minority. In J. R. Schinke & R. K. McGannon (Eds.), *The psychology of sub-culture in sport and physical activity. A critical approach* (. 107-120). New York: Routledge.

Patsali, M. E., Mousa, D. P. V., Papadopoulou, E. V., Papadopoulou, K. K., Kaparounaki, C. K., Diakogiannis, I., & Fountoulakis, K. N. (2020). University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry*

Paxton SJ, Phythian K. Body image, self-esteem, and health status in middle and later adulthood. *Austral Psychol.*1999;34(2):116-121.

Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35:539-549.

Plichta M, Jezewska-Zychowicz M (2019) Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students. *Appetite* 137:114–123. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.022>

Pope AW, McHale SM, Craighead WE (1988) Self-esteem enhancement with children and adolescents. Pergamon Press, Oxford, UK

Pope et al (1993) Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 boy builders. *Compr Psychiatry* 34: 406-409

Pope et al (1997) Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 38:548-557

National Eating Disorders Collaboration. What is body image? <https://www.nedc.com.au/assets/Fact-Sheets/NEDC-Fact-Sheet-Body-Image.pdf>. Accessed 8 January 2019.

NICOLS J et al., (2006) Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160:137–142

Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health*. 2006;39:244-251.

Quick VM, Byrd-Bredbenner C (2014) Disordered eating, socio-cultural media influencers, body image, and psychological factors among a racially/ethnically diverse population of college women. *Eat Behav* 15(1):37–41. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.005

Rotenberg KJ, Flood D. Loneliness, dysphoria, dietary restraint, and eating behavior. *The International journal of eating disorders*. 1999 Jan; 25(1):55–64. PubMed PMID: 9924653. [PubMed: 9924653]

Rudolph S (2017) The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eat Weigh Disord*. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>

Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, Dell’Osso L (2011) Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord* 16(2):e127–e130. <https://doi.org/10.1007/BF03325318>

Ravaldi C et al. (2003) Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36:247–254

Rebecca Reynolds (2018) Is the prevalence of Orthorexia nervosa in an Australian university population 6,5% ? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* (2018) 23:453–458

Reiner M, Niermann C, Jekauc D, Woll A. Long-term health benefits of physical activity—A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2013;13:813.

Richard A, Rohrmann S, Lohse T, Eichholzer M (2016) Is body weight dissatisfaction a predictor of depression independent of body mass index, sex and age? Results of a cross-sectional study. *BMC Public Health* 16(1):863. doi:10.1186/s12889-016-3497-8

Robert- MacComb J., (2001) *Eating Disorders in women and children* , CRC Press, London

Rodriguez-Cano T, Beato-Fernandez L, Belmonte- Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 173–178.

Rubin LR, Fitts ML, Becker AE (2003) “Whatever feels good in my soul”: body ethics and aesthetics among African American and Latina women. *Cult Med Psychiatry* 27(1):49–75. doi:10. 1023/a:1023679821086

Rubina A, Shoukat S, Raza R, Shiekh MM, Rashid Q, Siddique MS, et al. Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and nonmedical students of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2009; 59: 650–655.

Rocks T et al (2017) Prevalence of Exercise Addiction Symptomology and Disordered Eating in Australian Students Studying Nutrition and Dietetics *JOURNAL OF THE ACADEMY OF NUTRITION AND DIETETICS*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2017.04.001>

Rogoza R, Donini LM (2020) Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15, *Eat Weight Disord*, doi:10.1007/s40519-020-00924-5

Ross A, Friedmann E, Bevans M, Thomas S (2013) National survey of yoga practitioners: mental and physical health benefits. *Complement Ther Med* 21(4):313–323. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.04.001>

Rudolph S (2017) The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eat Weight Disord.* <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0437-2>

Runfola CD, Von Holle A, Trace SE, Brownley KA, Hofmeier SM, Gagne DA, Bulik CM (2013) Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. *Eur Eat Disord Rev* 21(1):52–59. doi:10.1002/erv.2201

Rounsefell et al (2019) Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review *Nutrition & Dietetics.* 2020;77:19–40.

Rouveix M, Bouget M, Pannafieux C, Champely S, Filaire E (2007). Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *Int J Sports Med* 28:340–5.

Selvini-Palazzoli M (1985) Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *J Strat Syst Ther* 4(3):12–16. <https://doi.org/10.1521/jsst.1985.4.3.12>

Setnick J (2013) *The eating disorders clinical pocket guide, second edition: quick reference for healthcare providers.* Understanding Nutrition, Dallas

Simpson CC, Mazzeo SE. Skinny is not enough: a content analysis of fitspiration on Pinterest. *Health Commun.* 2017;32:560-567.

Smink FR, Hoeken VD, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406–414.

Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A, Gazzarrini D, Sinopoli F, De Fazio P (2015) The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* 20(2):161–166. doi:10.1007/s40519-014-0171-y

Segura-García C, Papaïanni MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L et al (2012) Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord* 17(4):e226-233. <https://doi.org/10.3275/8272>

Schmidt M, Blum M, Valkanover S, et al. Motor ability and self-esteem: the mediating role of physical self-concept and perceived social acceptance. *Psychol Sport Exerc*. 2015;17:15-23.

Stevens MJ, Lane AM, Terry PC (2006). Mood profiling during Olympic qualifying judo competition: a case study testing transactional relationships. *J Sports Sci Med (Combat Sports Special Issue)* 143–51.

Stice E (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 128:825–48.

Terry PC, Lane AM, Warren L (1999). Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers. *J Sports Sci Med* 2:67–77.

Terry A, Szabo A, Griffiths M. The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addict Res Theory*. 2004;12:489-499.

Tiggemann, M., & Anderberg, I. (2020). Social media is not real: The effect of ‘Instagram vs reality’ images on women’s social comparison and body image. *New Media & Society*, 22(12),

Tiggemann, M., & Barbato, I. (2018). “You look great!”: The effect of viewing appearance-related Instagram comments on women’s body image. *Body Image*, 27, 61-66.

TORSTVEIT MK, SUNDGOT-BORGEN J. (2005) Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: A national survey of 1276 elite athletes and controls. *Br J Sports Med*, 39:141–147

Sonneville KR, Horton NJ, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Solmi F, et al. Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA pediatrics*.

2013 Feb; 167(2):149–155. PubMed PMID: 23229786. Pubmed Central PMCID: 3654655. [PubMed: 23229786]

Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2002;128(5):825- 848.

Shriver, L. H., Harrist, A. W., Page, M., Hubbs-Tait, L., Moulton, M., and Topham, G. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. *Body Image* 10, 78–84. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.10.005

Stanford, S. C., and Lemberg, R. (2012). A Clinical Comparison of Men and Women on the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eat. Disord.* 20, 379–394. doi: 10.1080/10640266.2012.715516

Shroff H, Reba L, Thornton LM, et al. Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2006;39(6):454-461.

Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D (2012) Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord* 20(5):346–355. doi:10.1080/10640266.2012.715512

Tiggemann M, Zaccardo M. “Exercise to be fit, not skinny”: the effect of fitspiration imagery on women's body image. *Body Image.* 2015;15:61-67.

Thompson-Brenner H, Eddy K, Franko D, Dorer D, Vashchenko M, Herzog D: Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41: 203–8.

THOMPSON AM, CHAD KE. (2002) The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *J Adolesc Health* 31:183–189

Tremelling K, Sandon L, Vega GL, McAdams CJ (2017) Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *J Acad Nutr Diet* 117(10):1612– 1617. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.05.001>

Turner PG, Lefevre CE (2017) Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 22(2):277– 284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>

Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image*, 8, 199–207.

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129.

Umeda T, Nakaji S, Shimoyama T, Kojima A, Yamamoto Y, Sugawara K (2004a). Adverse effects of energy restriction on changes in immunoglobulins and complements during weight reduction in judoists. *J Sports Med Phys Fitness* 44:328–34.

Umeda T, Nakaji S, Shimoyama T, Yamamoto Y, Totsuka M, Sugawara K (2004b). Adverse effects of energy restriction on myogenic enzymes in judoists. *J Sports Sci* 22:329–38.

Valera H et al. (2014) Prevalence of Orthorexia nervosa among astanga yoga practitioners a pilot study. *Eat Weight Disord - Stud Anore , buli Obes* 19: 469-472

Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF (2014) When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 14:59. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-59>

Varnes JR, Stollefson ML, Janelle CM, Dorman SM, Dodd V, Miller MD (2013) A systematic review of studies comparing body image concerns among female college athletes and non- athletes, 1997–2012. *Body Image* 10(4):421–432. doi:10.1016/j.bodyim.2013.06.001

Veale DM. Exercise dependence. *Br J Addict.* 1987;82(7):735-740.

Voges, M. M., Giabbiconi, C.-M., Schöne, B., Braks, K., Huber, T. J., Waldorf, M., et al. (2018). Double standards in body evaluation? How identifying with a body stimulus

influences ratings in women with anorexia and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 51, 1223–1232. doi: 10.1002/eat.22967

Voges, M. M., Giabbiconi, C.-M., Schöne, B., Waldorf, M., Hartmann, A. S., and Vocks, S. (2017). Double standards in body evaluation? The influence of identification with body stimuli on ratings of attractiveness, body fat, and muscle mass. *Eat. Weight Disord* doi: 10.1007/s40519-017-0450-5 [Epub ahead of print].

Voges M et al (2019) Gender Differences in Body evaluation: Do Men Show More Self-Serving Double Standards Than Women? *Frontiers in Psychology*

doi: 10.3389/fpsyg.2019.00544

Vohs et al 2001, Disordered eating and the transition to college: a prospective study. *International Journal of eating disorders*, 29, 280-288x

Walker et al. (2015) Facebook Use and Disordered Eating in College-Aged Women *J Adolesc Health.* 2015 August ; 57(2): 157–163.
doi:10.1016/j.jadohealth.2015.04.026.

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: The evidence. *CMAJ.* 2006;174(6):801-809.

Weltzin TE, Weisensel N, Franczyk D, Burnett K, Klitz C, Bean P. Eating disorders in men: update. *JMHG.* 2005;2(2):186–93.

Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., and Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behav. Modif.* 28, 711–738. doi: 10.1177/0145445503259853

Winkler et al., (2014) Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 219:1-9 doi.org/10.1016/j.psychres

Wong RSK, Thung JS, Pieter W (2006). Mood and performance in young Malaysian Karateka. *J Sports Sci Med (Combat Sports Special Issue)* 54–9.

Wright J, O'Flynn G, Macdonald D (2006) Being fit and looking healthy: young women's and men's constructions of health and fitness. *Sex Roles* 54:707–716. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9036-9>

Yager & O'dea (2006) Prevention programs for body image and eating disorders on University Campuses: review of a large, controlled interventions. *Health Promotion International* Vol 23 No 2

Yeager KK et al. (1993) The female athlete triad: Disordered eating, amenorrhea, osteoporosis. *Med Sci Sports Exerc*, 25:775–777

<https://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/28.2-GR-2017.pdf>

<https://psychiatry.gr/ekpaideutiko-uliko/19-joomla/94-2019-12-30-12-15-37>

Παράρτημα Ι: Έλεγχος κανονικότητας

Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Βάρος	,057	120	,200*	,981	120	,096
Ύψος	,073	120	,173	,973	120	,017
ΔΜΣ	,081	120	,052	,979	120	,055
MBSRQ Score	,091	120	,016	,988	120	,382
Ικανοποίηση με εμφάνιση	,139	120	,000	,961	120	,002
Επένδυση στην εμφάνιση	,069	120	,200*	,993	120	,768
Ικανοποίηση με μέρη σώματος	,076	120	,082	,979	120	,058
Άγχος με εμφάνιση & βάρος	,123	120	,000	,940	120	,000
Αυτοκατηγοριοποίηση βάρους	,277	120	,000	,880	120	,000
EAT Score	,131	120	,000	,908	120	,000
EAT-Δίαιτα	,212	120	,000	,844	120	,000
EAT-Βουλιμία	,167	120	,000	,930	120	,000
EAT-Έλεγχος	,200	120	,000	,854	120	,000
ORTHO Score	,082	120	,044	,973	120	,018
ORTHO-Cognitive	,092	120	,015	,976	120	,033
ORTHO-Behavioral	,133	120	,000	,963	120	,002
ORTHO-Emotional	,165	120	,000	,957	120	,001
SPAS Score	,080	120	,057	,977	120	,037

* Χαμηλότερο όριο της στατιστικής σημαντικότητας

Παράρτημα II: Ταξινόμηση ΔΠΤ κατά DSM-5 και ICD 10

Τα δύο διαγνωστικά συστήματα περιλαμβάνουν τα εφαρμοσμένα κριτήρια για την διάγνωση κλασικών μορφών διαταραχών. Υπάρχει και μια επιπλέον ταξινόμηση που αφορά τα παιδιά (Bravender et al., 2007).

A. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ANOREXIA NERVOSA)

Κατά DSM-5

1. Επίμονος περιορισμός της τροφής που οδηγεί σε μείωση του βάρους μικρότερο από 85% που αναμένεται για την αντίστοιχη ηλικία φύλλο
2. Έντονος φόβος μήπως αυξηθεί το βάρος ή αλλάξει το σχήμα του σώματος
3. Διαταραχή της αντίληψης της εικόνας σώματος ή απόδοση ιδιαίτερης σημασίας στο σχήμα και το βάρος.

Υπάρχουν 2 τύποι- ο “περιοριστικός” όπου ο ασθενής για να διατηρήσει το επιθυμητό βάρος περιορίζει την τροφή και καταναγκαστική άσκηση και ο “καθαρτικός” όπου ο ασθενής κάνει επεισόδια υπερφαγίας που συνοδεύονται από καθαρτικές συμπεριφορές.

Κατά τον WHO για την διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας (F 50.0) στο ICD-10 πρέπει να πληρούνται τα εξής κριτήρια :

1. ΔΜΣ< 17,5 ή σωματικό βάρος μικρότερο από το 85% του αναμενόμενου.
2. Διατήρηση της απώλειας βάρους με αποφυγή τροφίμων, χρήση διουρητικών ή υπακτικών και καταναγκαστική σωματική άσκηση.
3. Διαταραγμένη αντίληψη εικόνας σώματος
4. Αμηνόρροια ή απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος/ σεξουαλική ανικανότητα στους άνδρες

5. Σε περίπτωση έναρξης στη παιδική ηλικία ή εφηβεία , να υπάρχει καθυστέρηση της ανάπτυξης.

B. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ (BULIMIA NERVOSA)

Κατά το DSM-5 πρέπει να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια :

- 1.Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας.
- 2.Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά με σκοπό την αύξηση του βάρους
- 3.Επεισόδια υπερφαγίας καια πρόσφορης αντιστάθμισης , τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.
- 4.Αυτοεκτίμηση άμεσα εξαρτώμενη από το βάρος και την εικόνα σώματος.
- 5.Η διαταραχή να μην εμφανίζεται αποκλειστικά στα πλαίσια της ΨΑ.

Στη ψυχογενή Βουλιμία ο ΔΜΣ είναι κανονικός ή λίγο αυξημένος.

Συχνά σχετίζεται με διαταραχές προσωπικότητας (καταναγκαστική και αποφευκτική) (Thomason- Brenner et al, 2008) και διαταραχές διάθεσης (Braun et al, 1994)

Γ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (BINGE EATING DISORDER)

Στο DSM-5 η επεισοδιακή υπερφαγία ορίζεται ως ξεχωριστή κατηγορία. Συνυπάρχει με μεγάλο ΔΜΣ

Ορίζεται σε σχέση με την βουλιμία αλλά αντί για καθαρτικές μεθόδους ακολουθούν 3 ή περισσότερα από τα ακόλουθα :

α. μεγάλη ταχύτητα κατανάλωσης της τροφής

β. κατανάλωση τροφής μέχρι να νιώσει ο ασθενής δυσφορία

γ. κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων χωρίς να υπάρχει αίσθημα πείνας

δ. ντροπή και απομόνωση

ε. καταθλιπτική συνδρομή, αηδία, ενοχη μετά το επεισόδιο

Ενώ επικρατεί και μια έντονη δυσφορία για το βουλιμικό επεισόδιο.

Δ. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ- ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΙΩΣ (EDNOS)

Γίνεται προσπάθεια να περιγραφούν με ακρίβεια το πρόβλημα των συγκεκριμένων διαταραχών.

1. PICA - κατανάλωση πραγμάτων χωρίς θρεπτική αξία

2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗΡΥΚΑΣΜΟΥ (RUMINATION DISORDER)- επανακατάποση και φτύσιμο

3. AVOIDANT RESTRICTIVE/ FOOD INTAKE DISORDER(ARFID)-

4. ΑΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ / ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ (OSFED)- πληρούνται κάποια άλλα όχι όλα τα κριτήρια από μια διαταραχή.

Παράρτημα ΙΙΙ: Ερευνητικές κλίμακες

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)

Οδηγίες: Το ερωτηματολόγιο αφορά διάφορες διατροφικές συνήθειες που μπορεί να έχετε. Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν βάζοντας ένα **X** στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει.

		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
1	Με τρομοκρατεί η σκέψη ότι μπορεί να είμαι βαρύτερη/ος από το κανονικό.						
2	Αποφεύγω να φάω όταν πεινάω.						
3	Βρίσκω να με απασχολεί πολύ η ιδέα του φαγητού.						
4	Μου συμβαίνει να τρώω κατά κόρον, οπότε αισθάνομαι ότι δεν θα μπορέσω να σταματήσω.						
5	Όταν τρώω, κόβω την τροφή μου σε μικρά-μικρά κομματάκια.						
6	Έχω πλήρη επίγνωση για το πόσες θερμίδες περιέχουν οι τροφές που τρώω.						
7	Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί, πατάτες, ρύζι κλπ).						
8	Πιστεύω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.						
9	Κάνω εμετό μετά το φαγητό.						
10	Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχη/ος αφού έχω φάει.						
11	Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατη/ος.						
12	Σκέφτομαι όταν γυμνάζομαι ότι καίω θερμίδες.						
13	Οι άλλοι νομίζουν ότι είμαι πολύ λεπτή/ος.						
14	Με απασχολεί πολύ η σκέψη ότι έχω περίσσιο πάχος στο σώμα μου.						
15	Κάνω περισσότερη ώρα από τους άλλους να φάω το φαγητό μου.						
16	Αποφεύγω τις τροφές που περιέχουν ζάχαρη.						
17	Τρώω διαιτητικές τροφές (ή τροφές διαίτης).						
18	Νομίζω ότι το φαγητό καθορίζει τη ζωή μου.						
19	Ασκώ έλεγχο στον εαυτό μου γύρω από το φαγητό.						
20	Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να τρώω.						
21	Αφαιρώνω υπερβολικό χρόνο και σκέψη στο φαγητό.						
22	Αισθάνομαι δυσάρεστα όταν φάω γλυκά.						
23	Κάνω συστηματικά δίαιτα.						
24	Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.						
25	Ευχαριστιέμαι να δοκιμάζω νέα πλούσια φαγητά.						
26	Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό.						

Παράρτημα 3

1. Όταν τρώτε, προσέχετε τις θερμίδες του φαγητού;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

Όταν πηγαίνετε σε ένα κατάστημα τροφίμων νιώθετε αναστατωμένος η /
μπερδεμένος η;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

3. Τους τελευταίους 3 μήνες σας ανησύχησε η σκέψη του φαγητού;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

4. Οι διατροφικές σας επιλογές καθορίζονται από την ανησυχία σας για την
κατάσταση της υγείας σας;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

. Είναι η γεύση του φαγητού πιο σημαντική από την ποιότητα, όταν
αξιολογείτε το φαγητό;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

6. Είστε πρόθυμοι να διαθέσετε περισσότερα χρήματα προκειμένου να έχετε
πιο υγιεινό φαγητό;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

Η σκέψη του φαγητού σας ανησυχεί περισσότερες από 3 ώρες την
ημέρα;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

8. Επιτρέπετε στον εαυτό σας διατροφικές παρασπονδίες;

ΠΑΝΤΑ ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

9. Πιστεύετε πως η διάθεσή σας επηρεάζει τη διατροφική σας συμπεριφορά;

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

10. Πιστεύετε πως η πεποίθηση να καταναλώνει κάποιος μόνο υγιεινές τροφές αυξάνει την αυτοεκτίμηση;

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

11. Πιστεύετε πως η κατανάλωση υγιεινών τροφών αλλάζει τον τρόπο ζωής σας; (συχνότητα που τρώτε έξω, φίλοι)

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

12. Πιστεύετε πως η κατανάλωση υγιεινών τροφών μπορεί να βελτιώσει την εμφάνισή σας;

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

13. Νιώθετε ένοχος η όταν κάνετε παρασπονδίες;

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

14. Πιστεύετε πως στην αγορά υπάρχουν και ανθυγιεινές τροφές;

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

5. Στην παρούσα φάση είστε μόνοι όταν τρώτε τα γεύματά σας;

PANTA ΣΥΧΝΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΟΤΕ

Δημιουργοί

προσαρμογή στα ελληνικά : Φραγκίσκος Γονιδάκης, Χριστίνα Πουλοπούλου

Παράρτημα 4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (

Παρακάτω υπάρχουν 12 ερωτήματα τα οποία αναφέρονται στο άγχος που αισθάνεται κάποιος αναφορικά με τη σωματική του εμφάνιση. Για κάθε ένα από τα ερωτήματα αυτά υπάρχουν 5 πιθανές απαντήσεις: **καθόλου, ελάχιστα, μέτρια, πολύ και πάρα πολύ**. Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει για κάθε ερώτημα ξεχωριστά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

	ΚΑ ΘΟΛΟΥ	Ε ΛΑΧΙΣΤΑ	Μ ΕΤΡΙΑ	Π ΟΛΥ	Π ΑΡΑ ΠΟΛΥ
Νιώθω άνετα με την εικόνα του σώματός μου					
Θα αισθανόμουν άσχημα γνωρίζοντας τις απόψεις των άλλων για την σωματική μου εμφάνιση					
Δεν ανησυχώ ποτέ για το αν τα ρούχα που φορώ με αδυνατίζουν ή με παχαίνουν.					
Θα ευχόμουν να μην ήμουν τόσο ανήσυχος για το πώς φαίνεται το σώμα μου.					

Όταν κοιτώ τον εαυτό μου στον καθρέπτη, αισθάνομαι καλά για την εικόνα του σώματός μου					
Ανησυχώ για το γεγονός ότι υπάρχουν τμήματα του σώματός μου που δεν αρέσουν στους άλλους					
Είμαι ντροπαλόζ/ή και δεν μου αρέσει να κοιτούν άλλοι το σώμα μου					
Είμαι συνήθως χαλαρός/ άνετος όταν είναι φανερό ότι οι άλλοι κοιτούν το σώμα μου					
Όταν φορά μαγιό, συχνά νιώθω νευρικά για το σχήμα του σώματός μου					
Μερικές φορές ανησυχώ για το γεγονός ότι σε άλλα άτομα δεν αρέσει το πώς φαίνεται το σώμα μου.					
Όταν είμαι με άλλα άτομα, είμαι νευρικός για το πώς φαίνεται το σώμα μου.					
Είμαι άνετος για το υγιές σώμα μου και το πώς αυτό φαίνεται στους άλλους.					

MBSRQ-AS

ΟΔΗΓΙΕΣ—ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Οι επόμενες σελίδες περιέχουν μια σειρά από προτάσεις σχετικά με το πώς οι άνθρωποι μπορεί να σκέφτονται, να αισθάνονται, ή να συμπεριφέρονται. Σου ζητείται να υποδείξεις σε ποιο βαθμό η κάθε πρόταση ισχύει για σένα.

Οι απαντήσεις σου στα θέματα του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμες, γι' αυτό παρακαλώ μη γράψεις πουθενά το όνομά σου. Για να συμπληρώσεις το ερωτηματολόγιο, διάβασε προσεκτικά κάθε πρόταση και αποφάσισε σε ποιο βαθμό ισχύει για σένα. Χρησιμοποιώντας μια κλίμακα όπως την παρακάτω, σημείωσε τον αριθμό της απάντησής σου στα αριστερά της πρότασης.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

_____ Συνήθως έχω καλή διάθεση.

Στον κενό χώρο, σημείωσε **1** αν διαφωνείς απόλυτα με την πρόταση,

Σημείωσε **2** αν διαφωνείς,

Σημείωσε **3** αν ούτε διαφωνείς, ούτε συμφωνείς,

Σημείωσε **4** αν συμφωνείς,

ή σημείωσε **5** αν συμφωνείς απόλυτα με την πρόταση.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Δώσε απλά την απάντηση που είναι περισσότερο ακριβής για σένα. Να θυμάσε, οι απαντήσεις σου είναι εμπιστευτικές, γι' αυτό σε παρακαλώ να είσαι απόλυτα ειλικρινής και να απαντήσεις όλες τις προτάσεις.

(Duplication and use of the MBSRQ-AS only by permission of
Thomas F. Cash, Ph.D., Department of Psychology,
Old Dominion University, Norfolk, VA 23529)

**Διαφωνώ
Απόλυτα****Διαφωνώ****Ούτε Συμφωνώ
Ούτε Διαφωνώ****Συμφωνώ****Συμφωνώ
Απόλυτα**

- _____ 1. Πριν βγω έξω σε δημόσιο χώρο, πάντα προσέχω την εμφάνισή μου.
 _____ 2. Προσέχω να αγοράζω ρούχα που με κάνουν να φαίνομαι στα καλύτερά μου.
 _____ 3. Το σώμα μου είναι σεξουαλικά ελκυστικό.
 _____ 4. Συνεχώς ανησυχώ αν είμαι ή αν θα γίνω χοντρός/ή.
 _____ 5. Μου αρέσει η εμφάνιση μου όπως είναι.
 _____ 6. Ελέγχω την εμφάνιση μου στον καθρέφτη όποτε μπορώ.
 _____ 7. Πριν βγω έξω, συνήθως ξοδεύω πολύ χρόνο για να ετοιμαστώ.
 _____ 8. Είμαι πολύ προσεκτικός/ή ακόμα και για μικρές αλλαγές στο βάρος μου.
 _____ 9. Οι περισσότεροι άνθρωποι με θεωρούν εμφανίσιμο/η.
 _____ 10. Είναι σημαντικό να δείχνω πάντα καλά εμφανισιακά.
 _____ 11. Χρησιμοποιώ πολύ λίγα προϊόντα περιποίησης και ομορφιάς.
 _____ 12. Μου αρέσει η εμφάνιση μου όταν δεν φοράω ρούχα.
 _____ 13. Νιώθω άβολα όταν η εμφάνιση και περιποίησή μου δεν είναι σωστή.
 _____ 14. Φορώ συνήθως οτιδήποτε με βολεύει χωρίς να νοιάζομαι για την εμφάνισή μου.
 _____ 15. Μου αρέσει ο τρόπος που φαίνονται τα ρούχα πάνω μου.
 _____ 16. Δεν με ενδιαφέρει πως σκέφτονται οι άλλοι άνθρωποι για την εμφάνισή μου.
 _____ 17. Προσέχω με ιδιαίτερη φροντίδα την περιποίηση των μαλλιών μου.
 _____ 18. Δεν μου αρέσει η σωματική μου διάπλαση.
 _____ 19. Η εξωτερική μου εμφάνιση δεν είναι ελκυστική.
 _____ 20. Δεν σκέφτομαι ποτέ την εμφάνισή μου.
 _____ 21. Πάντα προσπαθώ να βελτιώνω την εξωτερική μου εμφάνιση.
 _____ 22. Είμαι σε δίαιτα για να χάσω βάρος.

Για τα υπόλοιπα ερωτήματα, χρησιμοποιείτε την κλίμακα που δίνεται για κάθε ερώτημα, και γράψετε την απάντησή σας στο χώρο δίπλα από κάθε πρόταση.

_____ 23. Έχω προσπαθήσει να χάσω βάρος με νηστεία ή με εξαντλητικές δίαιτες.

1. Ποτέ
2. Σπάνια
3. Κάποτε
4. Συχνά
5. Πολύ Συχνά

_____ 24. Νομίζω ότι είμαι:

1. Πολύ Αδύνατος/η
2. Κάπως Αδύνατος/η
3. Κανονικού Βάρους
4. Κάπως Υπέρβαρος/η
5. Πολύ Υπέρβαρος/η

_____ 25. Κοιτάζοντας με, οι περισσότεροι άνθρωποι θα σκέφτονται ότι είμαι:

1. Πολύ Αδύνατος/η

2. Κάπως Αδύνατος/η
3. Κανονικού Βάρους
4. Κάπως Υπέρβαρος/η
5. Πολύ Υπέρβαρος/η

26-34. Χρησιμοποίησε την πιο κάτω κλίμακα 1 έως 5 για να δείξεις πόσο δυσαρεστημένος/η ή ικανοποιημένος/η είσαι με κάθε ένα από τα ακόλουθα μέρη του σώματός σου:

	1	2	5	4	
3	Πολύ Δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε Δυσαρεστημένος/η Ούτε Ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ Ικανοποιημένος/η
_____	26. Πρόσωπο (χαρακτηριστικά, χρώμα δέρματος)				
_____	27. Μαλλιά (χρώμα, πάχος, υφή)				
_____	28. Κάτω μέρος (γλουτοί, γοφοί, μηροί, πόδια)				
_____	29. Μέση (μέση, στομάχι)				
_____	30. Πάνω μέρος (στήθος, ώμοι, χέρια)				
_____	31. Μυϊκός τόνος/μάζα				
_____	32. Βάρος				
_____	33. Ύψος				
_____	34. Συνολική εμφάνιση				

MBSRQ-AS © Thomas F. Cash, Ph.D



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού μου προγράμματος διεξάγω μια μελέτη για την συσχέτιση της εικόνας σώματος με την Ορθορεξία , αλλιώς την εμμονή στις υγιεινές τροφές .

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι ανώνυμη, εθελοντική αλλά πολύ σημαντική. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, να το συμπληρώσετε χωρίς ενδοιασμούς ώστε να προκύψουν οφέλη από την έρευνα. Θα αναλυθούν ως σύνολο και δεν ενδιαφέρει ούτε θα είναι δυνατόν να γνωρίζουν οι ερευνητές ποιος ή ποια απαντά στο κάθε ερωτηματολόγιο .

Οι απαντήσεις θα σας πάρουν λίγο χρόνο (περίπου 15-20 λεπτά). Εάν έχετε απορίες απευθυνθείτε σε αυτόν που σας έδωσε το ερωτηματολόγιο.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την εθελοντική και ειλικρινή συμμετοχή σας .

Υπεύθυνη έρευνας : Μεσσήνη Αναστασία , Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής - Διατροφολόγος. Εξωτερικός Συνεργάτης- Επιστημονικά Υπεύθυνη της Διατροφής στη Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης τροφής της Α΄ Πανεπιστημιακής ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Υπογραφή

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Απαντήστε τους πίνακες συμπληρώνοντας ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι

Ερώτηση 1 Φύλο:

Άνδρας	
Γυναίκα	

L
SEP

Ερώτηση 2 Χρονολογία γεννήσεως: (πχ 1986)

Ερώτηση 3

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:

Ανύπαντρος-η	
Παντρεμένος-η	
Διαζευγμένος-η	
Σε διάσταση	

L
SEP

Ερώτηση 4

Σε ποια σχολή παρακολουθείτε μαθήματα :

ΣΕΦΑΑ	
Άλλη	

Ερώτηση 5

Το μορφωτικό σας επίπεδο σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει:

Δημοτικό		Πανεπιστήμιο	
Γυμνάσιο		Μεταπτυχιακό	
Λύκειο		Διδακτορικό	
ΙΕΚ – Ανώτερη Σχολή		Μετα-Διδακτορικό	
ΤΕΙ			

Ερώτηση 6 Βάρος:

Ερώτηση 7 Ύψος:

Ερώτηση 8

Καπνίζετε: NAI OXI

Ερώτηση 9

Κάνετε κάποιου είδους δίαιτα:

NAI

OXI

Table 4 Detailed classification criteria for ON delineated by some scholars (and presented in the latest research)

Author, year	Diagnostic criteria
Setnick, 2013	<p>Criterion A: pathological preoccupation with nutrition and diet far beyond that which is necessary for health, and undue influence of diet on self-evaluation, evidenced by characteristics such as</p> <ol style="list-style-type: none">1. Phobic avoidance of or response to foods perceived to be unhealthy, such as refusal to be in proximity to such food or experiencing panic while watching others eat the food2. Severe emotional distress or self-harm after eating a food considered unhealthy3. Persistent failure to meet appropriate nutritional needs leading to nutritional deficit and/or psychological dependence on individual nutrient supplements in place of food intake due to the belief that synthetic nutrients are superior to those found in food or that food is contaminated (except in cases where food is known to be contaminated)4. Following a restrictive diet prescribed for a medical condition that the individual does not have, or to prevent illness not known to be influenced by diet5. Insisting on the health benefits of the diet in the face of evidence to the contrary6. Marked interference with social functioning or activities of daily living, such as isolation when eating, avoidance of social functions where food is served, or neglect of work, school or family responsibilities due to food-related activities <p>Criterion B: not the result of a lack of available food or a culturally sanctioned practice</p> <p>Criterion C: the individual endorses a drive for health or life extension rather than a drive for thinness</p> <p>Criterion D: the eating disturbance is not attributable to a medical condition or another mental disorder such as anorexia nervosa, bulimia nervosa or obsessive-compulsive disorder</p>

Moroze et al. 2014	<p>Criterion A. obsessional preoccupation with eating “healthy foods,” focusing on concerns regarding the quality and composition of meals. (Two or more of the following.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consuming a nutritionally unbalanced diet due to preoccupying beliefs about food “purity.” 2. Preoccupation and worries about eating impure or unhealthy foods, and on the impact of food quality and composition on physical and/or emotional health 3. Rigid avoidance of foods believed by the patient to be “unhealthy,” which may include foods containing any fat, preservatives, food-additives, animal products, or other ingredients considered by the subject to be unhealthy 4. For individuals who are not food professionals, excessive amounts of time (e.g. three or more hours per day) spent reading about, acquiring and/or preparing specific types of foods based on their perceived quality and composition 5. Guilty feelings and worries after transgressions in which “unhealthy” or “impure” foods are consumed 6. Intolerance of others food beliefs 7. Spending excessive amounts of money relative to one’s income on foods because of their perceived quality and composition <p>Criterion B. The obsessional preoccupation becomes impairing by either of the following</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impairment of physical health due to nutritional imbalances, e.g. developing malnutrition due to unbalanced diet 2. Severe distress or impairment of, social, academic or vocational functioning due to obsessional thoughts and behaviors focusing on patient’s beliefs about “healthy” eating <p>Criterion C. The disturbance is not merely an exacerbation of the symptoms of another disorder, such as obsessive compulsive disorder, or of schizophrenia or another psychotic disorder</p> <p>Criterion D. The behavior is not better accounted for by the exclusive observation of organized orthodox religious food observance, or when concerns with specialized food requirements are in relation to professionally diagnosed food allergies or medical conditions requiring a specific diet</p>
Barthels et al. 2015	<p>Criterion A: enduring and intensive preoccupation with healthy nutrition, healthy foods and healthy eating</p> <p>Criterion B: pronounced anxieties for as well as extensive avoidance of foods considered unhealthy according to subjective beliefs</p> <p>Criterion C</p> <p>C1. At least two overvalued ideas concerning the effectiveness and potential health benefits of foods AND/OR</p> <p>C2. Ritualized preoccupation with buying, preparing and consuming foods, which is not due to culinary reasons but stems from overvalued ideas. Deviation or impossibility to adhere to nutrition rules causes intensive fears, which can be avoided by a rigid adherence to the rules</p> <p>Criterion D</p> <p>D1: the fixation on healthy eating causes suffering or impairments of clinical relevance in social, occupational or other important areas of life and/or negatively affects children (e.g. feeding children in an age-inappropriate way) AND/OR</p> <p>D2. Deficiency syndrome due to disordered eating behavior. Insight into the illness is not necessary, in some cases the lack of insight might be an indicator for the severity of the disorder</p> <p>Criterion E: Intended weight loss and underweight may be present, but worries about weight and shape should not dominate the syndrome</p> <p>For diagnosing orthorexia, criteria A, B, C, and E must be clearly fulfilled. Criterion D should be fulfilled at least partially. If criterion E is not clearly fulfilled, diagnosing atypical anorexia nervosa is recommended</p> <hr/>

Table 5 Differences and similarities between orthorexia nervosa and eating disorders (a) or obsessive–compulsive disorders (b)

(a)	ED	ON
Differences	Fears of gaining weight	No fears of gaining weight
	Focus on the quantity of food	Focus on the quality of food
	Hidden rules related to eating	Open, rationalized rules related to eating
	Body image disturbances	No body image disturbances
	Female » male	No gender differences
Common characteristics	Over-concern about food and eating dominates one’s life	
	Adaptation of behavior and lifestyle to eating	
	Diet becomes intertwined with identity and self-esteem	
	Consequences: social isolation, somatic problems, malnutrition	
	Bio-psycho-socio etiology	
	Obsessive compulsive personality traits (rigidity, perfectionism) Ego-syntonic OC symptoms	
(b)	OC	ON
Differences	Non-specific, different types of symptoms	Healthy eating/food-related OC symptoms
Common characteristics	Rigidity, perfectionism	
	Consequences: anxiety, depression, social isolation	
	Impairment in social function	
	Obsessive–compulsive features	

ED eating disorder, *ON* orthorexia nervosa, *OC* obsessive compulsive disorder

Author, year	Diagnostic criteria
Dunn and Bratman 2016	<p>Criterion A: obsessive focus on “healthy” eating, as defined by a dietary theory or set of beliefs whose specific details may vary; marked by exaggerated emotional distress in relationship to food choices perceived as unhealthy; weight loss may ensue as a result of dietary choices, but this is not the primary goal. As evidenced by the following:</p> <p>A1. Compulsive behavior and/or mental preoccupation regarding affirmative and restrictive dietary practices believed by the individual to promote optimum health</p> <p>A2. Violation of self-imposed dietary rules causing exaggerated fear of disease, sense of personal impurity and/or negative physical sensations, accompanied by anxiety and shame</p> <p>A3. Dietary restrictions escalate over time, up till removing entire food groups, and involve progressively more frequent and/or severe “cleanses” (partial fasts) regarded as purifying or detoxifying. This escalation commonly leads to weight loss, but the desire to lose weight is absent, hidden or subordinated to ideation about healthy eating</p> <p>Criterion B: the compulsive behavior and mental preoccupation becomes clinically impairing by any of the following:</p> <p>B1. Malnutrition, severe weight loss or other medical complications from restricted diet</p> <p>B2. Intrapersonal distress or impairment of social, academic or vocational functioning secondary to beliefs or behaviors about healthy diet</p> <p>B3. Positive body image, self-worth, identity and/or satisfaction excessively dependent on compliance with self-defined “healthy” eating behavior</p>